

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

Piano Attuativo Locale  
*Azienda USL di Imola*

**PAL** 2004 - 2006

***Approvato il 22 Marzo 2004 dalla Conferenza  
Territoriale Sociale e Sanitaria di Imola***

## INDICE

	Introduzione
1	Il rapporto tra programmazione regionale e locale
2	I valori fondanti aziendali
3	Le direttrici di piano
3.1	Reti cliniche integrate e autosufficienza territoriale
3.2	Continuità assistenziale
3.3	Committenza
3.4	Governo clinico
3.5	Integrazione socio-sanitaria
3.6	Comunicazione
3.7	Formazione
3.8	Processo di valorizzazione delle professioni sanitarie
3.9	Ingresso di medicina
3.10	Equilibrio del bilancio e politiche del personale
4	Gli obiettivi prioritari di salute
5	Le sfide della sanità imolese
5.1	Assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro
5.1.1	Promozione di stili di vita sani
5.1.2	Qualità dell'aria urbana
5.1.3	Sicurezza stradale
5.1.4	Rischi connessi con gli ambienti di lavoro
5.1.5	Sanità veterinaria
5.1.6	Comunicazione per la salute
5.1.7	Funzione epidemiologica
5.1.8	Sicurezza alimentare e nutrizione
5.1.9	Sanità pubblica
5.1.10	Medicina legale
5.2	Assistenza distrettuale
5.2.1	Medicina generale: Dipartimento delle cure primarie e nuclei delle cure primarie
5.2.2	Specialistica ambulatoriale
5.2.3	Assistenza domiciliare
5.2.4	Salute donna
5.2.5	Salute infanzia
5.2.6	Genetica medica
5.2.7	Salute mentale
5.2.8	Neuropsichiatria Infantile
5.2.9	Tossicodipendenze
5.2.10	Assistenza riabilitativa
5.2.11	Assistenza residenziale e semiresidenziale
5.2.12	Anziani
5.2.13	Disabili
5.2.14	Assistenza farmaceutica territoriale
5.3	Assistenza ospedaliera: il nuovo modello di ospedale
5.3.1	Presidio ospedaliero unico e competenze distintive degli stabilimenti
5.3.2	Autosufficienza territoriale
5.3.3	Contesto socio-demografico e consumi ospedalieri
5.3.4	Flessibilità nell'utilizzo delle risorse
5.3.5	Emergenza territoriale
5.3.6	Pronto soccorso e medicina d'urgenza
5.3.7	Cardiologia

- 5.3.8 Anestesiologia
- 5.3.9 Rianimazione e terapia semi-intensiva
- 5.3.10 Terapia antalgica
- 5.3.11 Area internistica
- 5.3.12 Medicina generale
- 5.3.13 Gastroenterologia
- 5.3.14 Oncologia e Cure Palliative
- 5.3.15 Lungodegenza e Riabilitazione Estensiva
- 5.3.16 Geriatria
- 5.3.17 Pediatria
- 5.3.18 Neurologia
- 5.3.19 Nefrologia e Dialisi
- 5.3.20 Area chirurgica
- 5.3.21 Immunoematologia e Trasfusionale
- 5.3.22 Laboratorio Analisi
- 5.3.23 Radiologia
- 5.3.24 Anatomia Patologica
- 5.3.25 Farmacia
- 5.4 I servizi di supporto: la riorganizzazione del dipartimento amministrativo e tecnico
  - 5.4.1 Unioni d'acquisto
  - 5.4.2 Esternalizzazione e valutazioni sulla gestione dei servizi di supporto
  - 5.4.3 Processi di gestione del turnover
  - 5.4.4 Riorganizzazione del sistema informativo aziendale
  - 5.4.5 Patrimonio e investimenti
  - 5.4.6 Tecnologie biomediche
  - 5.4.7 Tecnologie informatiche e di rete
- Allegati:
  - Rideterminazione dell'offerta posti letto
  - Miglioramento dell'assistenza al paziente di Pronto Soccorso
  - Miglioramento dell'assistenza al paziente neoplastico in fase avanzata
  - Miglioramento dell'assistenza al paziente affetto da patologie respiratorie
  - Riorganizzazione del Dipartimento Amministrativo
  - Miglioramento delle attese per prestazioni ambulatoriali

## INTRODUZIONE

La **salute degli imolesi** è buona e sempre più salda. Un bambino che nasce oggi nel nostro territorio ha poco da temere delle malattie che affliggevano l'infanzia fino a pochi decenni fa e che tuttora fanno strage nei paesi poveri. Ha davanti a sé una speranza di vita lunga, una delle più lunghe del mondo, piena di vigore e di capacità. Anche gli anni della vecchiaia, quando arrivano, non sono più un vuoto prolungamento della vita, ma sono ricchi di qualità e di opportunità. Perfino le malattie più temute, come l'infarto, l'ictus, il cancro e l'aids, lasciano intravedere segnali di declino ed iniziano a fare meno lutti.

Non dobbiamo tuttavia essere avari di queste conquiste: è un dovere civile farvi partecipare, senza distinzioni di origine e senza ingiustizie, anche chi ancora permane in condizioni di svantaggio ed ha più difficoltà a fruirne.

Occorre peraltro rilevare come il raggiungimento di questi traguardi non sia da mettere in relazione esclusiva con la **medicalizzazione**. E' ormai risaputo che il modo migliore per evitare le malattie, anche quelle più gravi, sia da attribuire soprattutto nel come si vive giorno per giorno. A tavola, in casa, sul lavoro, per strada, contano le abitudini salutari o malsane e, altrettanto, contano l'ambiente, l'educazione e soprattutto l'informazione, onesta e completa, sui rischi e sui possibili benefici delle diverse scelte individuali e collettive.

Come impegno di programmazione locale, la responsabilità del benessere della popolazione deve pertanto coinvolgere di necessità tutte le competenze politiche, nel senso più alto: educazione, ambiente, lavoro, trasporti, economia, ecc.

Occorre abbandonare l'idea che solo le istituzioni debbano occuparsi del benessere dei cittadini (il cosiddetto welfare state), per una nuova concezione in cui l'intera comunità è chiamata a cooperare in una rete di scambio e di responsabilità reciproche (welfare community): sanità ed enti locali, ma anche volontariato, famiglia, scuola e imprese. In termini di disponibilità di servizi socio-sanitari, abbiamo la fortuna di possedere un sistema che molti ci invidiano, che conta su una rete capillare di assistenza e dispone di una offerta ampia e differenziata, sia sul territorio che in ospedale.

Sul **versante territoriale** il modello delle cure primarie è finalizzato a far corrispondere continuità e variabilità dei bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema. Tutto ciò inquadrato in un rapporto di conoscenza e fiducia, importante fattore di promozione della salute.

L'**assistenza in ospedale**, centrata sul livello di intensità di cure più elevato, viene riservata al trattamento dell'episodio di malattia nella fase acuta o di immediata post-acuzie per le condizioni morbose che, per caratteristiche di severità e complessità del quadro clinico, o per caratteristiche di intensità e complessità della risposta assistenziale, non possono trovare soluzioni altrettanto efficaci ed efficienti nell'ambito dei servizi territoriali di tipo domiciliare, ambulatoriale o residenziale.

Il livello di assistenza globalmente fornito dai servizi della nostra azienda è giudicato, mediamente, di buona qualità, come si rileva anche dai risultati delle indagini di percezione della qualità da parte degli utenti, che collocano la nostra realtà ai vertici regionali. Non si può peraltro disconoscere che, secondo una indagine di gradimento condotta da Eurisko su tutto il territorio regionale, vi è una quota pari a circa l'8% dei cittadini imolesi che si dichiara insoddisfatta di come vanno le cose: lavorare per migliorare tale percezione dovrà essere l'impegno primario di questo piano attuativo.

Gli ambiti di cura, per effetto della loro natura e della evoluzione nel tempo, sono ancora concepiti come luoghi razionali per chi lavora, ma non sempre a misura di chi è curato e soffre. In particolare l'ospedale, nella nuova

concezione, deve essere visto sempre più come risorsa estrema - cioè da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario - e preziosa, per la sua capacità di intervento a livelli di grande complessità, e deve essere organizzato ponendo al centro il paziente, con la sua esigenza di cura ed i suoi bisogni di assistenza. Accanto alla struttura ospedaliera ad alta tecnologia devono inoltre essere previsti luoghi di ricovero che consentano una più lunga degenza ed una assistenza continuativa (lungodegenza post-acuzie, reparti di cure palliative, ecc.).

Il luogo naturale e abituale d'incontro fra cittadini e sanità deve però sempre più consolidarsi nell'ambito della rete degli ambulatori dei medici di medicina generale, degli specialisti, dei centri diagnostici e, quando possibile, delle abitazioni dei malati stessi, attraverso le varie forme di assistenza domiciliare. La rete del territorio deve diventare il vero fulcro del sistema, quello che assicura la continuità, la conoscenza ed il rapporto umano di confidenza e di fiducia.

E' nel **territorio** che la malattia può essere individuata e riconosciuta per tempo, se possibile anche prima che si manifesti sul piano clinico, è solo qui che se ne può affrontare la gestione prolungata nel tempo, al di fuori delle necessità puntuali di ricovero.

Le **conoscenze mediche** che si arricchiscono e si rinnovano con una grande rapidità renderanno il passo del progresso ancora più veloce richiedendo ai professionisti della salute il possesso di molte conoscenze teoriche, ma anche e soprattutto il saper fare e il saper essere, cioè avere una esperienza pratica molto vasta, una preparazione etica solida ed una capacità di comunicazione e di relazione adattabile ai diversi contesti di lavoro.

Di fronte a tali sfide non è più accettabile che la formazione si limiti agli ambiti scolastico-accademici, ma dovrà insistere, attraverso l'educazione medica continua, sui concetti di efficacia ed appropriatezza, cioè sulla conoscenza di quali cure sono davvero utili ed in quali circostanze devono essere usate.

Anche i **cittadini** sono chiamati a fare un uso consapevole e giudizioso delle risorse preziose che l'azienda sanitaria mette a disposizione, sia per non sprecarle - il che equivale a privarne qualcuno che ne ha bisogno - sia, soprattutto, per ricavarne il massimo beneficio e nessun danno. Bisogna ricordare, infatti, che la medicina non è mai innocua, e ogni intervento inutile o superfluo è anche sempre potenzialmente rischioso.

Per poter scegliere con cognizione di causa, oltre al consiglio del medico, i pazienti hanno sempre più bisogno di informazioni di buona qualità sulle malattie, sulle cure, sugli esami, sui servizi disponibili. Non è un compito che può essere lasciato solo ai media che, senza punti di riferimento autorevoli, possono produrre più rumore e confusione che altro.

Di sanità oggi si parla e si discute molto. Gli scandali della malasànità e gli avveniristici traguardi della ricerca scientifica, il fascino delle medicine alternative ed i misteri delle biotecnologie, le opinioni di esperti, scienziati, medici e guaritori si avvicendano sulle pagine dei quotidiani e nei palinsesti televisivi. Nell'immaginario comune, il tam tam dei media delinea un quadro che della sanità spesso coglie solo gli aspetti esteriori, quelli che immediatamente colpiscono e, semplificando, portano ad esaltarla o a demonizzarla secondo le circostanze. Per parte sua l'azienda sanitaria intende assumere, in ogni sua articolazione, come compito istituzionale, quello della buona informazione ai pazienti, agli operatori e ai cittadini in generale.

Da questi assunti muove il programma di riordino della sanità imolese, avviato nel 1994 con l'aziendalizzazione, che riconosce nella nuova programmazione attuativa locale un necessario passo verso lo sviluppo autonomo.

Il **piano attuativo locale** (PAL) nasce da un intenso lavoro di analisi dell'esistente, di coinvolgimento della dirigenza dell'azienda sanitaria e degli specifici "stakeholders" (enti locali, organizzazioni sindacali, volontariato, ecc.) allo scopo di ottenere il massimo impegno e riconoscimento del piano che si è andati a formulare.

Ad una strategia di perseguimento di logiche di economia gestionale, si accompagna la ricerca della massima efficacia degli interventi e di miglioramento della qualità dell'offerta, non solo in termini di efficacia tecnica, ma anche di percezione da parte del cittadino.

Questo documento rappresenta il risultato di tale attività di programmazione, che vuole raggiungere le diverse istituzioni, i cittadini e le categorie di professionisti col fine di comunicare e condividere le logiche sottese alla strategia di riordino e rilancio della sanità imolese. I concetti di autosufficienza, continuità assistenziale e integrazione sono assunte come parole d'ordine di tutti i processi di miglioramento, nella consapevolezza che l'obiettivo prioritario è rappresentato dalla centralità del cittadino-utente, adeguatamente informato, partecipe e soddisfatto.

## 1. IL RAPPORTO TRA PROGRAMMAZIONE LOCALE E REGIONALE

Il **piano attuativo locale** dell'Azienda usl di Imola **2004-2006** rappresenta la specificazione territoriale della configurazione organizzativa, **quali-quantitativa dei servizi** con cui il settore sanitario si impegna localmente a contribuire al raggiungimento degli obiettivi definiti nel piano per la salute.

Il documento si connota, rispetto ai precedenti piani attuativi ed in armonia con le indicazioni della conferenza di area metropolitana, per interessare l'assetto organizzativo globale dei servizi - natura, volume, distribuzione e relazioni - e per definire il sistema complessivo delle regole che reggono il governo agli indirizzi del piano attuativo regionale. Il PAL imolese sostanzia il contributo dell'azienda sanitaria alle azioni per la salute. È elaborato dall'azienda secondo le indicazioni del programma attuativo regionale con un processo che garantisce la partecipazione competente di professionisti ed operatori.

Va ricordato, in proposito, il forte coinvolgimento dei dirigenti imolesi nel processo di definizione degli obiettivi di piano attuativo di area provinciale, percorso parallelo e sintonico al piano attuativo locale, con il quale condivide gli **obiettivi di riorganizzazione** della struttura dell'offerta (**reti di servizi**) e la rivisitazione dei percorsi assistenziali (**reti cliniche integrate**). La partecipazione attiva dei dirigenti dell'Azienda usl di Imola a tutti i gruppi pal attivati a livello metropolitano conferma la volontà dell'azienda di inserirsi in modo propositivo nel processo di costruzione del sistema delle cure secondo le indicazioni regionali definite con la politica "hub and spoke".

Per l'implementazione dei contenuti strategici di piano sanitario regionale e delle linee di indirizzo definite dai lavori dei gruppi di PAL metropolitano, vengono seguiti due percorsi paralleli ed integrati fra loro: quello della politica di salute e quello della politica dei servizi.

La **politica di salute**, che definisce le scelte strategiche relative ai problemi prioritari da affrontare e le linee di intervento intersettoriali con cui perseguire determinati traguardi sanitari per la popolazione assistita, coinvolge la responsabilità primaria dei diversi livelli di governo e di programmazione locale. In tale ambito, il settore sanitario contribuisce al pari degli altri settori a migliorare la salute della popolazione assicurando, nella fattispecie, il supporto tecnico per la selezione delle priorità.

La **politica dei servizi** definisce, invece, le scelte strategiche relative al modello organizzativo e al sistema delle relazioni tra i diversi livelli di programmazione e di governo del sistema salute, al fine di orientare l'offerta verso la configurazione più capace di soddisfare le esigenze specifiche della popolazione assistita. Esplicita le modalità con cui i servizi sanitari danno attuazione agli impegni per la politica di salute attraverso l'offerta di prestazioni e servizi di natura preventiva, curativa e riabilitativa.

La politica di salute individua come campo d'azione il sistema dei fattori che influenzano il benessere della nostra popolazione e le dinamiche con cui questa influenza si esercita, per definire strategie d'intervento di tipo multi-dimensionale e intersettoriale impennate sulla promozione della salute. Con la politica di salute si vuole inserire la programmazione dei servizi in un quadro di coerenza che considera salute e benessere come risultato di un'interazione costante tra individuo e ambiente. Il sistema dei servizi sanitari è uno di questi fattori e il suo contributo, così come i suoi effetti sono strettamente correlati all'azione di altri settori d'intervento.

Con la politica di salute l'importanza del sistema dei servizi di cura e assistenza viene relativizzata nella consapevolezza che le caratteristiche di complessità che contraddistinguono il benessere della popolazione devono essere poste al centro dello sviluppo sociale ed economico, evitando di affrontarle esclusivamente come ambito specialistico riservato ad un solo settore d'attività. I servizi sono importanti e strategici ma necessitano di affiancarsi ad interventi sull'ambiente fisico e sociale.

La politica per la salute assume un approccio strategico il cui fine è la riduzione dei problemi sanitari che maggiormente affliggono la popolazione e la selezione dei mezzi e delle strategie d'azione più efficaci da perseguire, unitamente agli altri settori della vita collettiva. La politica di salute viene programmaticamente perseguita con le strategie di azione intersettoriali con cui la Conferenza dei Sindaci specifica localmente programmi di intervento mirati a risolvere le problematiche sanitarie della popolazione. La responsabilità di tali programmi coinvolge nel complesso i diversi livelli di governo. Il settore sanitario vi si impegna con il suo sistema di offerta/produzione di servizi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il **piano per la salute** (PPS) rappresenta la specificazione locale degli obiettivi di salute che si sostanziano in un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori – coordinati dagli enti locali a livello di conferenza dei sindaci – che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute e l'assistenza sanitaria della popolazione di riferimento. Rappresenta la sede del patto di solidarietà dove gli attori, ognuno per la propria parte, si assumono impegni e responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi di salute individuati come prioritari, coerentemente alle indicazioni regionali.

## **2. I VALORI FONDANTI AZIENDALI**

L'**atto aziendale** di diritto privato dell'Azienda usl di Imola, adottato con deliberazione 403 del 5 luglio 2001 ha definito nel modo seguente la **mission aziendale**:

**“L'azienda è impegnata a perseguire il miglioramento della salute dei cittadini nel loro contesto socio-ambientale ed offre i propri servizi a tutti coloro che ne hanno necessità. La centralità del cittadino è il valore fondante dell'organizzazione, che lo concretizza facendo convergere le varie conoscenze professionali attraverso l'operare integrato di tutte le risorse ospedaliere e territoriali, sanitarie e sociali.**

L'azienda sceglie le priorità in base a criteri di efficacia e contribuisce a promuovere una cultura della salute orientata verso comportamenti adeguati, nel rispetto dell'equilibrio economico ed in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale.

L'azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto socio-ambientale del proprio territorio in una logica di fiducia e di cooperazione.

L'azienda persegue il proprio rinnovamento attraverso un processo di ascolto, di trasparenza, d'interdipendenza con la società civile, per concretizzare la qualità e l'efficacia delle prestazioni.

L'azienda promuove la formazione e la crescita professionale per mantenere elevati i livelli qualitativi dei servizi offerti e si propone per la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e gestionali".

Pertanto i **valori fondanti** che concorrono alla realizzazione della mission aziendale sono riconducibili a:

- **universalità**, nei confronti di tutti i cittadini appartenenti a qualsiasi ceto, razza, religione e nazionalità, che si trovino in stato di bisogno;
- **equità di accesso**, che trova riscontro in una capillare distribuzione di servizi di base sul territorio, finalizzata a semplificarne la fruizione da parte dei cittadini più svantaggiati;
- **equità di trattamento**, che si traduce in una chiara definizione dei processi assistenziali, intesi come sequenza integrata di attività, per offrire ad ogni cittadino una risposta efficace ed efficiente in rapporto al bisogno che manifesta;
- **centralità del cittadino**, che è beneficiario dei servizi, verso il quale il sistema orienta l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale, e rende facilmente disponibili le informazioni necessarie che permettono all'utente di orientarsi, scegliere e fruire delle prestazioni di cui necessita;
- **partecipazione del cittadino**, è garantita dal 1995 dal Comitato Consultivo Misto, formato da rappresentanti di associazioni di volontariato e tutela e da dirigenti aziendali che, insieme, si adoperano per proporre alternative e soluzioni alle segnalazioni dei cittadini. L'istituzione di questo fondamentale organismo di partecipazione ha prodotto in questi anni, con sempre maggior incisività, miglioramenti negli aspetti di accesso, attenzione, umanizzazione, personalizzazione dei servizi sanitari locali;
- **affidabilità del servizio**, con individuazione a priori di ciò che si può e si vuole fare, e con mantenimento degli impegni assunti e dei tempi stabiliti;
- **integrazione delle risorse**, ospedaliere e territoriali, sanitarie e sociali, finalizzata ad assicurare continuità assistenziale di modo e di luogo ed efficienza della prestazione, attraverso un processo negoziale trasparente e continuo, fra i dirigenti responsabili delle varie strutture;
- **efficacia delle prestazioni**, da riscontrare sia nel processo di decisione strategica di scelta delle priorità degli interventi sanitari, valutati in base all'effettivo miglioramento dello stato di salute della popolazione, sia nell'ambito dell'approccio tecnico-specialistico basato sulle evidenze cliniche e sulle capacità di raggiungere i risultati assistenziali ed organizzativi, con esplicitazione degli obiettivi, dei tempi, dei modi e degli strumenti per il loro raggiungimento;
- **trasparenza**, nei processi decisionali interni ed esterni all'azienda, finalizzata a valorizzare il capitale umano e professionale e a rendere partecipe la società civile delle scelte effettuate;

- **qualità della prestazione e sperimentazione di innovazioni gestionali**, che si realizzano attraverso un processo di formazione continua e diffusa, volto a motivare e stimolare il personale alla ricerca di soluzioni originali che rendano conto dell'eccellenza del livello sanitario della realtà imolese;
- **riservatezza**, garantita ai cittadini ed agli utenti in ogni fase del processo assistenziale ed in ogni procedura tecnico-amministrativa;
- **sicurezza**, intesa in termini di promozione delle condizioni che garantiscono il più alto grado possibile di qualità della vita lavorativa all'interno dell'azienda, di protezione della salute dei lavoratori e di prevenzione di malattie ed infortuni.

Sempre nell'atto aziendale è riportata la **visione strategica** dell'azienda, che consiste nel:

- consolidare una organizzazione capace di supportare appropriatezza ed efficacia dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed alle loro attese, orientata al miglioramento continuo della qualità, nell'ottica della continuità di cura, per la quale si prevedono di attivare specifici percorsi clinico-assistenziali anche transmurale che, nel quadro delle compatibilità economiche, siano ritenuti più efficaci ed appropriati per l'intervento mirato su specifiche patologie o su specifici gruppi di popolazione;
- sviluppare analisi rispetto alla produzione caratteristica, basata su valutazioni epidemiologiche e sulle abilità professionali presenti in azienda, per evidenziare aree di sviluppo delle attività e delle eccellenze, e viceversa aree di debolezza, di scarso interesse, di scarso rilievo epidemiologico, sulle quali utilizzare la sussidiarietà di produttori esterni pubblici o privati;
- consolidare il rapporto di interdipendenza con la società civile, finalizzato alla sottoscrizione di patti per la salute ed al successivo sviluppo dei piani per la salute;
- orientare l'organizzazione alla tutela del capitale professionale, offrendo opportunità di crescita e di carriera alle competenze che si distinguono per capacità, autorevolezza ed impegno;
- orientare l'organizzazione alla ricerca di sinergie con le altre aziende sanitarie della regione, particolarmente quelle viciniori o appartenenti al contesto provinciale, con le strutture sanitarie accreditate e con le organizzazioni a scopo non lucrativo.

### 3. LE DIRETTRICI DI PIANO

#### 3.1 RETI INTEGRATE DI SERVIZI E AUTOSUFFICIENZA TERRITORIALE

Le **reti integrate di servizi** sono il risultato di un processo di programmazione dei servizi sanitari, su scala regionale e locale e compongono due esigenze fra loro potenzialmente contrastanti: la necessità di concentrare i servizi per garantire la qualità tecnica e la necessità di diffondere i servizi per facilitare l'accesso.

Le reti integrate rappresentano la risposta programmatoria all'esigenza di coniugare qualità, diffusione e costi dei servizi: cioè di assicurare la massima accessibilità senza ridurre la qualità tecnica delle prestazioni e senza determinare un incremento non sostenibile dei costi.

Esse privilegiano, quando necessario, la mobilità degli operatori in luogo della mobilità dei malati.

Le reti integrate di servizi si inseriscono e completano il programma di **rimodulazione del sistema ospedaliero** e di riorganizzazione dell'assistenza ambulatoriale e territoriale, avviati nella nostra azienda nel corso degli ultimi anni.

Il concetto di rete si riferisce alla collaborazione e al coordinamento tra i servizi, si applica a tutti i livelli dell'organizzazione e riguarda principalmente l'integrazione delle risorse necessarie per garantire equità di accesso a servizi di qualità adeguata.

Il tema dell'**autosufficienza** si collega all'esigenza di distribuire i servizi per migliorarne l'accessibilità, senza ridurre l'efficienza. A livello locale è prevalentemente riferita alla componente ospedaliera fatto salvo le cosiddette alte specialità, la cui programmazione ricade sotto la responsabilità regionale. Fatta questa eccezione, l'ambito territoriale responsabile della soddisfazione della domanda e dello sviluppo della programmazione è quello coincidente con il **territorio dei Comuni** ricompresi nell'Azienda usl di Imola. La condizione di autosufficienza del territorio imolese è data dalla quantità ottimale di servizi operanti in condizioni di efficienza, necessari per soddisfare localmente la domanda di assistenza di base e media specialità della popolazione residente nel territorio; rappresenta pertanto l'obiettivo e al tempo stesso l'unità elementare della programmazione assistenziale, organizzativa e finanziaria del sistema.

L'autosufficienza prende a riferimento i **livelli essenziali di assistenza** che devono essere assicurati alla popolazione residente e tiene conto della definizione di alleanze fra le aziende nell'ambito dello sviluppo delle reti integrate di servizi e dei contratti/accordi di fornitura fra queste e con il privato accreditato.

La ricerca delle condizioni di autosufficienza si inserisce inoltre in un modello organizzativo in cui l'azienda sanitaria ha la doppia funzione di erogatore diretto e di acquirente di prestazioni ed usufruisce di risorse in massima parte provenienti dalla ripartizione delle quote capitarie di finanziamento. Tale situazione rende ragionevole e conveniente per l'azienda adottare le seguenti **strategie**:

- garantire la salute dei propri assistiti senza inflazionare il numero delle prestazioni, moderandone, anzi, il più possibile la produzione;
- investire in educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi precoce, cioè a monte del processo di deterioramento della salute;
- ricercare l'efficacia delle cure per evitare duplicazioni e reiterati interventi adottando i percorsi diagnostico-terapeutici che massimizzano il rapporto efficacia-costi;
- mantenere la domanda nei circuiti aziendali interni limitando l'export sanitario alle specialità non presenti in azienda per evitare mobilità in uscita, in presenza di capacità produttiva ancora disponibile;
- negoziare e sottoscrivere con fornitori esterni contratti interaziendali che disciplinino i consumi della mobilità, per stabilizzarne volumi, prezzi, percorsi ed evitare il più possibile l'induzione di prestazioni dal contenuto improprio;
- governare la domanda dell'utenza nella duplice accezione di eliminare quella impropria e indirizzare quella appropriata verso percorsi interni o contrattati all'esterno.

I **criteri tecnici** per definire il dimensionamento e la tipologia dei servizi riguardano il mix dell'offerta presente, la capacità produttiva potenziale ed il livello di efficacia ed efficienza necessario perché sia assicurata a tutta la popolazione equità di accesso a servizi di adeguata qualità.

Il livello dell'assistenza ospedaliera rappresenta il settore prioritario di applicazione di tali criteri, che dovranno, innanzitutto ed essenzialmente, fare riferimento a:

- frequenza delle patologie di interesse ospedaliero attese, tenendo conto delle principali variabili demografiche ed induttive che agiscono sulla domanda;

- modalità di trattamento e di presa in carico dell'episodio clinico, età e sesso specifico, ritenuta più appropriata sulla base delle migliori performance del panorama regionale;
- livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili.

La configurazione e il dimensionamento risultanti da tale approccio dovranno essere modulati coerentemente alla dinamica dei **fenomeni di mobilità** ed alle scelte strategiche relative agli stessi fenomeni. Dal punto di vista quantitativo, il mix di servizi che concretizza la condizione di autosufficienza farà riferimento alla dotazione, definita dagli standard regionali per l'assistenza ospedaliera, di **4 posti letto per acuti** per 1.000 abitanti - di cui almeno il 10% in regime diurno - e di **0,7 posti letto per** 1.000 abitanti per la funzione di **lungodegenza** e riabilitazione estensiva.

### 3.2 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La **continuità assistenziale**, intesa come integrazione fra i macrolivelli di assistenza (prevenzione, distretto e ospedale) è fondamentale per assicurare la corretta erogazione di numerose prestazioni e servizi sanitari.

I principali **ambiti** in cui la continuità assistenziale deve essere ricercata, secondo le indicazioni del piano sanitario regionale, sono quelli del percorso nascita, il programma screening per la prevenzione ed il trattamento dei tumori femminili, i programmi di cure palliative, le dimissioni protette e la specialistica ambulatoriale.

Il **percorso nascita** attraversa ospedale e distretto dovendo prevedere l'adozione di protocolli clinico-assistenziali condivisi da tutti i professionisti coinvolti, col fine di monitorare le gravidanze fisiologiche e le gravidanze a rischio, umanizzare il parto, favorire la presa in carico tempestiva del neonato sano da parte dei servizi territoriali e realizzare la dimissione protetta del neonato patologico. Il percorso nascita coinvolge i dipartimenti ospedalieri, con particolare riferimento alle unità di ostetricia e di pediatria, e, sul territorio, i consultori familiari, l'unità pediatrica di distretto, la neuropsichiatria infantile ed i pediatri di libera scelta.

I **programmi di screening** per la prevenzione di patologie responsabili di elevati livelli di mortalità femminile richiedono una stretta connessione fra il dipartimento di sanità pubblica, che ne definisce le strategie, i consultori familiari, che sono il supporto indispensabile per il primo approccio con l'utenza, e le strutture ospedaliere che intervengono rendendo disponibili percorsi facilitati per la diagnosi dei casi dubbi ed i tempestivi interventi terapeutici.

La **dimissione protetta** dall'ospedale è una delle componenti più a rischio di soluzione di continuità nell'ambito del processo assistenziale. Richiede lo sviluppo di protocolli clinici ed organizzativi riferiti ai seguenti aspetti più critici:

- programmazione della dimissione, la cui data presunta va definita con congruo anticipo, in quanto parte integrante del piano personalizzato di assistenza;
- stima della dimissibilità e elaborazione del piano di assistenza post-dimissione, da attuare attraverso la valutazione multidimensionale del paziente;
- verifica della sostenibilità familiare del carico assistenziale previsto.

La dimissione protetta deve quindi essere concordata fra equipe ospedaliera e quella territoriale, ivi compreso il medico di medicina generale, richiedendo al contempo un confronto con le attese e le necessità dei familiari. Il passaggio in cura del paziente alla equipe territoriale è la fase più critica per garantire l'appropriatezza della forma e del livello di assistenza. Dal punto di vista organizzativo richiede il coordinamento della dimissione per garantire il collegamento fra il responsabile ospedaliero del piano personalizzato di assistenza e l'operatore chiave dell'equipe

territoriale - di norma l'infermiere o l'assistente sociale - che ha la responsabilità di organizzare, al domicilio, i servizi necessari per soddisfare i bisogni del paziente.

A livello distrettuale devono essere sviluppati protocolli clinici ed organizzativi che assicurino la continuità terapeutica fra le unità di cure ospedaliere ed i nuclei delle cure primarie. Per perseguire questo risultato è necessario identificare relazioni stabili fra i nuclei delle cure primarie, le unità operative ospedaliere ed i punti di continuità assistenziale, per poter rispondere tempestivamente e appropriatamente alle richieste.

Le dimissioni dopo interventi chirurgici, soprattutto se effettuati in day hospital, richiedono una continuità terapeutica per la gestione a domicilio del dolore post-operatorio e di eventuali problemi clinici correlati alla fase immediatamente successiva all'intervento. La gestione di questo delicato momento ed il suo esito positivo dipendono dalla comunicazione diretta e tempestiva delle condizioni cliniche del paziente da parte della équipe chirurgica ospedaliera verso il medico di medicina generale e verso i professionisti che operano nel punto di continuità assistenziale di riferimento.

Le dimissioni a seguito di ricoveri internistici in acuzie sono quelle sulle quali si dovrebbe puntare per contribuire a ridurre ulteriormente la durata della degenza ospedaliera. E' indispensabile un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale perchè possano intervenire in modo attivo per monitorare la compliance di terapie mediche impostate a livello ospedaliero e valutarne l'efficacia.

L'**assistenza specialistica ambulatoriale** che il presidio ospedaliero assicura a consulenza/supporto del medico di medicina generale deve risultare funzionalmente integrata con l'attività specialistica erogata sul territorio o dalle strutture private accreditate. Fanno eccezione le attività ambulatoriali pre e post-ricovero, strettamente connesse alla degenza e le prestazioni rese nell'ambito della continuità terapeutica specialistica, che rientrano nelle competenze proprie del presidio ospedaliero.

A livello di dipartimento delle cure primarie deve realizzarsi l'uniformità e la semplificazione dei percorsi per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici concordati fra specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Prioritaria risulta la partecipazione dei medici di medicina generale ai processi assistenziali riguardanti patologie croniche come diabete, ipertensione, broncopneumopatie croniche, asma e forme neurologiche, secondo linee guida e protocolli che ne definiscano le competenze distintive.

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza specialistica prevede la presa in carico del paziente da parte della struttura ambulatoriale, sia in termini organizzativi - ad esempio concentrando in un unico accesso le prestazioni afferenti ad un profilo diagnostico-terapeutico -, sia in termini clinico-assistenziali.

### 3.3 COMMITTENZA

La **funzione di committenza** richiama il concetto della definizione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione assistita, strumento indispensabile per la programmazione.

Il piano sanitario regionale riporta all'interno dell'azienda sanitaria l'esercizio della funzione di committenza indicando nel distretto la sede elettiva per l'espletamento di detta funzione. Tale scelta strategica è in relazione alla necessità di spostare i centri decisionali per la determinazione dell'offerta dai luoghi delle cure ad elevata intensità (ospedale) ai luoghi dove nasce e si rileva il bisogno (distretto).

Il **governo** di questo complesso processo fa capo al direttore di distretto, in stretta connessione con le altre articolazioni aziendali: la direzione generale ne assicura il coordinamento, la coerenza con i bisogni di salute e la compatibilità con le risorse disponibili. La funzione di committenza ha in sé tutto il potenziale di forte leva per il cambiamento, poiché può accelerare l'evoluzione verso forme di servizio più eque ed efficaci nel perseguire il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione assistita e orientare tutta l'attività dei servizi aziendali verso quel guadagno in salute che è l'obiettivo centrale dell'azienda sanitaria.

Il **fine** della committenza è quello di fare uso oculato delle risorse per migliorare la salute della popolazione e prevenire le malattie, sia negoziando e acquisendo i servizi necessari, sia cercando di influenzare altre organizzazioni affinché contribuiscano a questo scopo, in una visione di sistema che pone la salute della popolazione imolese come preoccupazione globale dell'intero sistema sociale e non solo della sanità. Il successo della funzione di committenza dipende in larga parte dalla possibilità di costruire e mantenere alleanze con gli utenti, con i professionisti della sanità, con le autorità locali, con i rappresentanti delle associazioni dei cittadini.

Il **piano per la salute** rappresenta la condizione di realizzazione primaria, il "core" della funzione di committenza. L'apporto distrettuale all'elaborazione del piano per la salute si concretizza nella predisposizione del **programma delle attività distrettuali**, che rappresenta il contributo dal basso della comunità locale alla politica di salute.

Gli **strumenti** della committenza dovranno essere gli accordi contrattuali di fornitura ed i piani di produzione delle prestazioni sanitarie, i programmi di intervento nell'area della integrazione socio-sanitaria ed il monitoraggio dell'equità di accesso ai servizi. In tale contesto il distretto deve portare ad unitarietà, coerenza e ricomposizione i diversi strumenti della programmazione socio-sanitaria (piani per la salute, piani di zona, programma delle attività distrettuali, accordi e contratti con produttori e partners esterni, piani di produzione interni).

### 3.4 GOVERNO CLINICO

Il governo clinico o **governo della qualità clinica** rappresenta l'essenza dell'organizzazione sanitaria. Il controllo dei costi e degli aspetti finanziari deve essere, almeno per larga parte, conseguenza del suo esercizio, giacché non è sensato porsi, a proposito di salute, l'obiettivo dell'efficienza se non vi è anzitutto garanzia di qualità.

Il governo clinico investe complessivamente il sistema dell'organizzazione sanitaria interessando sia l'ambito strategico che gli aspetti strutturali ed operativi. Accanto alla necessità di rendere fra loro compatibili e solidali la funzione manageriale e la funzione professionale vi è, infatti, anche la necessità di individuare gli strumenti che devono accompagnare i processi tesi ad assicurare, migliorare e valutare la qualità dei servizi.

Il problema fondamentale della sanità imolese, al pari di quanto avviene nelle realtà con caratteristiche simili alla nostra, è quello di trovare la strada più agevole, concreta e produttiva per garantire alla popolazione una copertura sanitaria adeguata a costi sostenibili.

Ciò significa assicurare i massimi benefici - ovvero la minore quantità di rischi - potenzialmente conseguibili, a fronte delle risorse messe in campo e delle modalità più aggiornate ed appropriate del loro consumo.

E' fondato ritenere che debba essere l'**efficienza clinica** (cioè l'uso ottimale, razionale, efficace, appropriato, sicuro e tempestivo delle risorse) il vero ed irrinunciabile punto di attacco.

L'inadeguatezza della funzione di governo clinico determina infatti numerose criticità. Tra queste l'insufficiente integrazione e coordinamento tra i diversi servizi sanitari - conseguenza e causa di ridondanza, inefficienza, segmentazione e frammentazione dell'offerta - rappresenta uno dei principali punti di debolezza, anche in considerazione del fatto che provoca disagi per l'utente, portandolo a giudicare scarsa la qualità del servizio ricevuto, anche quando lo standard tecnico delle singole prestazioni sia elevato.

Il governo clinico si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione, ed è volto ad assicurare l'adozione di sistemi di garanzia di qualità, la realizzazione di attività di miglioramento e il controllo della qualità dei prodotti sanitari.

La funzione, posta in capo al direttore sanitario, viene esercitata attraverso l'uso corrente e sistematico di idonei strumenti operativo-gestionali tesi ad evitare i rischi, ad individuare tempestivamente ed apertamente gli eventi indesiderati, a trarre insegnamento dagli errori, a diffondere la buona pratica clinica, a garantire che siano messi in opera adeguati sistemi per il miglioramento continuo della qualità.

Il governo clinico come strategia gestionale consiste, sostanzialmente, nello sforzo di integrare gli approcci alla qualità delle cure in un programma organico che comprenda tutte le azioni derivanti dalle valutazioni continuamente realizzate da tutti i settori operativi (amministrativi, finanziari, gestionali, ecc.) e che orienti il sistema nel suo complesso al miglioramento.

Il governo della qualità della produzione clinica richiede che siano adottati di prassi alcuni **metodi e strumenti**. Devono essere posti in atto processi di miglioramento della qualità come gli **audit clinici**: ai professionisti è richiesto di revisionare in modo sistematico e coerente l'attività svolta, i risultati raggiunti e le risorse impiegate, sulla base di standard di riferimento espliciti (standard di prodotto connotati, good practice definita sulla base delle migliori evidenze disponibili, ecc.).

Si deve ricorrere ad una pratica clinica basata sull'evidenza, con una sistematica diffusione, all'interno dell'organizzazione di buone linee guida. Da qui la necessità di sviluppare la cultura dei professionisti per quanto riguarda le modalità di accesso alle fonti autorevoli di informazione e la valutazione critica delle stesse.

Devono essere posti in atto **programmi di gestione** e di riduzione **del rischio clinico**. La **comunicazione** e la informazione resa ai pazienti, agli operatori e ai cittadini in generale, deve creare consapevolezza (erogare servizi sanitari è una attività rischiosa e la gestione del rischio è un affare che riguarda tutti gli operatori) ed essere la più completa possibile. Non deve generare comportamenti difensivi o diversivi, giacchè entrambi questi atteggiamenti aumentano gli errori e l'inefficienza del sistema. Devono essere definiti, registrati e studiati gli "eventi sentinella" e gli altri eventi avversi. I reclami devono essere integrati nella revisione della performance e devono essere definite e poi osservate specifiche procedure per la gestione di processi erogativi critici.

La individuazione di **percorsi clinico-assistenziali** - piani che specificano le tappe fondamentali dell'assistenza rivolta a pazienti affetti da specifiche condizioni morbose - è un ulteriore strumento che può consentire l'utilizzo di pratiche efficaci, attraverso la concreta implementazione di linee guida. La loro utilità è evidente nel costruire riferimenti sui quali verificare l'effettivo andamento della pratica clinica (audit), ma anche la continuità e l'appropriatezza delle cure.

Il governo clinico beneficia inoltre dell'**accreditamento** quale strumento per garantire a priori della qualità attesa. Tale processo è infatti la chiave istituzionale attraverso la quale la regione verifica che le strutture sanitarie posseggano

le caratteristiche che diano garanzia della qualità dei servizi offerti. L'azienda sanitaria è perciò sollecitata a coinvolgere i professionisti nella individuazione dei contenuti che qualificano i diversi processi clinico-assistenziali e a garantirli nel tempo, a definire standard di prodotto, a controllare i processi erogativi, a monitorare i risultati e a proceduralizzare dei percorsi più critici. Il processo di accreditamento tende alla standardizzazione di comportamenti organizzativi appropriati e rientra a pieno titolo fra gli strumenti di governo della produzione clinica.

### 3.5 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nel processo di programmazione attuativa locale, teso a riaffermare una dimensione universalistica del sistema solidaristico di protezione sociale, a migliorare il rapporto fra le istituzioni ed i cittadini e a costruire nuove forme di reciprocità sociale, la **ridefinizione delle reti dei servizi e degli interventi sociali** rappresenta una delle priorità.

Il sistema integrato deve risultare funzionale al mantenimento dei livelli di assistenza raggiunti, deve garantire equità degli interventi, e deve sviluppare nuovi ambiti di azione per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione e per l'emergere di nuove categorie di bisogni.

Fra i **nuovi bisogni** si segnalano, in particolare, quelli di una popolazione anziana in crescita, quelli legati all'accoglienza ed all'integrazione di fasce svantaggiate di popolazione (nuove povertà, immigrazione, ecc.), quelli delle famiglie a basso reddito - nell'accudimento e nell'educazione dei figli, delle persone anziane non autosufficienti e delle persone disabili -, quelli delle nuove dipendenze patologiche che si manifestano sempre più in forme differenziate fra individui e gruppi sociali.

Non si può peraltro fare a meno di esprimere una grande preoccupazione per le recenti e meno recenti prese di posizione del governo centrale in ordine alle **dimensioni del finanziamento** delle attività dell'area dell'integrazione socio-sanitaria. Perdurando una condizione di sottostanzamento di risorse nel settore - si stima uno scarto nel fabbisogno prossimo ai 25.000 miliardi di vecchie lire in ambito nazionale - l'attuale condizione di precario equilibrio è garantita da un impegno suppletivo assicurato in massima parte dal settore sanitario, in presenza di un quadro di relativa sofferenza da parte degli enti locali.

Se dovessero prendere corpo ipotesi di **privatizzazione** delle forme di finanziamento di tale settore, il rischio di introdurre condizioni di iniquità e di disuguaglianza nell'accesso all'assistenza sulla base del reddito sarebbe molto concretamente alle porte. L'auspicio è che la **regionalizzazione** del sistema possa metterci al riparo da pericolose spinte di liberismo pseudo-efficientista.

L'**integrazione socio-sanitaria** dovrà essere attuata a due livelli: istituzionale/gestionale e professionale.

A **livello istituzionale** ci si propone la collaborazione fra enti diversi per il conseguimento di obiettivi comuni di salute. L'integrazione delle risorse umane e materiali si colloca fra ed entro i diversi servizi individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento tra attività sanitarie, a rilievo sociale e sociali, tali da garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

L'**integrazione professionale** richiama invece la necessità di adottare protocolli e linee guida per migliorare il lavoro interprofessionale nella produzione di servizi domiciliari, a ciclo diurno, ambulatoriali e residenziali.

Nel nostro territorio il **piano di zona 2002-2003** ha previsto la localizzazione dei servizi e degli interventi socio-sanitari ed i livelli di integrazione fra le risorse sanitarie e quelle sociali.

Durante il periodo di vigenza del PAL sarà necessario individuare un collegamento operativo più stretto fra i punti di accesso del distretto ai servizi sanitari e i punti di accesso ai servizi socio-sanitari. Per quanto riguarda gli anziani, ad esempio, è necessario collegare operativamente il servizio assistenza anziani con i punti di accesso degli altri servizi distrettuali. Per ciò che attiene alla salute mentale, sarà necessario promuovere al massimo grado percorsi di integrazione tra i Servizi Sociali, i Servizi Territoriali del Dipartimento di Salute Mentale, i servizi del Dipartimento Cure Primarie (Consultorio Familiare, Medicina scolastica ecc.) i Nuclei delle Cure Primarie, in una logica di rete che veda messo in valore il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei malati e delle loro famiglie, oltre alle risorse formali ed informali del territorio.

Per facilitare il cittadino nell'accesso alle prestazioni e garantire un utilizzo coordinato e qualificato della rete di servizi, andranno istituiti **sportelli unificati** per l'accesso. Istituire sportelli unificati non significa ovviamente pensare ad un unico luogo fisico di contatto con i cittadini, ma unificare le procedure, collegare e mettere in rete tutti i punti di accesso del distretto.

Occorre inoltre ricordare, perchè intimamente connessa all'accesso e di fondamentale importanza per il settore socio-sanitario, la funzione di **valutazione del bisogno** e di predisposizione del piano personalizzato di assistenza. In ambito distrettuale ed in collegamento con il dipartimento delle cure primarie, andranno costruiti gli strumenti per la valutazione del bisogno di specifiche aree problematiche. L'unità di valutazione geriatrica territoriale, già prevista nell'area degli anziani, può rappresentare un modello di riferimento anche per gli altri settori socio-sanitari.

Gli strumenti di valutazione del bisogno dovranno consentire di individuare i **programmi personalizzati** di assistenza, tenendo conto della concreta offerta delle opportunità presenti nel territorio. Inoltre, proprio perchè la valutazione è finalizzata ad un concreto accesso ai servizi, vanno individuate procedure semplificate, che valorizzino l'apporto del medico di medicina generale e, laddove possibile, dell'operatore sociale, responsabile del caso.

Per quanto riguarda una migliore definizione degli aspetti programmatici e gestionali dei servizi socio-sanitari (funzione di committenza e di produzione) si rinvia all'apposita direttiva regionale in corso di definizione.

Nella gestione dei servizi socio-sanitari va in ogni caso perseguita una reale **integrazione professionale** attraverso la predisposizione di percorsi formativi comuni fra operatori di area sanitaria ed operatori di area sociale, la predisposizione di strumenti per una valutazione interdisciplinare del bisogno e di protocolli per la valutazione comune di efficacia dell'intervento.

### 3.6 COMUNICAZIONE

Una delle risorse fondamentali per qualificare il processo di riorientamento dell'azienda sanitaria verso i bisogni di salute della persona, è rappresentata dal **sistema di comunicazione**. La comunicazione ha, quale finalità, quella di sostenere la crescita armonica dell'azienda rispetto all'ambiente in cui opera, gestendo i molteplici rapporti di scambio con il mondo esterno e ricercando, di volta in volta, un equilibrio tra le aspettative di questo e le esigenze dell'azienda stessa. A questa logica biologico-sistemica che individua nella comunicazione una delle funzioni vitali di ogni organismo si è affiancato negli ultimi anni un quadro normativo che impegna tutta la pubblica amministrazione in una rivoluzione culturale che, ponendo in primo piano regole precise per il rapporto tra istituzione e utenti, privilegia la reale partecipazione dei cittadini. In questa prospettiva compito prioritario della pubblica amministrazione è la capacità di tradurre gli interessi dell'utenza in diritti, attraverso l'erogazione di servizi che rispondono a specifici standard di qualità.

L'adozione di questa linea consente alla pubblica amministrazione di pensare l'erogazione del servizio come ad un processo che può essere continuamente adattato, modificato e migliorato sulla base della comunicazione tra il soggetto erogatore ed il cittadino. L'attivazione di flussi di comunicazione dalle amministrazioni pubbliche verso i propri cittadini e viceversa impone la necessità della contemporanea valorizzazione della comunicazione all'interno della stessa azienda sanitaria. Solo così, infatti, è possibile attivare un reale processo di comunicazione, garantire una efficace erogazione dei servizi e creare spazi e modalità di partecipazione dei cittadini alle scelte che orientano le politiche sanitarie.

Si delinea, quindi, un percorso che vede le aziende pubbliche impegnate a passare dalla comunicazione istituzionale, asimmetrica e caratterizzata da un approccio passivo/difensivo incentrato su adempimenti normativi, ad un **approccio interattivo globale** in cui l'azienda sanitaria dialoga ed agisce proponendosi come luogo di incontro e relazione. La comunicazione allora diventa il terreno delle opportunità, delle relazioni tra operatore, struttura e cittadino generando quelle interazioni che creano il servizio. In questo processo lo sviluppo della comunicazione interna come rete di relazioni determina il valore aggiunto alla qualità delle prestazioni, in quanto accresce l'adesione degli operatori ai valori ed agli obiettivi aziendali e contribuisce alla riorganizzazione dei servizi.

Peraltro, lo sviluppo della comunicazione esterna - con l'attivazione di una rete di relazioni con i cittadini, le associazioni, le istituzioni, le aziende private e i media - valorizza una molteplicità di risorse e le coordina per il raggiungimento della **finalità comune** di garanzia e promozione di un benessere socio-sanitario diffuso.

A tal fine, la comunicazione, come luogo della valorizzazione di risorse interne ed esterne e della facilitazione dei processi di qualità dei servizi sanitari diventa, necessariamente, dal punto di vista organizzativo **comunicazione integrata**.

Si tratta, in questo caso, di un sistema comunicazione, che ha l'obiettivo di assicurare la soddisfazione e la **fidelizzazione del cittadino**, la soddisfazione dell'operatore ed il conseguente senso di appartenenza all'azienda stessa.

In questa ottica, un cammino orientato alla qualità si progetta e realizza con il contributo reale di tutti gli attori del sistema: clienti, direzione, operatori, fornitori, ecc.

Questo approccio richiede un'elevata corresponsabilità degli attori e una cultura di fondo condivisa. Una sfida che nel nostro territorio, caratterizzato da sempre dal patrimonio sociale di protagonismo nelle strategie di salute da parte dei cittadini e da professionisti continuamente stimolati al miglioramento dei servizi, non si può vincere senza la **corresponsabilizzazione della società civile** nelle scelte e nella verifica dei risultati. Una direzione che guida il percorso della qualità dei servizi sanitari in questo territorio ha a disposizione molte risorse ed elevate aspettative di tutti gli attori: una sfida al miglioramento continuo da giocare insieme per costruire la sanità locale a misura di persona. Il sistema di comunicazione aziendale ha perciò il compito di promuovere e **coordinare la rete delle relazioni** e interazioni comunicative fra i diversi attori: cittadini, istituzioni/associazioni, media, professionisti, direzione aziendale e quanti concorrono al comune obiettivo di realizzare il benessere sanitario della comunità locale.

Attualmente il settore comunicazione-informazione dell'Ausl di Imola è gestito dall'omologo servizio, costituito dall'ufficio relazioni con il pubblico e dall'ufficio stampa. I due uffici, in staff alla direzione generale, operano in stretta

integrazione, pur occupandosi il primo principalmente del rapporto diretto col cittadino, della customer satisfaction e della comunicazione interna e, il secondo, della comunicazione e delle relazioni esterne, dell'organizzazione di eventi e del rapporto con gli organi di informazione.

L'**ufficio relazioni con il pubblico**, istituito all'Ausl di Imola nel luglio 1994, ha in particolare il compito di garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione, agevolare l'utilizzo dei servizi offerti ai cittadini, attuare processi di verifica della qualità degli stessi e curare il passaggio informativo interno all'azienda. Attraverso la gestione ed il monitoraggio dei reclami e la segnalazione con adeguata reportistica e riunioni periodiche alle direzioni di articolazione aziendale ed al nucleo di valutazione, l'URP contribuisce a rilevare le criticità percepite dal cliente esterno ed interno e quindi ad orientare le strategie aziendali, collaborando alla formulazione di proposte di miglioramento sugli aspetti organizzativi e sui percorsi degli utenti. La qualità dei servizi deve, infatti, soddisfare i cittadini e l'azienda e per questo occorre tendere ad eliminare il divario tra qualità attesa e qualità percepita, perseguendo il miglioramento continuo da non concepire come meta, ma come cammino. In questo cammino l'URP è accompagnato dal **Comitato consultivo misto degli utenti**, attivo dall'autunno 1995 e costituito da rappresentanti di associazioni di volontariato operanti a livello locale, sindacati dei pensionati e da dirigenti delle articolazioni aziendali, con cui divide il compito di garantire la fattiva partecipazione dei cittadini alle scelte, alla progettualità aziendale ed alla verifica degli standard qualitativi. Un compito dell'URP nel prossimo triennio sarà anche quello di aggiornare la **carta dei servizi sanitari**, documento che esplicita gli impegni dell'azienda nei confronti dei cittadini e che deve essere aggiornata con cadenza costante.

Un altro settore su cui sarà necessario incidere nei prossimi anno è quello dell'**accoglienza al cittadino**. Per comunicare con il cittadino in maniera positiva e costruttiva è infatti necessario porsi dal punto di vista dell'utente e considerare le sue esigenze nel momento stesso in cui entra nella struttura pubblica per un bisogno di salute. Il primo approccio si ha nell'accoglimento, poi nella capacità di indirizzo, di accesso alle informazioni ed ai percorsi che portano ai servizi. La percezione che il cittadino ha del servizio, infatti, è determinata oltre che dalle caratteristiche oggettive dello stesso, anche dall'esperienza passata e dalle informazioni ricevute attraverso le varie fonti.

L'attività più propriamente informativa dell'ufficio si sviluppa attraverso un rapporto diretto, face to face con il cittadino e/o telefonico: dal 2002 l'URP è anche terminale del **numero verde regionale**. Tra le attività avviate di recente, ma che si prevede di sviluppare compiutamente nel prossimo futuro, particolare rilevanza assume quello delle **indagini di customer satisfaction**, ossia la verifica della qualità percepita da parte di cittadini ed utenti. Queste indagini, generalmente attuate tramite questionari, forniscono continui stimoli per il miglioramento del rapporto tra i servizi sanitari e la comunità, permettendo di analizzare come il cittadino utilizza l'azienda e i suoi servizi e quale percezione ha riguardo la qualità dell'assistenza, la relazione operatore sanitario-paziente, il comfort alberghiero, ed in generale gli standard di qualità dei servizi.

Vi è poi la comunicazione interpersonale medico-paziente che dovrà essere particolarmente curata, anche attraverso una adeguata formazione degli operatori sanitari che hanno un ruolo di guida per la salute. Il ruolo degli operatori è essenziale anche nel consentire agli utenti di compiere scelte consapevoli per la propria salute. Un tema che dovrà essere al centro dell'attenzione del sistema di comunicazione aziendale nei prossimi anni è infatti quello di

rendere più efficaci le procedure e **semplificare i linguaggi** utilizzati per l'informazione all'utente, soprattutto quando fornita da personale sanitario, padrone di un linguaggio tecnico non facilmente accessibile. In particolare le procedure per il consenso informato dovranno essere rivalutate e semplificate, per permettere al paziente di ottenere, dall'operatore sanitario con cui si relaziona, informazioni pertinenti e significative che gli permettano di costruirsi una autonoma e consapevole scelta rispetto alla propria salute.

Tra gli obiettivi prioritari del prossimo triennio vi è il potenziamento della comunicazione interna e soprattutto di una strategia di reale coinvolgimento degli operatori nella vita aziendale. L'Ausl di Imola è in una fase dinamica della sua storia, con un impegno concreto nel miglioramento strategico dell'organizzazione, anche attraverso la responsabilizzazione del personale ed il migliore utilizzo delle risorse. L'obiettivo è instaurare un dialogo permanente fra tutte le componenti dell'organizzazione, migliorare la comunicazione ed il senso di appartenenza all'azienda e fornire un servizio di qualità, in sintonia con i bisogni della popolazione. Analizzare l'insieme dei valori, dei comportamenti, delle consuetudini, degli atteggiamenti dell'organizzazione, del passaggio di informazioni, del modo di comunicare, di gestire il dissenso, di valutare gli eventi organizzativi, sono gli elementi da cui partire per la costruzione, all'interno dell'azienda, di un clima di partecipazione e condivisione degli obiettivi strategici ed operativi da parte di tutti i dipendenti, che possa indirizzarsi verso quel benessere organizzativo oggi finalmente riconosciuto come fondamentale per il buon funzionamento dell'organizzazione stessa. Già nel 2003 l'azienda si è attivata nella costruzione di un percorso per la realizzazione di un **piano di comunicazione interna**, che ha visto all'opera gruppi di lavoro su specifiche tematiche, eventi informativi e comunicativi indirizzati sia a target specifici che all'intero universo aziendale e che ha iniziato a promuovere processi trasversali per mettere in contatto, in dialettica, in integrazione e sinergia, diversi settori ed attori dell'azienda. Su questa strada si intende proseguire con continuità ed impegno, operando per l'apertura di dialogo e confronto, pensando ad un disegno generale che armonizzi gli obiettivi personali agli obiettivi aziendali, esplicitando criteri di selezione e valutazione, fornendo gli strumenti per un'effettiva e ampia possibilità di partecipazione nelle decisioni.

La **comunicazione esterna** appare particolarmente rilevante in questo particolare momento storico, in cui forte è l'esigenza di diffondere le informazioni necessarie all'appropriato utilizzo, da parte dei cittadini, dei servizi socio-sanitari, che dovrà accompagnarsi ad uno sforzo comunicativo mirato anche ad accrescere nella popolazione la percezione della specificità e dell'identità peculiare del servizio sanitario regionale. Non solo informazione di servizio, quindi, necessaria, tempestiva e trasparente, ma anche comunicazione, ad ogni livello e con il maggior numero di strumenti possibili, dei valori alla base del nostro sistema, per coinvolgere il cittadino in un ruolo sempre più attivo all'interno del progetto sanitario regionale. Il **rapporto con i media**, che costituiscono un target specifico, con esigenze, aspettative e bisogni propri, deve essere garantito da modalità relazionali ad hoc. Se infatti attraverso questi mezzi è possibile raggiungere buoni livelli di trasparenza e di diffusione dell'informazione di servizio, degli eventi essenziali che rientrano nella strategia aziendale, nonché di messaggi più propriamente valoriali e culturali, è pur vero che talvolta la diffusione distorta o semplicistica di notizie, a scopo talora scandalistico, può produrre gravi danni all'immagine aziendale e minare la fiducia del cittadino nell'azienda. Il ruolo dell'ufficio stampa è quindi quello di gestire i rapporti con gli organi di informazione in maniera coerente coi valori aziendali ed assicurando la trasparenza nei confronti del pubblico di riferimento.

Poiché è però noto che il target di riferimento dei mass media non copre che una parte della popolazione, si rende necessario sviluppare ulteriori iniziative verso il pubblico esterno: campagne mirate di educazione alla salute, di informazione e di coinvolgimento che devono utilizzare diversi strumenti di comunicazione, in maniera mirata a seconda degli scopi. Tra i progetti in via di sviluppo nel prossimo futuro si segnala l'implementazione di un **portale aziendale** che permetta ai cittadini di accedere ad una svariata gamma di informazioni sui servizi, ma anche di dialogare direttamente con l'azienda sanitaria ed eventualmente di fruire di servizi on-line. Tutto ciò con aggiornamenti in tempo reale che renderanno ogni informazione attuale e tempestiva e quindi efficace. Un ulteriore progetto da potenziare riguarderà la produzione e distribuzione del periodico di informazione aziendale, già da alcuni anni in distribuzione a casa dei cittadini, e la messa in atto di **campagne informative** e di educazione alla salute su alcuni temi rilevanti, con una programmazione puntuale, a seconda delle esigenze emergenti.

Un altro fondamentale settore di intervento riguarda la gestione delle relazioni e della comunicazione con gli opinion leader, le istituzioni, la scuola, il terzo settore, i gruppi di interesse, le aziende private, ecc., ossia con i soggetti di riferimento per la cittadinanza che, in quanto "**cittadini competenti**", possono costituire per l'azienda degli ottimi "mediatori" e degli alleati potenziali nella trasmissione dei messaggi alla popolazione. In particolar modo dei messaggi di tipo culturale e valoriale che riguardano l'educazione alla salute e l'informazione sugli stili di vita. Collaborazione, ascolto, sostegno reciproco con questi attori significa intessere una trama relazionale essenziale per raggiungere gli obiettivi aziendali.

### 3.7 FORMAZIONE

La **valorizzazione delle competenze** professionali all'interno delle aziende sanitarie rappresenta il valore aggiunto in grado di assicurare l'offerta di prestazioni integrate e pertinenti con la domanda di salute dei cittadini. In questo scenario diventa strategico ricercare consenso e partecipazione attiva dei professionisti stimolandone performance e potenziali individuali.

L'elemento centrale e vincente è perciò rappresentato dall'**apprendimento costante**, condizione indispensabile affinché individui e gruppi acquisiscano e perfezionino la capacità di autorganizzarsi, autodirigersi e assumere la piena responsabilità per la qualità del loro lavoro.

Una organizzazione che apprende, è una istituzione fortemente innovativa in cui le persone acquisiscono costantemente modelli di pensiero nuovi e stimolanti, migliorano la loro capacità di ottenere i risultati desiderati e soprattutto, imparano continuamente sia individualmente che collettivamente. L'apprendimento, in questo caso, va inteso come processo creativo e problematico, nel quale hanno un ruolo centrale le capacità di analisi, di riflessione e di confronto.

A tutto ciò si associa l'introduzione dell'**educazione continua** (ECM) che ha imposto l'obbligo a tutti gli operatori sanitari dipendenti o liberi professionisti, operanti sia nella sanità pubblica che in quella privata, di acquisire crediti formativi, per garantire il mantenimento di livelli di aggiornamento adeguati rispetto al ruolo e alle funzioni svolte.

Il programma ECM comprende "**l'insieme organizzato e controllato di tutte le attività formative finalizzate a mantenere aggiornata la professionalità degli operatori della sanità**". Le iniziative accreditate ECM utilizzano come

termine di valutazione i **crediti formativi**, che sono la misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della sanità ha dedicato all'aggiornamento e al miglioramento delle proprie competenze nell'arco di un anno.

E' da queste premesse che nasce l'impegno a livello aziendale di continuare a promuovere, potenziare e consolidare le attività formative che garantiscono complessivamente, in virtù della loro spiccata differenziazione e dell'offerta proposta, un buon livello di completezza. Più nello specifico e a proposito di **formazione continua** sarà prioritario assicurare, a ciascun professionista, il raggiungimento nell'arco del prossimo triennio del numero dei crediti previsti dalla normativa contrattuale, secondo le seguenti linee di indirizzo:

- fornire un supporto per il conseguimento degli obiettivi aziendali o di quelli connessi con la mission aziendale, siano essi di produzione, di innovazione o di sviluppo;
- favorire il consolidamento di una cultura aziendale centrata sulla persona e sul miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti;
- valorizzare le professionalità fornendo strumenti, metodi ed assistenza per l'aggiornamento, il miglioramento e l'innovazione delle conoscenze e delle competenze;
- facilitare l'integrazione delle conoscenze e delle competenze specifiche valorizzandole come risorsa collettiva in grado di sostenere un servizio sanitario caratterizzato da prestazioni multiprofessionali, ad alta discrezionalità, interdipendenza e a fortissimo tasso emotivo/relazionale;
- sviluppare una concezione dell'organizzazione aziendale come "sistema" in grado di produrre, accumulare, utilizzare, far circolare conoscenza, mettendo in gioco modelli cognitivi, sistemi di riferimento comportamentali e valori associati, anticipando l'innovazione, imparando dagli errori e recuperando crisi e successi come elementi regolatori e stimolatori del sistema;
- accrescere il senso di appartenenza dei dipendenti nei confronti dell'azienda, attraverso la condivisione della mission aziendale e la considerazione del valore etico e sociale del servizio reso.

Le **aree tematiche**, su cui concentrare interventi e proposte formative aziendali, sono intimamente legate alle linee strategiche e di sviluppo richiamate in premessa interessando nello specifico:

- appropriatezza e governo clinico;
- accreditamento istituzionale e professionale e sistemi di definizione delle garanzie di qualità;
- gestione del rischio, della sicurezza e della salute negli ambienti di lavoro;
- mantenimento e miglioramento delle competenze cliniche, assistenziali e tecniche;
- sviluppo del sistema informativo e della gestione di strumenti informatici;
- comunicazione interna ed esterna all'azienda;
- lavoro di équipe e relazioni di gruppo.

Nell'arco del triennio andranno inoltre ulteriormente sviluppati **pacchetti formativi a distanza** incentivandone il loro utilizzo per valorizzare le situazioni che possano essere riconducibili alle tipologie formative che la regione ha identificato come attività sul campo (addestramento, commissioni o comitati, audit clinici, progetti di miglioramento, ricerca).

Sempre maggiore rilevanza assumerà nel triennio la collaborazione con l'**Università** degli studi di Bologna che, al corso di laurea per tecnici della prevenzione e per fisioterapisti, affiancherà quelli in infermieristica e in educazione

professionale; proseguiranno inoltre le impegnative attività programmate per la formazione post-base con i master di primo livello rivolti all'area infermieristica geriatrica e alla endoscopia digestiva.

Al fine di promuovere, all'interno dell'azienda, la diffusione dei principi della **"evidence based medicine"** attraverso un miglioramento quali-quantitativo della ricerca bibliografica ed un efficace sviluppo delle conoscenze per l'implementazione di un management dell'informazione adeguato, andrà continuato il lavoro già intrapreso con l'adesione al gruppo operativo per il trasferimento dei risultati della ricerca bibliografica nei servizi sanitari. Tale forma associativa che comprende la soprintendenza beni librari e documentari IBC, l'agenzia sanitaria regionale, il CEVEAS di Modena e numerose aziende sanitarie locali della regione è finalizzata sia alla creazione di una rete di servizi cooperativi che al corretto flusso dell'informazione bibliografica biomedica tra le biblioteche aderenti.

Proseguirà, infine, l'attività per garantire l'adesione al progetto di modernizzazione regionale - **"biblioteca medico scientifica metropolitana on line"** - promosso dalle aziende bolognesi che prevede la realizzazione di una biblioteca on line di riviste e di banche dati medico scientifiche.

### 3.8 PROCESSO DI VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Il processo di riqualificazione delle professioni sanitarie ha avuto avvio con la legge 341 del 19-11-1990 e con il decreto legislativo 502 del 30-12-1992 che, all'art. 6, disciplina operativamente le disposizioni inerenti la **formazione** in ambito universitario del personale sanitario.

Le norme di legge succedutesi dal '94 in poi, non hanno riguardato, peraltro, solo gli aspetti formativi ma anche l'area delle **competenze professionali** definendone (DM 739/94) la specificità del campo di azione in relazione alle responsabilità e alla relativa autonomia.

La legge 42 del 26 febbraio 1999 nell'abrogare i mansionari, sancisce definitivamente l'**autonomia delle professioni sanitarie** disponendo che il campo della loro operatività e di diretta responsabilità fosse **"...determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base, nonché degli specifici codici deontologici..."**.

La legge 251/00, nell'invitare le regioni a promuovere la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, dispone di includere i diversi profili professionali sanitari nelle seguenti quattro aree e successive **classi di laurea** di I e II livello:

- professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica;
- professioni sanitarie della riabilitazione;
- professioni sanitarie tecnico-sanitarie;
- professioni sanitarie della prevenzione.

La legge regionale 11 del 25 febbraio 2000 che detta le norme per il riordino del sistema sanitario regionale dispone, tra l'altro, che l'atto aziendale disciplini il **ruolo del servizio infermieristico e tecnico**, e la successiva direttiva del 31/10/00 ne precisa ulteriormente le funzioni attribuendo al responsabile del SIT aziendale lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza e la definizione, direzione e valutazione del sistema di governo dell'assistenza infermieristica e tecnica generale e specialistica.

L'Ausl di Imola in contestuale coerenza con le linee di indirizzo che venivano di volta in volta emanate ha adottato concrete iniziative finalizzate a coinvolgere e valorizzare i professionisti sanitari nei processi pianificatori e gestionali. Con deliberazioni successive - dal 1995 al 2002 - è stata, infatti, prima istituita la **direzione infermieristica**, poi nominati i responsabili di dipartimento ospedaliero e, conseguentemente all'adozione dell'atto aziendale, conferite le indennità di coordinamento.

Il processo di valorizzazione e definizione del ruolo dei professionisti delle professioni sanitarie proseguirà nella convinzione, sempre più forte che, questo stesso ruolo, possa rendersi maggiormente visibile nell'ambito organizzativo se contribuisce alla **realizzazione degli obiettivi aziendali** del governo clinico dell'assistenza sanitaria. Il ruolo di questi professionisti è infatti determinante nella **gestione dei programmi di assistenza** basati su elementi di appropriatezza ed evidenza scientifica. In proposito sarà pertanto necessario rinforzare la cultura professionale, lavorando su alcune **direttrici di riferimento**:

- sviluppo dei processi di definizione del ruolo delle professioni sanitarie con particolare attenzione al rapporto e all'integrazione con le professioni mediche e le altre professioni non sanitarie. Sarà necessario completare la realizzazione del modello organizzativo del servizio infermieristico e tecnico e una conseguente riorganizzazione della rete di erogazione professionale utilizzando anche gli istituti contrattuali messi a disposizione;
- sviluppo delle linee di produzione professionale mediante la definizione e la gestione dei livelli qualitativi dei prodotti che sono garantiti dall'appropriatezza delle rispettive linee di produzione. Sarà necessario pertanto sviluppare e definire gli standard di prodotto delle prestazioni professionali, governare il sistema degli indicatori che ne garantiscono lo standard qualitativo, definire il livello essenziale della prestazione professionale che deve essere assicurato;
- definizione delle risorse professionali necessarie a garantire i livelli quali-quantitativi della produzione professionale, stabilendo le dotazioni di risorse necessarie e modulando il sistema delle risorse alla domanda del bisogno sanitario;
- sviluppo e mantenimento delle competenze professionali e ricerca dell'appropriatezza mediante la garanzia di accesso a processi di formazione ed aggiornamento continuo, di ricerca e studio professionali.

### 3.9 INGRESSO DI MEDICINA

La storia della Azienda USL di Imola presenta, sin dalla sua costituzione -1 luglio 1994 - caratteri del tutto peculiari.

In primo luogo, **unica realtà** in ambito regionale, l'azienda dell'ambito territoriale circondariale (la cui definizione di Azienda USL di Imola è una semplificazione ) origina direttamente dalla precedente unità sanitaria locale n° 23 (che a sua volta, in epoca preriforma, era stata "anticipata" dalla originale esperienza del consorzio socio-sanitario).

Dunque, in questo caso il processo di aziendalizzazione (ex DPR 502-517) non ha comportato modifiche dell'**assetto territoriale**, come è invece accaduto per la quasi totalità delle altre usl regionali, diffusamente interessate da interventi di accorpamento.

Inoltre, ciò che sembra rilevante, è che la sua **autonomia** strutturale, politica ed organizzativa è stata conservata nonostante il suo territorio non coincida con un ambito provinciale, ed anzi nonostante al proprio interno siano presenti municipalità storicamente afferenti a territori relativamente differenziati sul piano storico e culturale.

In realtà le ragioni di tale diverso "destino" sono tutte rintracciabili entro alcune caratteristiche molto significative e sembrano facilmente sintetizzabili in tre distinti livelli, procedendo dal generale al particolare.

Il primo livello è di ordine storico, politico ed istituzionale.

Oggi il territorio dell'Azienda sanitaria si caratterizza per aspetti (riferibili soprattutto alla storia più recente) politici, di organizzazione sociale, di contesto culturale (la partecipazione ai processi sociali ed "il capitale sociale") contraddistintivi che lo rendono identificabile rispetto alla restante parte della provincia di Bologna, da un lato, e, alla realtà romagnola, dall'altro.

Per ciò che attiene al **livello tecnico-professionale** e della **gradibilità dei servizi** da parte dei cittadini-utenti, l'autonomia, sul piano sanitario, incontra svariate motivazioni, strettamente intrecciate tra loro.

La prima di esse è la relativa **autosufficienza** dei cittadini rispetto ai servizi erogati in ambito aziendale, caratteristica che si è mantenuta fondamentalmente costante nel tempo.

Ciò è naturalmente da attribuire, a sua volta, sia ad una forte identificazione della cittadinanza rispetto ai servizi erogati, sia ad una positiva capacità, da parte della stessa organizzazione sanitaria, di far corrispondere bene bisogni, domanda ed offerta, per mezzo di una buona propensione alla innovazione, alla ricerca della qualità, alla flessibilità.

Caratteristiche, queste ultime, tutte favorite, a ben vedere, dalla **dimensione** di scala ridotta.

Si può ben comprendere come queste caratteristiche esercitino, in sequenza, un effetto positivo le une sulle altre, determinando una circolarità virtuosa.

Così l'identificazione dei cittadini, ed anche il controllo dei media locali, tiene viva l'attenzione dei professionisti, sollecita e stimola il cambiamento positivo e il miglioramento.

Questo, a sua volta, ottenuto in tempi sufficientemente ravvicinati – attraverso una **flessibilità** consentita dalla dimensione ridotta e dalla contenuta complessità - promuove credibilità del sistema e dunque **identificazione** da parte degli utenti.

Il terzo ambito è relativo al **livello gestionale** e delle compatibilità economiche generali di sistema.

Relativamente a questo livello, l'autonomia pare giustificata da una capacità di ottenere significativi risultati sul piano dell'**efficienza** (ottenuta, tuttavia, facendo salvi i principi della efficacia e della equità, e attraverso l'appropriatezza e la economicità), soprattutto in virtù di processi motivazionali ed identificatori "alti", inducibili nel corpo dei professionisti (dipendenti e convenzionati) in funzione del carattere relativamente piatto, agile e partecipato della organizzazione.

Tali caratteristiche positive (che sono ben esemplificate nel consumo efficace-efficiente dei farmaci, degli esami di laboratorio e, più recentemente, dei ricoveri ospedalieri) sono ritenuti sufficientemente consistenti da controbilanciare il punto di debolezza rappresentato dalla ridotta dimensione, non in grado di determinare adeguate economie di scala.

Questa premessa è necessaria per comprendere a fondo il significato dell'**ingresso del Comune di Medicina** nell'ambito della Azienda usl di Imola, che ha avuto luogo, formalmente, in data 5 novembre 2003, ma che è stato informalmente oggetto di una lunghissima preparazione, con elementi di presa in carico dei servizi medicinesi, a partire dalla tarda primavera 2003.

L'ingresso di Medicina a Imola, che ha luogo in conseguenza della riorganizzazione della sanità metropolitana della provincia di Bologna (LR 21 del 20/10/2003) significa senza dubbio un evento molto importante per la sanità circondariale imolese, perché il Comune di Medicina rappresenta ora la terza realtà urbana del circondario (14.000 abitanti circa, pari al 13 % della popolazione precedentemente assistita) ed anche perché ripropone, dopo molti anni, (1980) un problema di ricomposizione e di integrazione territoriale.

Si può anche affermare che tale evento rappresenti una vera e propria sfida, assai impegnativa, perché caratterizzata da una alta posta in gioco capace, se vinta, di concorrere all'equilibrio complessivo del sistema sanitario locale, ovvero, se perduta, di cronicizzare e rendere perciò non correggibile la perdita di bilancio ancora presente.

A questo proposito paiono critici e dirimenti, in senso positivo o negativo, alcuni punti che qui si riportano in forma sintetica.

La capacità di introdurre, rapidamente, all'interno dell'organizzazione medicinese, quelle logiche gestionali e quei tratti tecnico-operativi - tendenzialmente sviluppati ed "intensivi" - che caratterizzano, da tempo, il **modello organizzativo circondariale imolese** e che costituiscono "lo scheletro" ed "i muscoli" alla base dei processi di integrazione, appropriatezza, flessibilità, propensione al cambiamento. Questo processo, che deve innestare su Medicina numerosi modelli organizzativi e clinici (percorsi diagnostico-terapeutici e linee guida) già da tempo applicati sul territorio imolese (e spesso già oggetto di rivisitazione) va portato avanti con intelligenza e, insieme, con determinazione, avendo grande riguardo a garantire una fase di transizione in tempi adeguati, sia per i professionisti che per gli assistiti. Va particolarmente curato, in modo diligente, che le modalità operative e le scelte vengano discusse e condivise, non imposte burocraticamente, e che vengano recepiti tutti gli aspetti positivi che originano dalla precedente esperienza.

**Partecipazione e fidelizzazione** dei cittadini che consenta ai cittadini di Medicina di apprezzare la qualità dei servizi erogati dalla Azienda USL di Imola e dunque di servirsi di essi, in una dinamica interattiva.

Sperimentazione di un nuovo modello di **flessibilità organizzativa trasversale** all'interno del polo medicinese, caratterizzato da sinergie strutturali tra presidio, distretto e sanità pubblica.

### 3.10 EQUILIBRIO DEL BILANCIO E POLITICHE DEL PERSONALE

La razionalizzazione e lo sviluppo dei servizi sanitari previsti nel Piano dovrà avvenire avendo costante attenzione all'andamento economico complessivo dell'Azienda. La riduzione del disavanzo realizzata nell'ultimo triennio costituisce un ulteriore rinforzo all'autonomia dell'Azienda sanitaria imolese.

Ciò è stato realizzato senza ridurre il livello qualitativo dei servizi ma attraverso processi di riorganizzazione e di tenuta sotto controllo dell'incremento di costi, e, dall'altro lato, attraverso la stabilità dei ricavi.

Inoltre, si proseguirà nella razionalizzazione delle sedi di erogazione di servizi e nella attenta gestione della risorsa personale, soprattutto ponendo attenzione al turn over ed alla riconversione di personale e posti vacanti.

In proposito, già nel corso del 2003, a fronte del blocco totale del turn over del personale di area tecnico-amministrativa, si è provveduto all'incremento della dotazione organica dell'area infermieristica, anticipando anche pensionamenti già programmati, sulla base di accordi intercorsi con le Organizzazioni sindacali. Nel corso del periodo di validità del Piano si intende confermare la suddetta impostazione.

Sul versante dei ricavi si intende in particolare proseguire nella alienazione del patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali (Casa Guglielmi, "Silvio Alvisi"), con utilizzo dei proventi per investimenti.

In conclusione, si può ragionevolmente prevedere che, qualora sia confermato anche per il prossimo triennio il flusso ordinario di finanziamento sopra richiamato (comprensivo anche del riconoscimento dei rilevanti costi derivanti dalla stipula dei nuovi Contratti nazionali di lavoro del Comparto e della Dirigenza), e siano contestualmente realizzati gli

interventi previsti sul versante del contenimento dei costi aziendali, sia perseguibile, entro il periodo di validità del Piano, un sostanziale equilibrio di bilancio.

#### 4. GLI OBIETTIVI PRIORITARI DI SALUTE

I **tassi di mortalità** standardizzata indicano per la regione Emilia Romagna valori tra i più bassi a livello nazionale in particolare per il sesso femminile, ed il territorio imolese, negli ultimi anni, si colloca nei valori migliori in ambito regionale e provinciale.

### Mortalità generale in AUSL Imola Anni 1999 – 2000 – 2001

#### Femmine

Anno	Totale morti	Tasso grezzo	<b>Tasso standardizzato AUSL Imola</b> (pop. Standard RER 98)	Tasso standardizzato Emilia Romagna (pop. Standard RER 98)
1999	547	1.020,10	1.024,36	1.098,33
2000	564	1.042,76	1.024,76	1.060,40
2001	550	1.008,80	978,86	1.061,76

#### Maschi

Anno	Totale morti	Tasso grezzo	<b>Tasso standardizzato AUSL Imola</b> (pop. Standard RER 98)	Tasso standardizzato Emilia Romagna (pop. Standard RER 98)
1999	564	1.088,76	1.008,95	1.178,39
2000	617	1.180,66	1.091,14	1.143,31
2001	578	1.097,59	1.004,54	1.112,77

**Fonte dei dati:** Azienda USL di Imola – Dipartimento di Sanità Pubblica – Registro Mortalità  
Assessorato alla Sanità – Regione Emilia Romagna

La “**speranza di vita**” rappresenta il numero di anni che, con buona probabilità, restano da vivere ad ogni singolo cittadino: questa vale per un neonato del nostro Circondario **78.6 anni** se maschio e **82.8** se femmina.

## Profilo di salute

Tasso di mortalità

2001

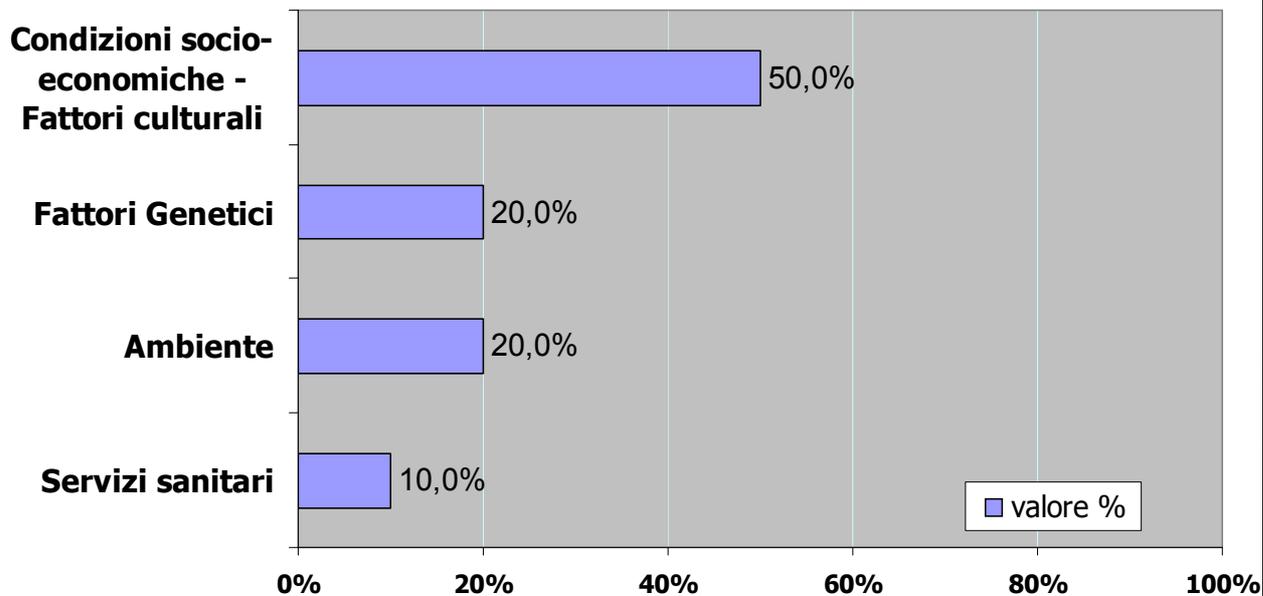
IMOLA		REGIONE EMILIA ROMAGNA	
UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE
1.004,54	978,86	1.112,77	1.061,76

Speranza di vita

2001

IMOLA		EUROPA-MONDO	
UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE
78,6	82,8	77,8 (J) 77,6 (S)	85 (J) 82,8 (F)

## FATTORI CHE INLUENZANO L'ALLUNGAMENTO DELLA VITA



Fonte dei dati: G. Domenighetti – Università di Losanna e Ginevra

L'esame della **mortalità proporzionale** sul quinquennio 1995–1999 ha evidenziato come causa di morte nelle **femmine** al primo posto le malattie del sistema cardio–circolatorio (43.3%) seguite dai tumori (25%), dalle malattie dell'apparato respiratorio (8.1%) e dai disturbi psichici (5.1%).

Nei **maschi** la stessa distribuzione vede al primo posto le malattie del sistema cardio–circolatorio (34.5%), poi i tumori (32.7%) , le malattie respiratorie (8.3%) ed i traumatismi (7.3%).

La mortalità per malattie del sistema **cardio-circolatorio** è al primo posto in maniera analoga all'ambito regionale ma sempre, negli ultimi anni, con tassi inferiori alla media regionale.

Lo stesso avviene per la mortalità legata ai **tumori**, che per le femmine è rappresentata dal tumore alla mammella (16.2%), stomaco (12%), colon–retto (11.6%), sistema linfatico e sangue (10.3%), apparato respiratorio (9.6%), mentre per gli uomini la mortalità per tumore vede al primo posto polmone (26%), stomaco (10.9%), colon–retto (10.8%) , tessuto linfatico e sangue (8%), prostata (7.2%).

### Mortalità per malattie cardiocircolatorie in AUSL Imola anni 1999 – 2000 - 2001

#### Femmine

Anno	Totale morti	Tasso grezzo	<b>Tasso standardizzato AUSL Imola</b> (pop. Standard RER 98)	Tasso standardizzato Emilia Romagna (pop. Standard RER 98)
1999	234	436,39	434,87	505,87
2000	223	412,30	399,70	475,48
2001	234	429,20	409,38	474,20

#### Maschi

Anno	Totale morti	Tasso grezzo	<b>Tasso standardizzato AUSL Imola</b> (pop. Standard RER 98)	Tasso standardizzato Emilia Romagna (pop. Standard RER 98)
1999	188	362,92	332,81	443,11
2000	217	415,24	373,10	430,57
2001	214	406,37	365,75	414,95

## Mortalità per tumori in AUSL Imola Anni 1999 – 2000 - 2001

### Femmine

Anno	Totale morti	Tasso grezzo	<b>Tasso standardizzato AUSL Imola</b> (pop. Standard RER 98)	Tasso standardizzato Emilia Romagna (pop. Standard RER 98)
1999	136	253,63	259,35	289,62
2000	154	284,73	288,59	290,16
2001	135	247,62	248,54	293,93

### Maschi

Anno	Totale morti	Tasso grezzo	<b>Tasso standardizzato AUSL Imola</b> (pop. Standard RER 98)	Tasso standardizzato Emilia Romagna (pop. Standard RER 98)
1999	184	355,20	335,79	407,94
2000	205	392,28	371,63	398,22
2001	174	330,42	309,93	393,94

## Mortalità per malattie apparato respiratorio in AUSL Imola Anni 1999 – 2000 - 2001

### Femmine

Anno	Totale morti	Tasso grezzo	<b>Tasso standardizzato AUSL Imola</b> (pop. Standard RER 98)	Tasso standardizzato Emilia Romagna (pop. Standard RER 98)
1999	50	93,25	92,70	65,37
2000	40	73,95	71,24	61,04
2001	48	88,04	84,75	57,90

### Maschi

Anno	Totale morti	Tasso grezzo	<b>Tasso standardizzato AUSL Imola</b> (pop. Standard RER 98)	Tasso standardizzato Emilia Romagna (pop. Standard RER 98)
1999	60	115,83	105,25	88,67
2000	53	101,42	89,83	81,51
2001	62	117,73	104,10	76,75

## Mortalità per incidenti stradali in AUSL Imola Anni 1999 – 2000 - 2001

### Femmine

Anno	Totale morti	Tasso grezzo	<b>Tasso standardizzato AUSL Imola</b> (pop. Standard RER 98)	Tasso standardizzato Emilia Romagna (pop. Standard RER 98)
1999	5	9,32	9,51	9,49
2000	3	5,55	5,58	8,95
2001	5	9,17	9,83	9,33

### Maschi

Anno	Totale morti	Tasso grezzo	<b>Tasso standardizzato AUSL Imola</b> (pop. Standard RER 98)	Tasso standardizzato Emilia Romagna (pop. Standard RER 98)
1999	16	30,89	29,82	29,30
2000	19	36,36	37,56	31,68
2001	17	32,28	32,69	29,81

**Fonte dei dati:** Azienda USL di Imola – Dipartimento di Sanità Pubblica – Registro Mortalità Assessorato alla Sanità – Regione Emilia Romagna

Prototipo delle cosiddette “**morti evitabili**” sono quelle legate agli **incidenti stradali**, che sono occorse nei cittadini residenti nel territorio con una numerosità di 171 deceduti (134 maschi e 37 femmine) nel periodo 1996–2002, quindi una media annua di 24-25 morti che costituisce la prima causa di morte nei maschi nelle classi di età inferiore ai 40 anni. All'interno del percorso del progetto “**Piano per la Salute**” è stata ricercata e studiata la percezione dei cittadini riguardo ai problemi di salute espressa nelle cartoline-questionario compilate dalla popolazione in un quantità rilevante (8.386) nella estate del 2002. Con grande omogeneità rispetto alla geografia del territorio ma anche alle classi sociali ed anagrafiche, l'indicazione è stata, nell'ordine, per:

- inquinamento
- incidenti stradali
- droga
- aiuto agli anziani

e, con minor frequenza,

- fumo
- stress
- alcool
- povertà
- solitudine

- alimentazione
- infortuni sul lavoro.

La Conferenza dei Sindaci, su proposta degli organi del PPS (Coordinatori, Governo, Parlamento) ha scelto di concentrare gli interventi migliorativi della comunità sui primi tre temi esprimendo quindi una scelta di programmazione guidata da una precisa **politica della salute**.

In modo simmetrico e coerente nella Azienda Sanitaria si svilupperà una “**politica dei servizi**” con un impegno particolare dedicato alla **promozione della salute** ed a contrastare i comportamenti individuali a rischio (questo vale per l'inquinamento, gli incidenti e le dipendenze patologiche).

Inoltre si migliorerà la gestione e la comunicazione sulla **qualità dell'aria** comprendendo anche il supporto tecnico alle amministrazioni comunali. Si costruirà una nuova competenza sulla **prevenzione degli incidenti stradali** a partire dalla raccolta ed elaborazione della informazioni disponibili con la istituzione di un “**Osservatorio**” locale per costruire una mappa del fenomeno fondato sulle informazioni del 118, ma anche per costruire un monitoraggio di una casistica particolare ma numerosa di incidenti stradali: quelli legati all'attività lavorativa sia durante il lavoro che nel tragitto casa-lavoro (incidenti in itinere).

La evidenza che le classi di età più giovane hanno dato al problema “**droga**”, indicato al primo posto nel 50% delle 2.679 cartoline di cittadini con età tra 14 e 30 anni, ci orienta a curare nei prossimi anni con nuovo impegno e continuità una **azione formativa–informativa** sul tema in sinergia con il Consorzio per i Servizi Sociali ed il mondo della scuola.

Nei prossimi anni il Piano per la Salute vedrà una fase più centrata sugli interventi migliorativi dei determinanti di salute e nella intera comunità che nella creazione di un percorso metodologico specifico; rimarrà comunque attivo il **Coordinamento del progetto** in capo all'Azienda Sanitaria.

## 5. LE SFIDE DELLA SANITA' IMOLESE

### 5.1 ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Tre aspetti fondamentali qualificheranno e orienteranno gli **obiettivi** e le azioni per la prevenzione nel triennio di validità del PAL:

- il passaggio **dall'obbligo normativo alla responsabilità**: si sta affermando una concezione dell'intervento pubblico che riserva ai servizi alcune limitate competenze di controllo, sulla scorta di pochi e significativi obblighi normativi, e assegna alle responsabilità individuali la corretta gestione delle proprie scelte. Con questi presupposti sono destinati ad esaurirsi o ad essere fortemente ridimensionati alcuni interventi di sanità pubblica ora obbligatori per legge; d'altro canto adeguate risorse dovranno essere impegnate per garantire ai cittadini una idonea informazione, che consenta agli stessi di esercitare in modo consapevole il nuovo ruolo di responsabilizzazione individuale nella gestione delle proprie scelte;
- le **trasformazioni** demografiche, epidemiologiche e sociali: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie cronico-degenerative, le innovazioni nella tipologia del lavoro ed il cambiamento dei rischi ad esso connessi, la caduta delle frontiere e la globalizzazione, l'affacciarsi di nuove malattie e rischi (BSE, OGM), sono solo alcuni dei fenomeni che richiedono una revisione profonda e un rapido adeguamento del ruolo e delle scelte di priorità della sanità pubblica;

- interconnessione, multidisciplinarietà e **gestione in rete**: sono gli strumenti cui deve adeguarsi la pratica operativa dei servizi, di fronte alla complessità dei problemi, atteso che la rigidità e la univocità dei ruoli e delle competenze sono approcci inefficaci e perdenti, spesso anche accompagnati da elevati livelli di inefficienza.

Il dipartimento di sanità pubblica (DSP) sarà quindi chiamato a rispondere in primis al nuovo modo di operare e di intendere la tutela della salute, con il ricorso ad interventi che spesso trascendono i confini del settore sanitario sviluppando una rete di rapporti e collaborazioni intersettoriali che interessano l'intera società civile. La nuova sanità pubblica dovrà operare mediante alleanze che attraversano orizzontalmente i vari confini disciplinari, professionali e organizzativi e fondare in questa collaborazione lo sviluppo e la traduzione nella pratica di politiche basate su prove di efficacia, in tutti i settori che hanno un impatto sulla salute e sul benessere della popolazione.

Fondamentale sarà il ruolo del DSP per il supporto, la promozione e il coordinamento dell'informazione-educazione e della **comunicazione per la salute**. In questo ambito lo sportello per la prevenzione costituirà l'interfaccia dei cittadini per informazioni, osservazioni, consulenze per tutto ciò che riguarda prevenzione, promozione della salute e piani per la salute.

La modalità di lavoro del DSP sarà quella della collaborazione e del supporto alle strutture organizzative sia interne che esterne al dipartimento, con un approccio per processi trasversali finalizzato a garantire servizi appropriati e a semplificare l'accesso agli utenti.

Il successo delle iniziative di prevenzione e di promozione della salute dovrà passare attraverso il superamento progressivo dell'abitudine a lavorare in relazione ad eventi più o meno estemporanei, ad abitudini consolidate, o a pratiche la cui efficacia non sempre è provata, non è più attuale, o comunque non viene sottoposta a verifica critica. Saranno implementate gradualmente, nelle more dell'adeguamento della normativa all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, strategie di **prevenzione basata sulle evidenze**. In altri termini saranno identificate e documentate le attività di prevenzione di provata efficacia e di provata inefficacia, al fine di promuovere uno spostamento di risorse dedicate dalle seconde alle prime. Occorre infatti arricchire la prevenzione di tutti gli interventi per i quali, sulla base di studi fondati su metodologie scientifiche, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia, e al contempo eliminare tutte quelle pratiche di presunta profilassi, per le quali è stata invece dimostrata l'inutilità (esempio: libretti sanitari, controlli sanitari in apprendisti non a rischio, test diagnostici per patologie a trasmissione sessuale, ecc.).

Saranno inoltre implementate strategie di **gestione del rischio** riferite alle condizioni di salute dell'intera comunità - rischi connessi con la presenza di barriere architettoniche, rischi da traffico veicolare, ecc. - e non già limitate all'ambito del settore lavorativo sanitario, da attuare in collaborazione con tutti i soggetti della prevenzione (cittadini, imprese, forze sociali, altre istituzioni, ecc). La gestione del rischio è un processo complesso che sarà reso sistemico, in tutte le fasi che lo compongono: identificazione dei pericoli per la salute, stima e valutazione del rischio, ricerca e adozione di provvedimenti tecnico-organizzativi per attenuare o eliminare il rischio stesso.

Il DSP, grazie alla propria struttura organizzativa, sistema di governance e relazioni, assicurerà il proprio contributo all'elaborazione ed esecuzione del **piano per la salute**, fornendo in collaborazione con il distretto il necessario supporto metodologico alla Conferenza dei Sindaci. Il PPS rappresenta il modello di politica della salute del nostro territorio e della nostra popolazione, che diventa protagonista nell'individuazione delle priorità e delle soluzioni migliorative. Conclusi i percorsi formativi, la fase di consultazione e la scelta dei problemi prioritari su cui intervenire, nel prossimo triennio le fasi più significative del PPS saranno costituite dalla pianificazione degli interventi e dalla verifica dei risultati.

Due dei problemi di salute individuati vedranno un intervento, anche di merito, delle competenze residenti nel DSP (inquinamento) ed uno sviluppo di una nuova capacità di operare su un problema di salute (incidenti stradali) che rileva per gravità e diffusione del danno indotto ma che non ha tradizionali competenze di prevenzione nel sistema sanitario.

Il DSP assicurerà direttamente il coordinamento gestionale e operativo del piano per la salute e contribuirà a diffondere e divulgare le informazioni concernenti lo stato di salute della popolazione: il cosiddetto **profilo di salute**.

Nella irrinunciabile **attività di vigilanza** va adottato nel massimo grado il criterio del rischio, rivolgendo cioè gli interventi ispettivi sempre di più verso le aziende che presentano elementi di rischio in grado maggiore.

E' necessario allestire nel DSP un "**progetto Medicina**" che adotti una organica presa in carico del territorio del comune mettendo in valore le relazioni con la comunità senza le quali le azioni del dipartimento sarebbero poco efficaci.

Dopo aver costruito e sperimentato negli ultimi anni un solido coordinamento ed una buona integrazione anche operativa con i DSP della provincia di Bologna è opportuno mantenere forme di **coordinamento tra i dipartimenti provinciali** con particolare riferimento almeno a tre tematiche: l'inquinamento e la **qualità dell'aria** – da gestire con una forte omogeneità –, la **formazione** - in particolare degli operatori dei DSP per i quali si è costruito un valido sistema formativo fondato su corsi interni dedicati –, la **comunicazione** – negli aspetti delle "campagne informative" e del giornale "**Star meglio**" che è la voce dello sportello della prevenzione ed espressione della capacità di comunicare coi cittadini dei DSP della provincia.

Nell'anno 2003 è iniziato a Imola il **corso di laurea** della Università di Bologna in tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro che ha un importante rilievo nel territorio e nell'azienda, il DSP fornirà le attività di supporto per la realizzazione del corso di laurea garantendo le funzioni di coordinamento della didattica e delle attività di tirocinio.

#### 5.1.1 PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI

Saranno progettati e realizzati interventi finalizzati a promuovere l'**attività motorio-sportiva**, coinvolgendo a vario titolo diversi gruppi di popolazione, con caratteristiche e modalità diverse, tenendo conto delle caratteristiche e dei bisogni individuali.

Nelle prime età della vita gli interventi di educazione motoria dovranno favorire lo sviluppo integrale della personalità del bambino, attraverso l'esperienza della corporeità e della motricità come strumenti di azione, espressione, comunicazione e relazione e l'acquisizione del linguaggio corporeo. Nella giovinezza l'opzione sportiva dovrà offrire una ulteriore opportunità di maturazione psico-fisica. Nella vita adulta la pratica sistematica di attività fisico-motorie dovrà contrastare le manifestazioni e gli esiti della "malattia ipocinetica", che ha come bersagli l'apparato locomotore, il sistema metabolico e quello cardiovascolare. Nella senilità l'esercizio fisico dovrà prevenire il declino delle capacità organico-funzionali e fornire stimoli adeguati alla vita intellettuale ed affettiva, promuovendo l'indipendenza e l'autonomia fisica e mentale.

Al fine di incrementare la percentuale di popolazione che, in tutte le fasce di età, svolge regolarmente attività fisica nel tempo libero, saranno elaborati e diffusi programmi di educazione motoria in collaborazione con la scuola ed il consorzio dei servizi sociali. Saranno inoltre progettati e realizzati interventi educativi rivolti alla tutela sanitaria delle attività sportivo-motoria, con particolare riferimento all'igiene comportamentale e all'assunzione di farmaci. Sarà progettata e realizzata una campagna di educazione sanitaria sulla pratica motoria, rivolta alla popolazione anziana. Indirizzi specifici e provvedimenti saranno assunti a sostegno delle attività fisico-sportive di cui possono beneficiare i portatori di

handicap, di concerto con il consorzio dei servizi sociali. A tal fine sarà rimodulata l'attività ambulatoriale di **medicina dello sport**, attualmente dedicata solo alla certificazione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica, verso compiti più generali di consulenza e di promozione dell'attività motoria, in particolare nei confronti di soggetti appartenenti a gruppi di popolazione a rischio (obesi, cardiopatici, diabetici).

Saranno progettati ed attuati specifici interventi per la riduzione dell'abitudine al **fumo di tabacco**, mirati sui gruppi di popolazione più svantaggiata (a basso livello di istruzione, di basso livello socio-economico) che è meno sensibile alle tradizionali iniziative di educazione. Sarà prevista la collaborazione dei medici di medicina generale, all'interno di progetti di disassuefazione al fumo, con adeguato supporto formativo. Sarà implementata una campagna di educazione sanitaria per contrastare l'abitudine al fumo nelle donne in gravidanza, in collaborazione con la rete dei consultori.

### 5.1.2 QUALITÀ DELL'ARIA URBANA

Saranno attivate iniziative di **informazione** e comunicazione alla popolazione, con particolare riferimento ai gruppi a rischio ed alle fasce più deboli (bambini e anziani), promovendo la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari (pneumologi, medici di sanità pubblica, medici di medicina generale, esperti di comunicazione, ecc.).

Un'attenzione particolare sarà dedicata a trasferire alla popolazione le informazioni sull'inquinamento ambientale misurato dall'ARPA dopo averle processate in maniera da fornire una chiara lettura al cittadino nell'ottica dei possibili effetti sulla salute, pubblicando le informazioni sulla stampa e sul web.

Saranno praticate **valutazioni di efficacia** e di esito dei provvedimenti adottati in situazioni di emergenza (esempio: limitazioni del traffico veicolare), anche attraverso misure di impatto sulla popolazione.

Sarà utilizzato il processo di **pianificazione territoriale** come opportunità per individuare i gruppi di popolazione a maggior rischio e i livelli di esposizione, anche per meglio orientare le scelte previsionali degli enti locali, in termini di programmazione edilizia, sistemi di mobilità, ecc.

### 5.1.3 SICUREZZA STRADALE

Per l'evidenza dell'impatto sulla salute degli incidenti stradali vi sarà un impegno dedicato (acquisendo una nuova competenza) alla prevenzione della incidentalità. Questo sia come **facilitazione** di un processo che, come insegna il Piano per la Salute, vede numerosi protagonisti nella comunità, sia nella costruzione di un osservatorio del fenomeno incidenti in sinergia con il 118, la Provincia di Bologna, i Comandi dei Carabinieri, delle Polizie Municipali dei dieci Comuni e della Polizia Stradale. Si avvierà un monitoraggio ed una presa in carico degli incidenti stradali che avvengono nel tragitto casa-lavoro (cosiddetti in itinere) e durante il lavoro stesso. In questi casi si potrà contrastare il rischio incidenti stradali trattandolo anche come un rischio lavorativo mettendo quindi in campo altri strumenti peculiari della legislazione e della cultura della salute nel mondo del lavoro.

Gli strumenti della pianificazione territoriale dovranno inoltre raccordarsi con i **piani urbani** della mobilità, rispetto ai quali, il dipartimento esprimerà le valutazioni di propria competenza.

Saranno realizzati interventi formativo/educativi orientati a promuovere l'utilizzo dei sistemi di **protezione individuale**, in collaborazione con l'osservatorio regionale per l'educazione stradale e la sicurezza, anche con il concorso ed il contributo di soggetti esterni.

#### 5.1.4 RISCHI CONNESSI CON GLI AMBIENTI DI LAVORO

Saranno attuati piani di intervento mirati ai settori lavorativi a **maggior rischio infortunistico e tecnopatico**, individuati a livello locale (edilizia, legno, metalmeccanica, agricoltura). Nei piani saranno dichiarati gli obiettivi da perseguire, i tempi di realizzazione, le azioni necessarie e gli indicatori da utilizzare nella verifica del raggiungimento dei risultati attesi.

Saranno realizzate **iniziative formative** a supporto degli operatori dell'area di tutela della salute in ambienti di lavoro, al fine di rendere possibile l'aggiornamento degli strumenti e delle metodologie di lavoro, in relazione alle modificazioni intervenute nel contesto sociale e normativo.

Sarà incrementato il livello qualitativo degli **interventi di vigilanza**, attraverso una selezione delle imprese e degli interventi, in funzione della natura e della densità del rischio infortunistico e/o tecnopatico.

Saranno attivate forme di coinvolgimento attivo delle imprese a maggior rischio infortunistico, con la progettazione di iniziative di **prevenzione primaria** mirate alle specifiche condizioni di rischio, ed il concorso delle associazioni imprenditoriali e sindacali rappresentative.

Verrà attivato un **tavolo di confronto** permanente con le associazioni imprenditoriali e sindacali sui temi della salute e sicurezza del lavoro nei comparti più significativi, al fine di condividere la progettazione e la realizzazione delle strategie di prevenzione più efficaci.

Operando sui rischi lavorativi verranno condotti **studi sul campo** di valutazione dell'efficacia azioni di prevenzione progettate e/o realizzate.

Verranno progettati e realizzati in maniera sistematica interventi di formazione nei confronti dei soggetti che detengono responsabilità in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

#### 5.1.5 SANITÀ VETERINARIA

Il compito di vigilare nel campo della sanità animale e dei prodotti alimentari di origine animale a fronte anche di una situazione in continua evoluzione determinata dalla globalizzazione dei mercati, pone la necessità di definire una **politica della sicurezza degli alimenti**, della salute e del benessere degli animali. Essa sarà basata sulla **valutazione e sulla gestione dei rischi**, da cui deriverà una accurata programmazione delle attività di iniziativa dell'area veterinaria. Si provvederà inoltre a gestire le **emergenze** contingenti nel campo della sanità animale e della sicurezza alimentare in modo tale da assicurare interventi rapidi ed efficaci.

In particolare, saranno oggetto di monitoraggio e controllo i rischi connessi al **consumo di alimenti**, assicurando elevati standard di sicurezza igienico-sanitaria. Sarà attentamente controllata l'**incidenza delle zoonosi** e delle malattie diffuse nelle popolazioni animali, con particolare riferimento a quelle emergenti, e saranno effettuati controlli sempre più mirati sull'igiene dell'alimentazione zootecnica e sull'utilizzo del farmaco veterinario, anche attraverso la preventiva informazione/formazione degli addetti ai lavori.

Sarà monitorata l'applicazione del **sistema di autocontrollo** negli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale, ivi compresi i macelli.

### 5.1.6 COMUNICAZIONE PER LA SALUTE

Il DSP è titolare della funzione di **comunicazione in tema di promozione della salute** e di sensibilizzazione sia sui rischi collettivi in ambienti di vita e di lavoro, sia sui rischi individuali in relazione agli stili di vita sani.

La comunicazione rappresenta un aspetto trasversale nelle attività del DSP e si articola sia attraverso specifiche iniziative formative ed informative rivolte a target identificati (es.: istituzioni scolastiche, gruppi di cittadini, attori sociali, ecc.), sia nell'attività ordinaria delle singole unità organizzative che lo compongono.

All'interno del DSP, la funzione comunicativa viene coordinata dallo **sportello della prevenzione**.

Lo sportello della prevenzione (SPRE) del dipartimento è un progetto su base regionale, simbolo di un nuovo "avvicinamento" tra i cittadini e i servizi. Avrà quindi una sua presenza fisica in un front-office, offrendo una situazione di accoglienza che favorisca il cittadino e lo renda più recettivo ai temi della prevenzione.

Lo SPRE dovrà essere in connessione con il servizio comunicazione dell'azienda ed avrà **obiettivi** di:

- costruzione e gestione di un piano di comunicazione sui temi della prevenzione;
- diffusione delle informazioni utili ed efficaci per la salute;
- promozione della consapevolezza sui rischi per la salute;
- valorizzazione della valenza comunicativa delle azioni del dipartimento.

### 5.1.7 FUNZIONE EPIDEMIOLOGICA

Sarà valorizzata la funzione epidemiologica per meglio raccogliere, organizzare ed elaborare le informazioni relative allo **stato di salute della popolazione** e ai **fattori di rischio** che la minacciano, al fine di orientare la scelta di **programmazione sanitaria** e di verificare sul campo l'efficacia dei provvedimenti adottati.

In particolare, l'**impegno** riguarderà:

- la raccolta dei dati correnti quali mortalità, malattie infettive, infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- l'organizzazione dei dati utili alla valutazione dello stato di salute dei cittadini disponibili presso altre articolazioni dell'azienda sanitaria;
- il supporto alla progettazione dei flussi informativi specifici per il monitoraggio delle variabili oggetto di intervento con i PPS e la stesura dei reports periodici per verificarne l'andamento, compresa la predisposizione periodica del profilo di salute della popolazione.

### 5.1.8 SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONALE

I più recenti provvedimenti legislativi conseguenti al recepimento di direttive comunitarie hanno introdotto importanti innovazioni culturali, tecnico scientifiche, procedurali ed organizzative, che hanno comportano la necessità di adeguamenti coerenti nelle attività di controllo.

La innovazione costituita dall'**autocontrollo** quale significativa responsabilizzazione del produttore in materia, ha costituito l'occasione per riconsiderare il ruolo delle strutture pubbliche deputate al controllo ufficiale dei prodotti alimentari. In tale prospettiva le strutture dipartimentali addette al controllo sono chiamate a garantire sinergia di comportamenti con i produttori per perseguire lo scopo della tutela dei consumatori.

Saranno condotte **campagne informative** dei cittadini, anche attraverso lo sportello della prevenzione, e di educazione sanitaria in tema di sicurezza ed igiene degli alimenti e per la promozione di corrette abitudini alimentari, in sinergia con i rappresentanti dei consumatori.

Il controllo degli alimenti sarà garantito in una ottica di "**filiera**", cioè a partire dall'allevamento e per tutta la catena produttiva, compreso il trasporto, sino alla vendita al consumatore finale. Saranno progettati e realizzati programmi di **formazione** degli operatori della filiera alimentare e sarà sviluppato il sistema di allerta per la **gestione delle emergenze** relative a prodotti alimentari garantendo il monitoraggio del rispetto della normativa nazionale in merito agli alimenti geneticamente modificati.

Per quanto riguarda la **sicurezza nutrizionale** sarà messo a punto un programma di interventi mirati soprattutto al comparto ristorazione collettiva, al fine di verificare la qualità nutrizionale degli alimenti offerti.

#### 5.1.9 SANITÀ PUBBLICA

Oltre all'attività istituzionale, le risorse saranno orientate prevalentemente allo svolgimento delle seguenti **azioni**:

- supporto ai Comuni nelle scelte di programmazione e pianificazione dell'uso del territorio, in relazione a determinanti di rischio ambientali quali inquinamento atmosferico da impianti fissi e da traffico veicolare, campi elettromagnetici e rumore, avvalendosi della letteratura scientifica, dei riscontri analitici e dei dati epidemiologici;
- informazione e sensibilizzazione sui rischi per la salute e la sicurezza negli ambienti confinati;
- sorveglianza e controllo delle malattie infettive emergenti e riemergenti;
- sorveglianza e controllo della tubercolosi nei suoi aspetti di prevenzione, diagnosi e cura;
- ulteriore potenziamento delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative nell'adulto e nell'anziano con particolare riferimento alla campagna di vaccinazione antinfluenzale.

#### 5.1.10 MEDICINA LEGALE

I **tempi di attesa** per l'accertamento dello stato di invalidità civile, cecità, sordomutismo ed handicap saranno costantemente mantenuti sotto i 3 mesi.

Saranno rispettate le procedure e i tempi stabiliti dalla regione in materia di **indennizzi** in favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile, a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati.

Saranno contenuti i tempi di attesa per l'accertamento ai fini del **collocamento mirato al lavoro** delle persone disabili entro 60 giorni dalla richiesta e sarà garantito che almeno il 70% delle visite avvenga entro 30 giorni.

#### 5.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE

Il cittadino al centro del sistema socio-sanitario ed il superamento della logica dell'intervento rivolto alla risoluzione del singolo episodio clinico in favore di un approccio integrato finalizzato ad una **gestione globale** della salute, richiedono un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità dei bisogni del paziente, con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema.

Tale cambiamento comporta in primo luogo l'**integrazione organizzativa** dei percorsi assistenziali intraospedalieri ed extraospedalieri e la formulazione di profili di cura imperniati sul **potenziamento delle cure primarie**, particolarmente nella gestione delle patologie croniche, comprendenti nuove modalità di interlocuzione e strumenti di governo dei casi.

L'impulso alle cure primarie così delineato si pone, peraltro, come strumento effettivo di tutela del cittadino, nell'ambito di una medicina di qualità che risulti fondata su prestazioni efficaci ed appropriate, accettate ed accessibili, economicamente compatibili.

Il modello di risposta assistenziale globale ed integrata prevede che il "core" delle attività sanitarie svolte sul territorio sia caratterizzato da bassa complessità sanitaria e da **alta complessità assistenziale**.

Il concetto di bassa complessità sanitaria fa riferimento alla bassa intensività delle cure e si distingue, rappresentandone contestualmente la parte complementare, dall'alta complessità sanitaria riferita alla intensività delle cure proprie dell'assistenza ospedaliera.

L'alta complessità assistenziale fa riferimento sia alla molteplicità dei professionisti coinvolti, provenienti da ambiti e servizi storicamente distanti, sia dell'ambito sanitario e sociale, sia a fattori sociali e di contesto ambientale (vicinato, patronati, volontariato, ecc.).

Le **funzioni** dell'area di assistenza distrettuale comprendono sia attività squisitamente gestionali, sia attività riferibili alla funzione strategica aziendale della committenza.

Sono pertanto distinte le responsabilità proprie della **produzione** di servizi a valenza territoriale, che vengono portate in capo ai dipartimenti territoriali o alle loro articolazioni organizzative, dalle funzioni di **committenza**.

Queste ultime si esprimono in un processo unitario che vede la Direzione del distretto fortemente integrata con la Direzione sanitaria dell'azienda, con una investitura più direttamente riferita alla lettura dei bisogni ed all'analisi di congruenza tra domanda e offerta dei servizi, insieme con la verifica di appropriatezza e di efficacia dei risultati conseguiti.

Il principio guida della centralità del cittadino impone inoltre il miglioramento delle procedure di **accesso ai servizi**, la revisione e la semplificazione dei percorsi amministrativi con il superamento degli attuali modelli organizzativi e lo sviluppo, a livello distrettuale, di una rete integrata di sportelli unici per le funzioni di front-office relative alle principali procedure amministrative riferite all'offerta dei servizi distrettuali.

#### 5.2.1 MEDICINA GENERALE: DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE E NUCLEI DELLE CURE PRIMARIE

Particolare impegno sarà necessario nella ulteriore **qualificazione delle forme associative** dell'assistenza primaria, ed in particolare delle medicine di gruppo, che interessano i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Gli **obiettivi** sottesi saranno essenzialmente i seguenti:

- facilitare il rapporto tra cittadino e medico (es.: il medico è meno preso da adempimenti burocratici ed è quindi più disponibile);
- snellire le procedure di accesso ai servizi dell'azienda (es.: prenotando direttamente esami e/o visite specialistiche direttamente in sede, in collegamento con i centri di prenotazione della ausl);
- garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori per il monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza come il diabete, l'ipertensione, la

broncopneumopatia cronica (es.: dedicando un pomeriggio a settimana al controllo solo dei diabetici, o solo degli ipertesi e così via);

- realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure, in particolare dell'assistenza domiciliare integrata anche attraverso modalità di integrazione fra medici (es.: organizzando a rotazione turni di disponibilità interna e/o esterna nei periodi di maggiore morbilità);

- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del distretto (es: entrare a far parte delle campagne vaccinali);

- promuovere la salute in modo globale, avendo particolare attenzione non solo agli aspetti organici, ma a quelli relazionali e psicologici, di integrazione nel contesto familiare e sociale, e dunque di "benessere mentale" anche in una logica riabilitativa, coordinando le tradizionali attività ambulatoriali del medico di famiglia con i servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale, compresi quelli preposti al contrasto delle dipendenze e di supporto all'handicap psicofisico.

- realizzare forme di maggiore fruibilità ed accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale (es.: migliorando l'organizzazione generale del lavoro);

- perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione dell'attività professionale (es.: grazie ad una maggiore disponibilità di supporti tecnologici);

- condividere ed implementare linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica (es.: il lavoro di gruppo porta inevitabilmente ad una maggiore uniformità dei comportamenti).

L'**integrazione delle attività** dei medici convenzionati nei piani di attività aziendali rappresenta il tratto distintivo più importante e passa attraverso la condivisione di obiettivi legati al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare, al controllo delle prescrizioni farmaceutiche, al ricorso razionale e programmato alla specialistica ambulatoriale o al ricovero ospedaliero.

La **struttura organizzativa a matrice**, con forte carattere di innovazione, su cui poggia lo sviluppo delle attività sopra richiamate, è il neo costituito dipartimento delle cure primarie (tavola I), articolato negli **otto nuclei delle cure primarie** (assi verticali della organizzazione, vedi oltre) e nei **moduli tecnico-professionali**, trasversali ai precedenti (medicina di base, specialistica, anziani, pediatria di comunità, consultorio familiare, medicina riabilitativa, farmaceutica convenzionata esterna, servizio infermieristico distrettuale).

Direzione del Dipartimento Cure Primarie (U.O. Complessa)								
	NCP							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Modulo Medicina di Base								
Modulo Specialistica								
Modulo Pediatra di Comunità								
Modulo Consultorio Familiare								
Modulo Assistenza Anziani								
Modulo Riabilitazione								
Modulo Farmaceutica Convenzionata								
Servizio Infermieristico								
	Castel San Pietro Terme - Dozza	Imola – Centro Ovest	Imola – Centro Cavour	Imola – Cintura Sud	Imola Cintura Nord	Pianura	Vallata del Santerno	Comune di Medicina

A definire la struttura organizzativa sub-distrettuale nucleo delle cure primarie (NCP) convergono e si sovrappongono due idee di forza, distinte ma sinergiche:

- in primo luogo per NCP si intende “un luogo”, un ambito definito geograficamente, di dimensioni contenute per estensione territoriale e per numerosità della popolazione assistita (dai 10.000 ai 25.000 abitanti circa), a forte unitarietà ed omogeneità ambientale, culturale, sociale, a cui consegue una forte omogeneità di tipo epidemiologico;
- in secondo luogo il NCP definisce, in una forma dinamica e “in progress”, l’insieme dei professionisti, di ambito sanitario e sociale, che su quel luogo insistono e già ora operano, ovvero sono nella condizione potenziale di essere coinvolti ad operare in futuro, con continuità, in maniera decentrata e in rete, al fine di migliorare le condizioni di salute di quella comunità.

Il modello organizzativo che ci si propone di promuovere, si rifà, nel suo nocciolo fondativo teorico, all’idea di mettere in valore la concreta esperienza della **medicina territoriale convenzionata** sviluppata in Italia ed in Emilia Romagna, che si è incarnata prima nel medico di condotta ed in seguito, dopo la legge 833, nel “medico di base”.

Tale esperienza si è caratterizzata, nella sua espressione più qualificata, quale “medicina della famiglia” ma anche “del quartiere” o “del paese”, aspirando ad essere, in sintesi, “medicina della piccola comunità”, proprio allo scopo di adempiere, più compiutamente ed incisivamente, al suo **scopo fondamentale**:

- assistere meglio la persona, l’individuo, collocando e “leggendo” i suoi bisogni anche attraverso la conoscenza del contesto familiare, psicologico e sociale;

- utilizzare le opportunità che tale contesto è in grado di offrire per individuare e promuovere le soluzioni di educazione sanitaria, di trattamento terapeutico e riabilitativo efficaci e possibili.

Tutto il contrario dunque di una assistenza sanitaria "individualista" in senso deteriore, distante ed avulsa dal contesto, tecnicista, "spersonalizzata", massificata.

E' proprio l'essenza di questa **vision** che si vuole non solo difendere e conservare, ma valorizzare e portare a compiuta maturazione.

Ciò tuttavia può avvenire soltanto se non sono ignorate, anzi, al contrario, pienamente comprese, le **grandi novità** dell'oggi, in diversi campi, tra cui in particolare si segnalano:

- le modificazioni anagrafiche della composizione geografica e familiare;
- l'enorme sviluppo delle conoscenze scientifiche e mediche;
- la rivoluzione rappresentata dall'approccio della medicina fondata sulle prove di efficacia;
- la nuova soggettività dei cittadini e dei pazienti, anche in base alla facilità di accesso all'informazione;
- l'aspirazione (legittima) alla autonomia ed alla responsabilità, su specifici ambiti assistenziali, di nuove professioni sanitarie non mediche.

Affinché acquisisca piena credibilità, nell'ambiente sanitario come in quello della collettività locale, e venga a valorizzarsi ed a concretamente realizzarsi quella che, in termini di sistema (cioè nell'ambito della organizzazione sanitaria aziendale) si definisce "la **centralità** del medico di medicina generale", è indispensabile che (sul piano operativo, assistenziale, di erogazione dei servizi) si faccia strada la consapevolezza, la nuova idea fondante, della piena adesione al **lavoro di equipe** e della vera integrazione professionale: dei medici con gli infermieri, con i fisioterapisti, con i farmacisti dei quartieri e delle frazioni, con i professionisti del DSM che si occupano della salute mentale, le assistenti sociali, e con le operatrici di base, oltre che con il mondo del volontariato.

Senza questo sforzo di collaborazione, infatti, la centralità del medico territoriale rimarrà una chimera o una velleità, perché la semplice riproposizione, sic et simpliciter, di una figura del passato, in un contesto radicalmente modificato è chiaramente destinata al fallimento.

Affinché possa realizzarsi la piena valorizzazione e **responsabilizzazione** delle équipes territoriali coincidenti con i nuclei delle cure primarie, l'Azienda sanitaria di Imola ha da tempo definito (1996), prima in via sperimentale e poi, per tappe successive di affinamento, in maniera sempre più organica, le équipes professionali dei medici di medicina generale corrispondenti a quegli ambiti territoriali che si caratterizzavano per una chiara e riconoscibile identità.

Con l'entrata del Comune di Medicina nell'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria di Imola, risulta concluso tale processo, con l'individuazione di **otto nuclei** delle cure primarie: due nuclei fanno riferimento al **centro storico** della città di Imola; due nuclei sono relativi all'area della **prima periferia** della città verso nord e verso sud; un nucleo, denominato della **pianura**, comprende i Comuni di Castel Guelfo, Mordano e le frazioni Giardino, Sasso Morelli, Sesto Imolese, Spazzate Sassatelli; un nucleo, denominato della **vallata del Santerno**, raggruppa i comuni di Castel del Rio, Fontanelice, Borgo Tossignano, Casalfiumanese; un nucleo fa riferimento ai **Comuni di Castel San Pietro Terme e Dozza** ed infine **un nucleo** coincide con l'intero territorio comunale di **Medicina**.

Si tratta ora di coagulare ed articolare, all'interno di questi ambiti territoriali ed attorno a questo scheletro di base della medicina generale, le altre figure professionali sopra richiamate, prestando attenzione a promuovere, con la gradualità e la condivisione necessaria, il decentramento territoriale e la messa in rete degli altri professionisti, in una logica che

contemperare il definitivo superamento di un modello organizzativo a “canne d’organo” (a direzione centrale) con la piena esplicitazione e valorizzazione della autonomia professionale dei sanitari non medici e degli operatori dei servizi sociali. Tale percorso va portato avanti in piena condivisione con le comunità locali garantendo momenti di condivisione e di conoscenza ai cittadini, singoli ed associati, anche attraverso strumenti tecnici innovativi (guide, materiali illustrativi, mezzi informatici in farmacia) che consentano di avvicinare capillarmente la persona alla organizzazione.

Nella tabella II vengono riportati gli **ambiti territoriali** relativi agli otto NCP, nonché le composizioni di appartenenza dei medici di medicina generale convenzionati ad ogni nucleo.

Tabella II - Medici di Medicina Generale suddivisi per Nuclei

NCP Castel S. Pietro Dozza		NCP Imola Centro Ovest	NCP Imola Centro Cavour		NCP Imola Cintura Nord		NCP Imola Cintura Sud	NCP Pianura	NCP Comunità Montana	NCP Medicina
Bacci Mariella	Gaddoni Giacomo	Balducci Alessandra	Beghini Franco	Pasotti Danilo	Barzagli Maurizia	Dima Giovanni Cesare	Cerullo Angelina	Bacchilega Loretta	Faccani Gino	Albertazzi Ilario
Belluzzi Davide	Martelli Marisa	Glozzi Giovanni Maria	Beghini Stefano	Pirazzoli Rita	Ciacchi Quinto		Ehrlich Shirley	Bertozzi Anna	Falconi Sandra	Barducci Andrea
Franceschini Lorianò	Mengoli Alberto	Naldoni Alberta	Cappello Pasquale	Ruggi Marco Remo	Lincei Lavinia		Gardelli Sergio	Buscaroli Vanni	Mangiaferri Giulia	Lanzoni Felicetta
Amaducci Rodolfo	Padula Maria	Cerbai Roberto	Cassetta Maria	Spadoni Giuliana	Malavolta Gabriella		Giovannini Nadia	Filippone Carlo	Servadei Claudio	Barilli Aldo
Rizzoli Fabio	Palumbo Luciano	Marocchi Mauro	Emiliani Silvano		Merli Roberto		Iosa Eros	Filippone Vittorio	Treve Maddalena	Cassarani Stefano
Zirone Vincenzo	Parenti Mario	Matteucci Nerio	Fino Nunzia		Mirri Gian Franco		Orselli Daria	Ko Myung-Ja	Dagustin Antonella	Palma Lucia
Cava Maria	Senaldi Roberto	Plazzi Antonietta	Tabanelli Paola		Roncassaglia Massimo		Sandrini Bruno	Mita Terziano		Sasdelli Claudio
Nanni Marina	Buscaroli Leana	Guerra Tania	Alessandrò Luigi		Salvini Silvana		Zanotti Leonardo	Stefani Giampaolo		Aldrovandi Emanuela
Spada Catia		Poggi Donatella	Conti Angelo		Taffache Moustafa		Piersanti Pierluigi	Poggi Cavalletti Giovanni		Lanosa Gisella
Veronese Enzo		Suzzi Fabio	Fiorentini Delia		D'Angelo Daniela		Sasdelli Giacomo			Lipparini Monica
Fedele Enrico		Suzzi Maurizio	Orselli M. Alessandra		Gamberini Vittorio					Malagutti Daniele
Florio Mariassunta		Visca Maria Rosa	Palestini Saida		Suzzi Violana					
	24.155	13.706		15.775		14.918	11.595	9.829	7.372	12.650

Medicine di Gruppo

Medicine in Rete

Associazioni

Questo ultimo elenco riporta altresì la **modalità operativa** di erogazione dell'assistenza da parte del singolo sanitario, se cioè erogata in forma isolata (medico operante individualmente) o in forma associata (medicina di gruppo, medicina in rete, medicina in associazione).

Nella tabella III, si riporta, per ogni NCP, i **medici referenti** in senso generale, e i referenti per alcune specifiche problematiche, da tempo individuate quali "temi caldi" ai fini dell'integrazione ospedale-territorio:

#### **Rapporti con l'ospedale**

- organizzazione delle dimissioni
- ricoveri e rricoveri
- utilizzo del day hospital
- documentazione clinica

#### **Diagnostica strumentale**

- protocolli inerenti le diagnostiche
- meccanismi di filtro

#### **Visite specialistiche**

- protocolli inerenti le visite specialistiche
- presa in carico specialistica

#### **Assistenza domiciliare**

- home care
- monitoraggio ADI/ADP
- rapporti con l'assistenza infermieristica domiciliare

#### **Assistenza farmaceutica**

- linee guida terapeutiche
- terapie in dimissione
- disposizioni di legge
- modalità dei controlli

#### **Informatizzazione**

- individuazione software
- formazione
- rapporti con il TIR
- reportistica

#### **Aggiornamento e comunicazione**

- temi
- metodologie
- foglio notizie
- calendari aggiornamento

Tabella III - Medici Referenti per l'integrazione ospedale-territorio

MEDICI DI MEDICINA GENERALE suddivisi per ambiti territoriali

<b>GRIGLIA DEGLI IMPEGNI</b>	<b>NCP Castel S. Pietro - Dozza</b>	<b>NCP Imola Centro Ovest</b>	<b>NCP Imola Centro Cavour</b>	<b>NCP Imola Cintura Nord</b>	<b>NCP Imola Cintura Sud</b>	<b>NCP Pianura</b>	<b>NCP Comunità Montana</b>
<b>COORDINATORE</b>	Mario Parenti	Fabio Suzzi	Saida Palestini	Lavinia Lincei	Shirley Ehrlich	Loretta Bacchilega	Claudio Servadei
<b>VICE COORDINATORE</b>	Davide Belluzzi	Alberta Naldoni	Giuliana Spadoni	Roberto Merli	Daria Orselli	Vanni Buscaroli	Gino Faccani
	Enzo Veronese		Pasquale Cappello	Gian Franco Mirri	Sergio Gardelli		
<b>A. RAPPORTI CON L'OSPEDALE</b>	Giacomo Gaddoni	Donatella Poggi	Delia Fiorentini	Daniela D'Angelo	Nadia Giovannini	Terziano Mita	Antonella Dagustin
			Giorgio Brusa				
<b>B. DIAGNOSTICA STRUMENTALE</b>	Davide Belluzzi	Maurizio Suzzi	Rita Pirazzoli	Vittorio Gamberini	Shirley Ehrlich	Giampaolo Stefani	Gino Faccani
	Mariella Bacci		Nunzia Fino		Eros Iosa		
<b>C. VISITE SPECIALISTICHE</b>	Enrico Fedele	Tania Guerra	Stefano Beghini	Silvana Salvini	Angelina Cerullo	Myung-Ja Ko	Sandra Falconi
	Luciano Palumbo		Franco Beghini				
<b>D. ASSISTENZA DOMICILIARE</b>	Mario Parenti	Maria Rosa Visca	Giuliana Spadoni	Gian Franco Mirri	Daria Orselli	Vanni Buscaroli	Giulia Mangiaferri
		Nerio Matteucci	Saida Palestini		Leonardo Zanotti	Terziano Mita	Claudio Servadei
<b>E. ASSISTENZA FARMACEUTICA</b>	Rodolfo Amaducci	Mauro Marocchi	M. R. Ruggi	Maurizia Barzagli	Pierluigi Piersanti	Anna Bertozzi	Claudio Servadei
	Vincenzo Zirone		Maria Cassetta				
<b>F. INFORMATIZZAZIONE</b>	Roberto Senaldi	Nerio Matteucci	Danilo Pasotti	M. Roncassaglia	Sergio Gardelli	Vittorio Filippone	Maddalena Treve
	L. Franceschini F. Rizzoli		Paola Tabanelli				
<b>G. AGGIORNAMENTO E COMUNICAZIONE</b>	Catia Spada	A. Balducci	M. A. Orselli	Roberto Merli	Sergio Gardelli	Loretta Bacchilega	Claudio Servadei
		Giovanni Gliozzi	Pasquale Cappello				

Tale **responsabilizzazione diffusa**, funzionale al processo di implementazione e condivisione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, ha promosso coesione, rafforzamento dei legami personali all'interno dei nuclei delle cure primarie. Ha chiamato in causa e valorizzato nuove energie e nuove competenze professionali e ha infine favorito una maggiore adesione dei medici di medicina generale alle strategie sviluppate nell'ambito dell'Azienda sanitaria di Imola. Si tratta dunque di fare vivere tali processi con ulteriore convinzione e continuità, con nuova apertura e fiducia, garantendo inoltre che un processo parimenti capillare, partecipato e condiviso avvenga all'interno dei dipartimenti del presidio ospedaliero, superando in avanti (attraverso audit clinici) l'esperienza degli ultimi anni, a volte contrassegnata da un taglio troppo individuale ai problemi da parte dello specialista.

L'arricchimento del ruolo dei nuclei delle cure primarie, l'ingresso di nuove professionalità, comporta **cambiamenti positivi** in termini di:

- quantità, qualità, complessità dei servizi erogati, loro integrazione;
- continuità delle cure e della presa in carico;
- necessario decentramento gestionale di risorse umane, professionali e tecniche;
- progressivo radicamento al contesto di appartenenza (municipalità, frazioni, quartieri, cittadini associati);
- condivisione sociale del concetto di appropriatezza e dunque responsabilizzazione sia rispetto ai LEA, sia rispetto all'utilizzo delle risorse;

e si situa in perfetta sintonia con l'ispirazione che guida il **piano per la salute**, perché serve a promuovere momenti di confronto, di lettura critica della domanda realmente espressa, di monitoraggio e valutazione della corrispondenza del servizio erogato al reale bisogno.

In ultima analisi, il potenziamento dei NCP consente di condividere tra un numero molto più ampio di soggetti (tecnici, cittadini, associazioni, organizzazioni del lavoro, della scuola, dell'impresa, ecc.) momenti partecipativi sentiti, soprattutto perché realizzati all'interno di una dimensione di scala ridotta, e vicini al proprio luogo di vita.

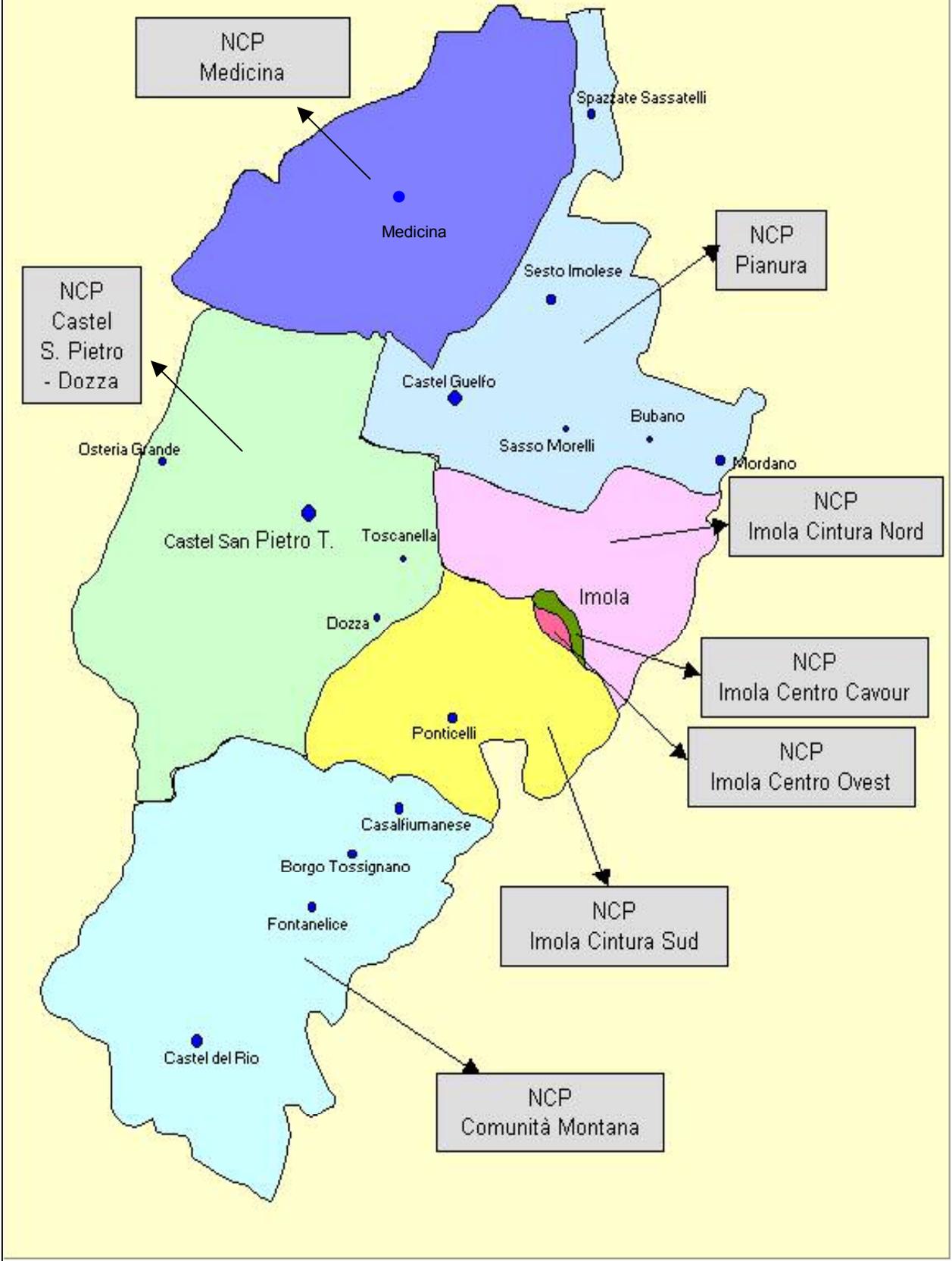
Il valore della vicinanza della erogazione del servizio ha un significato soprattutto se è funzionale alla personalizzazione ed alla umanizzazione delle cure, e non invece se è esclusivamente organico alla comodità di accesso in sé, la quale può tradursi negativamente in una logica consumistica.

E' da questi momenti analitici e decentrati, che deve scaturire, trarre vera e propria linfa il processo, necessariamente promosso "dal basso", e governato dal distretto, del **programma delle attività territoriali**, il cui compito è quello di portare a sintesi e ad equilibrio le priorità sanitarie "oggettive", con i determinati di benessere e malessere sociale (ricavabili in uno stretto intreccio, dai piani sociali di zona) ed anche con le percezioni e le preoccupazioni avvertite tra "i cittadini non esperti".

Per quanto riguarda i medici della **continuità assistenziale**, accanto agli obiettivi di integrazione con la funzione di emergenza ospedaliera, riportati nel capitolo dedicato al livello assistenza ospedaliera, preme in questa parte sottolineare il progetto di **integrazione** della guardia medica con l'**assistenza domiciliare**. Tale progetto prevede in particolare la realizzazione di una base informativa contenente tutte le informazioni cliniche di rilievo riferite ai pazienti in ADI. Tale data base rappresenta una importante condizione favorente la **continuità** e i passaggi di **presa in carico** del paziente nelle diverse fasi dell'assistenza.

Scopo generale dovrà essere sempre quello di inserire questi professionisti in una logica di rete, volta a dare assistenza qualificata a chi si trova in condizione di gravità, e dunque necessita di particolare protezione.

Regione Emilia -Romagna  
**AZIENDA U.S.L. di IMOLA**  
Ambiti territoriali corrispondenti ai Nuclei delle Cure Primarie



## 5.2.2 SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Eccezion fatta per le attività ambulatoriali pre e post ricovero, strettamente connesse alla degenza e le prestazioni ambulatoriali erogate nell'ambito della continuità terapeutica specialistica che rientrano nelle competenze proprie del presidio ospedaliero, l'attività specialistica ambulatoriale erogata da medici convenzionati interni o da strutture esterne accreditate sarà funzionalmente integrata con l'attività ambulatoriale assicurata dal presidio ospedaliero.

Il modello scelto è quello della **presa in carico globale**, da parte del soggetto erogatore. Le singole prestazioni specialistiche ambulatoriali si configureranno quindi come una parte del complessivo percorso assistenziale e dovranno rispondere agli stessi criteri e garanzie di qualità, sia che siano fornite in ospedale che in ambulatori pubblici o privati.

Per promuovere l'**appropriatezza della richiesta** di prestazioni sarà favorita l'adesione a criteri di efficacia clinica da parte di tutti i medici interessati e l'adozione di percorsi assistenziali condivisi. A tal fine saranno uniformati e semplificati i percorsi per l'**accesso alle prestazioni** ambulatoriali specialistiche e saranno definiti **protocolli diagnostico-terapeutici** concordati fra specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, anche finalizzati ad ampliare le competenze dei medici di base. Prioritaria sarà la loro partecipazione ai **processi assistenziali** riguardanti diabete, ipertensione, patologie invalidanti, broncopneumopatie croniche, asma e forme neurologiche, secondo linee guida che definiscano le competenze distintive, nell'ambito del monitoraggio del decorso cronico di tali patologie.

L'avviato processo di **riqualificazione** dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, volto a garantire appropriatezza, qualità ed equità nell'assistenza specialistica, deve trovare nuovo slancio in modo da consolidare il governo del complesso sistema della domanda, della gestione delle liste e del tempo massimo di attesa per le singole prestazioni programmabili, partendo da quelle di provata efficacia.

Sarà sviluppato il **sistema informativo** per monitorare costantemente l'andamento quantitativo e qualitativo della domanda e dell'offerta delle prestazioni di **area critica** (contraddistinte da tempi di attesa superiori ai valori soglia regionali), al fine di intervenire tempestivamente con provvedimenti di riallineamento, quando necessario.

Per il potenziamento e la razionalizzazione delle attività specialistiche ambulatoriali sarà previsto l'utilizzo ottimale delle strutture e delle tecnologie dell'azienda, anche in termini di flessibilità. Saranno favoriti processi di **riconversione delle attività** erogate dal privato accreditato verso prestazioni specialistiche ad alto contenuto diagnostico (ecodoppler, TAC, ecc.).

Dovranno essere rispettati i **tempi massimi** di attesa di 30 giorni per l'erogazione di visite specialistiche programmabili e di 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale, individuati dalle direttive regionali e dalle delibere aziendali. Saranno progettati e in caso di necessità, attuati, **interventi straordinari** finalizzati ad assicurare alla maggioranza dei cittadini in lista di attesa il rispetto dei tempi massimi consentiti, in tale ambito rientrano le estemporanee richieste di incremento di produzione per i produttori interni, la contrattazione di stock prestazionali aggiuntivi con il privato accreditato ed il ricorso all'attività libero professionale, in via eccezionale e temporanea, rivolta alle prestazioni critiche e a quelle qualificate come urgenti e urgenti/differibili. I provvedimenti di incremento dell'offerta saranno abbinati alla ricerca di una maggiore flessibilità dell'erogazione in risposta alle situazioni di picco della domanda.

Per ottimizzare l'efficienza produttiva verranno concordate, con gli specialisti ambulatoriali e con i produttori ospedalieri, delle sovra prenotazioni (**overbooking**), tenendo conto del tasso di abbandono mediamente registrato.

Per quanto riguarda i protocolli clinici e i percorsi organizzativi finalizzati a garantire le **urgenze ambulatoriali** entro i 7 giorni, sarà monitorata con attenzione il reale utilizzo di tali prestazioni, sia in termini di garanzia di accesso, che di appropriatezza. A tutela della fruizione di queste prestazioni urgenti entro i termini di tempo stabiliti, sarà previsto il **rimborso** della prestazione al cittadino, qualora tale garanzia non sia rispettata, ai sensi del decreto legislativo 124/98. Per quanto riguarda l'**assistenza odontoiatrica**, dovrà essere effettuata una valutazione quali-quantitativa dell'assistenza fornita, e, in attesa di indicazioni nazionali e regionali in merito alla esclusione/inclusione nei livelli essenziali di assistenza, sarà avviata una **riorganizzazione** del settore al fine di garantire prioritariamente interventi rivolti a categorie di soggetti vulnerabili per condizioni di natura sanitaria.

### 5.2.3 ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare rappresenta l'ambito elettivo in cui sarà realizzata l'integrazione di competenze professionali, sanitarie e sociali, finalizzate a realizzare programmi di assistenza orientate a categorie significative di soggetti che necessitano di assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile a domicilio e sostenibile dal nucleo familiare.

La **riorganizzazione** del sistema delle cure domiciliari è finalizzata a portare ad unitarietà il modello di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e socio-assistenziale, basandola su livelli differenziati di intensità delle cure, in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente.

Gli **obiettivi prioritari** dell'ADI comprendono l'assistenza a pazienti trattabili a domicilio (evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o ad altre strutture residenziali), l'assicurazione della continuità assistenziale, il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione del paziente, il sostegno della famiglia attraverso la trasmissione di competenze necessarie per l'autonomia di intervento ed il supporto economico, la semplificazione dell'accesso alla erogazione dei presidi e degli ausili. Le cure domiciliari presuppongono una valutazione **multidimensionale** dello stato funzionale del paziente, l'intervento di una equipe multiprofessionale, la elaborazione di piani personalizzati di assistenza e la individuazione di un responsabile del piano assistenziale (case manager) che coordina e assicura gli interventi previsti e verifica la coerenza delle diverse fasi del processo assistenziale definito dal piano.

Dovrà essere prestata particolare attenzione alla dimensione psicologica dell'assistito, della famiglia e degli operatori componenti l'equipe, avendo cura di anticipare e contrastare fenomeni di tipo depressivo.

Dal punto di vista organizzativo nell'ambito del punto unico di riferimento per l'informazione e l'accesso a tutte le cure domiciliari sanitarie, sarà garantito uno stretto collegamento con il **servizio anziani del Consorzio** dei servizi sociali, per l'accesso alle cure tutelari e socio-assistenziali.

Dovrà essere potenziato il **punto di ascolto** telefonico, con rapido accesso a personale qualificato, per ricevere, vagliare segnalazioni e fornire consulenza telefonica ai pazienti ed alle famiglie.

Sarà infine promossa una **distribuzione uniforme** dei casi di assistenza domiciliare ad elevata intensità di cura fra tutti i medici di medicina generale.

### 5.2.4 SALUTE DONNA

La salute della popolazione femminile merita attenzioni particolari per le **specificità** di genere, che in parte prescindono dalla sfera riproduttiva, riguardando invece la particolare diffusione di alcuni fattori di rischio, la incidenza di malattie/disabilità e la differente utilizzazione dei servizi sanitari.

L'assistenza e la cura alla donna nei suoi bisogni di salute e di maternità si è profondamente modificata nel corso degli ultimi anni e questo richiede un ripensamento della rete di strutture sanitarie coinvolte nell'assistenza a queste tipologie di bisogni.

La modificazione del costume sociale ha profondamente mutato l'epoca della ricerca della maternità aprendo nuovi capitoli di attenzione sanitaria, fino ad ora scarsamente considerati, quali l'assistenza e la cura dei problemi di **sterilità** e la loro prevenzione.

Il rilevante ingresso di donne provenienti da realtà geografiche **extraeuropee**, in età fertile, impone un adeguamento dei servizi anche sul piano strategico sviluppando la mediazione culturale per intercettare i bisogni, e dunque, per **combattere** forme di emarginazione e di scarsa accessibilità all'assistenza.

In questa ottica non sarà elusa l'attenzione per la **umanizzazione** della assistenza al parto, il contrasto ad un eccessivo approccio interventistico (tagli cesarei), la identificazione dei livelli specialistici per il **monitoraggio** della gravidanza fisiologica e **gestione** dell'interruzione volontaria di gravidanza, con l'obiettivo di assicurare la **continuità assistenziale**. Sarà **contrastata** ed invertita la tendenza alla diminuzione del numero delle gravidanze fisiologiche seguite dai consultori familiari, sia in termini assoluti che relativi (rapporto gravide in carico/nati vivi).

Più in generale è necessaria una riprogettazione complessiva dei momenti collaborativi tra i servizi che si occupano della salute della donna, a trecentosessanta gradi, sviluppando ulteriormente le avanzate esperienze sin qui realizzate

#### 5.2.5 SALUTE INFANZIA

Accanto a livelli di eccellenza raggiunti nella **copertura vaccinale** per le vaccinazioni dell'obbligo e raccomandate, che devono essere mantenuti, saranno sviluppati ulteriormente alcuni percorsi quali la **presa in carico** tempestiva del neonato sano, la **riduzione** dell'ospedalizzazione, l'incremento dell'assistenza in regime di day-hospital e la presa in carico continuativa del bambino con patologia cronica.

Esistono inoltre aree di bisogni emergenti che non hanno ricevuto sufficiente attenzione. Una delle più importanti è rappresentata dalle **disuguaglianze sociali** e dalle discriminazioni nelle prospettive di salute del bambino svantaggiato, o del bambino appartenente ad un nucleo familiare in cui sia presente tossicomania, alcoolismo o malattia mentale. In debito conto vanno anche tenute le nuove emergenze riferibili al bambino straniero o con famiglia di basso livello economico e culturale.

Gli **orientamenti preventivi** dovranno massimamente essere rivolti al superamento delle disuguaglianze, gli interventi assistenziali alla attivazione di percorsi integrati di presa in carico globale del bambino multiproblematico, con una centralità del ruolo del pediatra di libera scelta.

Sarà sviluppata l'integrazione con il consorzio servizi sociali Imola, in modo da promuovere gli **interventi psicologici** a tutela dei minori soggetti a provvedimenti di giustizia e gli interventi di assistenza e **recupero psicoterapeutico** delle vittime di abusi, anche attraverso l'incremento quali-quantitativo delle prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche e psicologiche.

Sempre nell'ambito dello sviluppo del processo di integrazione con il consorzio servizi sociali Imola saranno promossi gli interventi a **protezione del minore** in stato di abbandono e a tutela della sua crescita anche attraverso affidi ed adozioni, potenziando e qualificando la rete di servizi per svolgere una efficace azione di accompagnamento e sostegno alle coppie candidate e superare le liste di attesa.

### 5.2.6 GENETICA MEDICA

Il laboratorio di genetica, in stretta interdipendenza con la rete regionale, sarà chiamato a sviluppare linee-guida e protocolli finalizzati alla standardizzazione delle procedure di **diagnosi citogenetica** e alla **organizzazione** dei flussi tra nodi della rete nell'ottica di garantire, attraverso la concertata e adeguata concentrazione dei test genetici per malattie rare, la qualità dell'assistenza e la riduzione dei costi unitari di produzione.

Dovrà essere sviluppata la **collaborazione** con l'Università e gli Istituti di ricerca per la validazione delle prestazioni da trasferire in campo diagnostico. In accordo con gli altri centri regionali di citogenetica sarà favorita l'adozione di un **sistema omogeneo** di registrazione e codifica delle prestazioni utilizzabile, sul piano gestionale, per le valutazioni di appropriatezza e per le attività di benchmarking e, su quello tecnico-scientifico, per l'ampliamento della casistica delle malattie rare di pertinenza. Dovrà essere sollecitata la partecipazione ai programmi di **controllo di qualità** dei test genetici, attualmente in fase sperimentale a livello nazionale e dovranno essere intraprese le iniziative necessarie a equilibrare il rapporto tra prestazioni fornite a livello intra-aziendale e inter-aziendale e risorse disponibili.

Nell'ambito della **attività clinica** di genetica medica sarà potenziata la capacità di monitoraggio longitudinale dei pazienti a rischio per malattie genetiche e di follow-up delle famiglie, anche attraverso la partecipazione ai registri di patologia. Dato che le malattie genetiche sono condizioni rare, se considerate singolarmente, e molto eterogenee sul piano clinico potendo riguardare molteplici organi ed apparati e interessare ogni età della vita, per fornire un servizio assistenziale completo è necessario avvalersi dell'apporto integrato di competenze specifiche che difficilmente vengono espresse da singole professionalità: pertanto sarà favorita la **collaborazione interdisciplinare** per lo sviluppo dei protocolli diagnostico-terapeutici e la definizione dei percorsi assistenziali per specifiche condizioni genetiche.

Sul piano della **genetica di comunità** saranno attivati progetti di educazione sanitaria, consulenza e supporto ai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti per l'accesso ai test genetici e per il trasferimento delle competenze genetiche di base. In particolare, dovrà essere promossa l'integrazione delle attività di genetica con i programmi di assistenza alla maternità e all'infanzia.

In sintonia con il coordinamento regionale, saranno intraprese iniziative per incentivare la **partecipazione** degli utenti e delle associazioni di utenti alle attività assistenziali in ambito genetico, per la diffusione delle conoscenze sul contributo dei fattori genetici alla disabilità e alla morbilità e per il riconoscimento dei risvolti psicologici, etici e sociali dei test genetici.

Sarà garantita la partecipazione ai **programmi di screening** attivati in popolazioni selezionate o nella popolazione generale.

### 5.2.7 SALUTE MENTALE

Al Dipartimento di Salute Mentale spetta un forte ruolo protagonista affinché il tema della promozione del benessere psicologico e relazionale, insieme a quello del disagio e del disturbo psichico, siano affrontati in una logica aperta, trasparente, socialmente partecipata, avendo cura che siano adeguatamente valorizzate, supportate e sviluppate quelle esperienze aggregative ed associative del territorio, che tanto hanno contribuito, a Imola, nel recente passato, al processo della deistituzionalizzazione, di riabilitazione e di integrazione sociale delle persone sofferenti e di supporto delle loro famiglie.

Andrà ancor meglio sviluppato il tema di come tutelare i diritti di cittadinanza della persona in carico ai servizi dipartimentali, in stretto collegamento con i Servizi Sociali, con le amministrazioni locali e con le altre organizzazioni del privato e del volontariato.

La complessità della rete organizzativa e gestionale del DSM porta a riconoscere la centralità della persona, della sua sofferenza, dei suoi disagi e delle sue aspettative, che impongono ai Servizi Sanitari una nuova etica: il rispetto della libertà, della dignità e dell'autodeterminazione anche nei casi di gravità del disturbo mentale e di urgenza del trattamento terapeutico.

Sul piano della organizzazione dei servizi, sarà favorito il processo di **integrazione** delle discipline e unità operative ricomprese nel dipartimento di salute mentale (DSM): territoriale, degenza e residenza, neuropsichiatria, psicologia e riabilitazione dell'età evolutiva e dipendenze patologiche, in una logica che sappia collocare accanto agli specialismi, pure indispensabili, un approccio multiprofessionale, capace altresì di produrre una benefica contaminazione delle culture e delle scuole di pensiero, nell'interesse della persona.

Le **linee di intervento** per la salute mentale prevedono il miglioramento, la qualificazione e l'intensificazione dei processi assistenziali rivolti alla promozione della salute mentale, alla presa in cura, all'emergenza-urgenza e alla riabilitazione, migliorando i livelli di integrazione dei percorsi di cura articolati tra strutture di ricovero e servizi territoriali, favorendo percorsi terapeutici che vedano al centro la persona, il suo specifico bisogno di salute e il concreto reinserimento sociale.

Nell'ambito della promozione della salute mentale è previsto un **programma integrato di psicopatologia** (PIP) per l'adolescenza, con attribuzione di specifiche responsabilità, per lo svolgimento di funzioni interdisciplinari e l'aggregazione funzionale di discipline affini, ancorchè afferenti ad altri dipartimenti e strutture aziendali. Sono inoltre individuate quali aree prioritarie le **famiglie multiproblematiche** (programmi finalizzati al sostegno ai familiari che hanno a carico persone con disturbi gravi, interventi su famiglie con minori a carico), e la **comorbidità** (programmi finalizzati allo sviluppo ulteriore della presa in cura integrata di persone con doppia diagnosi). Sarà assicurato sostegno a gruppi di auto-aiuto di familiari e utenti psichiatrici.

Nell'ambito dell'**emergenza-urgenza** si rende necessario un ulteriore contenimento del ricorso al ricovero e dei tempi di degenza nel servizio ospedaliero di diagnosi e cura (SPDC), attraverso programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale e con la definizione di percorsi terapeutici alternativi, improntati alla massima riduzione dei ricoveri ripetuti nell'anno, con attenzione a migliorare la qualità dell'assistenza nelle strutture di ricovero, con particolare riferimento per la continuità della cura nella rete dei servizi del DSM e dell'appropriatezza degli interventi (monitoraggio dei drg a rischio di inappropriatezza).

Saranno verificati e attualizzati i **protocolli** già in essere fra DSM e dipartimento di emergenza e accettazione e fra centro di salute mentale (CSM) e neuropsichiatria dell'età evolutiva (NPIEE) con pronto soccorso, emergenza territoriale, guardia medica, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, per la regolamentazione di procedure in merito alla presa in carico tempestiva, all'accessibilità, all'appropriatezza clinica ed organizzativa, ai tempi di attesa e alla continuità assistenziale.

Sempre in questo contesto sarà valutata la sperimentazione in atto legata alla gestione del Protocollo operativo con il consorzio servizi sociali Imola, che sta già dando buoni risultati, continuando nello sviluppo di azioni formative comuni

per il miglioramento delle prese in carico condivise e per una sempre migliore individuazione degli specifici ambiti operativi.

La **riduzione dei ricoveri** ospedalieri volontari e obbligatori passa attraverso la definizione di percorsi terapeutici alternativi al ricovero ospedaliero con la conferma dell'attuale utilizzo della **residenza per trattamento intensivo (RTI)**, miglioramento dell'attività di day hospital, di day service e dei livelli di integrazione con le altre strutture semiresidenziali riabilitative.

Nell'ambito della **presa in cura** saranno migliorati l'accesso ai servizi, con la riorganizzazione della funzione di accoglienza e **trattamento della crisi** nel CSM e i percorsi della rete assistenziale, con particolare riguardo alla funzione di case manager per i pazienti gravi, all'attivazione di interventi psicoeducazionali rivolti alle famiglie ed alla differenziazione dei percorsi terapeutici integrati con altri referenti sanitari e sociali per le altre tipologie di utenza.

Il centro di salute mentale ed il centro di neuropsichiatria dell'età evolutiva sono individuati come centri di accoglienza, che coordinano e regolano tutti i percorsi assistenziali della rete dei servizi nelle aree di competenza.

Per la psichiatria adulti il centro di salute mentale è accessibile nelle 12 ore diurne e garantisce una risposta articolata all'emergenza-urgenza, la presa in cura per trattamenti integrati e protratti dei disturbi psichiatrici maggiori in continuità con la riabilitazione, di trattamenti intensivi in collaborazione con i medici di famiglia e consulenze ai servizi sanitari e sociali dell'azienda. Il centro di neuropsichiatria dell'età evolutiva si rende accessibile per almeno 40 ore settimanali.

La **patologia neuropsichica** ed il disagio psicologico **nell'età minorile** rappresentano un'area dall'approccio complesso. La prevenzione dei disturbi relazionali, la diagnosi precoce e l'inserimento del bambino in percorsi assistenziali tempestivi, costituiscono parte integrante dell'attività clinico-diagnostica del pediatra di libera scelta e della pediatria di comunità, in connessione con la neuropsichiatria infantile. La necessità di un forte coordinamento fra queste diverse aree rappresenta l'obiettivo di fondo.

Così come è fondamentale un forte coordinamento con il consorzio servizi sociali Imola, sviluppando il Protocollo operativo recentemente definito.

La **neuropsichiatria infantile**, per la peculiarità delle competenze centrate su bisogni specifici, dovrà configurarsi come erogatore di interventi specialistici di alta complessità, in una articolazione funzionale in cui il pediatra di libera scelta ed il medico di medicina generale rappresenteranno, selettivamente, il riferimento per tutti i problemi di salute del bambino e dell'adolescente.

Allo scopo di catturare il **disagio psichico** sommerso, risulta strategico il rapporto del dipartimento di salute mentale con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, proprio per la loro possibilità di diventare un punto di risposta qualificato per il disagio lieve.

Saranno maggiormente strutturati i percorsi terapeutici integrati con i medici di medicina generale (come implementazione del protocollo operativo in essere) per il disagio psichico nella malattia psichiatrica minore. La modalità di relazione tra distretto e DSM è il presupposto per uno stabile rapporto ed una reale integrazione fra la medicina generale e la psichiatria nell'ambito dei nuovi modelli di organizzazione dei nuclei delle cure primarie, mediante l'attivazione di una funzione più strutturata di consultazione per i medici di medicina generale presso il centro di salute mentale, in continuità con il progetto regionale "**collaborazione fra psichiatria e medici di famiglia**", al quale il DSM di Imola partecipa.

Dovranno essere sviluppati percorsi tesi a migliorare l'appropriatezza dei consumi di **medicinali antidepressivi** e, in proposito, sarà necessario facilitare la consulenza ai medici di famiglia da parte del DSM sui criteri di diagnosi delle patologie, sulla gestione complessiva del paziente, sull'utilizzo dei medicinali antidepressivi tradizionali e ad alto costo, al fine di condividere comuni linee di impiego degli stessi, basate sulle evidenze disponibili.

Nell'ambito della **riabilitazione psichiatrica**, e per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica residenziale, si conferma l'esigenza di differenziare ulteriormente la struttura dell'offerta, in funzione dell'intensità del trattamento, al fine di rendere più pertinente la risposta clinica. Le **strutture residenziali** sono oggi distinte in tre diverse tipologie: strutture con assistenza sanitaria 24 ore su 24 per trattamenti intensivi (RTI), cui possano essere indirizzati i casi acuti e subacuti per periodi non superiori ai 30 giorni; strutture per trattamento socio-riabilitativo (RSR), con assistenza sanitaria di almeno 6 ore dedicate a pazienti che richiedono ancora una presa in cura attiva da parte del servizio psichiatrico, strutture socio-assistenziali tipicamente riservate a degenti ex ospedali psichiatrici per i quali in relazione all'età, alla compresenza di patologie organiche o alla prevalenza di handicap psico-fisici è da prevedere una dimissione dalla presa in cura del DSM, garantendo comunque interventi di consulenza specialistica.

Per le strutture residenziali a trattamento prolungato è necessario mantenere attivo il **tavolo di concertazione aziendale** come sede di progettazione, attivazione e verifica degli interventi e di monitoraggio dei rapporti convenzionali in essere per le attività esternalizzate .

Saranno sviluppati i percorsi finalizzati al **reinserimento sociale** di persone in cura al DSM - in collaborazione con il consorzio servizi sociali Imola, le cooperative sociali, gli enti locali, gli enti di formazione professionali, le associazioni - tramite progetti di formazione, borse lavoro, inserimenti lavorativi, con attenzione all'applicazione sul territorio della legge 381 e della legge 68.

Dovranno essere sviluppati in collaborazione con il Consorzio e l'istituzione interventi a **integrazione del reddito**, ivi compresa la sperimentazione dell'istituto del reddito minimo di inserimento sul territorio.

Particolare attenzione dovrà infine essere rivolta allo sviluppo di necessarie sinergie per articolare interventi congiunti relativamente a problemi di forte impatto sociale quali gli alloggi e la scuola.

#### 5.2.8 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

I punti critici che l'UONPEE dovrà affrontare riguardano:

- la vastità delle aree di intervento clinico cui essa deve rispondere per tipologia dei disturbi (neurologici, psichiatrici, neuropsichiatrici) e fascia di età degli utenti (0-18 anni);
- il basso turnover dell'utenza dovuto alla necessità di interventi che non si esauriscono in un breve lasso di tempo, siano essi finalizzati al miglioramento della qualità della vita (come nel caso dei disturbi cronici) che ad evitare la cronicizzazione (come nel caso dei disturbi evolutivi).

Per rispondere al primo punto si stabilizzerà l'esperienza di percorsi diagnostici multiprofessionali per le fasce d'età 3-18 e 0-3, iniziati rispettivamente nel 1999 e nel 2002, con l'impegno di darne descrizione formale quali prodotti dell'UONPEE.

Per il secondo punto si stanno attivando alcuni percorsi terapeutico-riabilitativi per patologie e fasce di età specifiche che fungano da contenitori stabili in cui far fluire l'utenza già in carico ed i nuovi ingressi.

Di particolare importanza in questo ambito sono i percorsi richiesti da alcune patologie per lo più croniche quali i Disturbi Pervasivi di Sviluppo (per i quali Imola partecipa ad un Piano Attuativo Locale dell'Area Metropolitana) ed i Pluriminorati fisici e sensoriali (per i quali Imola ha partecipato ad un Gruppo di lavoro con l'Azienda USL città di Bologna).

Per i primi si sono istituiti, ma andranno incrementati, alcuni percorsi di intervento psicoeducativo integrato; per i secondi nel 2003 è stato attuato un Progetto in collaborazione con il Consorzio dei Servizi Sociali in attuazione della Legge 328/2000 e legge regionale 2/2003 che, avendo dato buoni risultati, è stato ripresentato. Accanto a ciò si ribadisce l'importanza, nell'UONPEE, degli interventi di psicoterapia individuale e/o della diade, degli interventi di counseling o di appoggio psicologico alle famiglie e degli interventi riabilitativi individuali e di gruppo.

Un punto di grande importanza concerne la prevenzione dei disturbi neuropsichiatrici ed in questa ottica sono iniziati ed andranno incrementati i rapporti con la Pediatria dell'Ospedale di Imola per l'istituzione di un Follow-up sui neonati a rischio (prematuro e/o a basso peso alla nascita; con infezioni congenite, asfissia neonatale) e con i pediatri di libera scelta (fra l'altro attraverso la partecipazione congiunta al Gruppo Regionale "Collegamento tra Neuropsichiatria Età Evolutiva e Pediatria di Libera scelta").

Punto fondamentale per la realizzazione di progetti di integrazione socio-sanitaria sono i rapporti con le Scuole e la Formazione professionale che vengono regolarmente tenuti in attuazione della Legge 104 e degli accordi di Programma (provinciali e locali) e con i Servizi Sociali (Consorzio ed Istituzione); in tal senso è in corso di definizione un protocollo di intesa fra UONPEE e CSS di Imola.

Si ribadisce infine l'importanza dell'attiva partecipazione degli operatori dell'UONPEE ai Progetti ed ai Gruppi tecnici istituiti dalla RER; in particolare i Progetti sullo Standard di Prodotto in NPEE e sul collegamento fra NPEE e PLS, ma anche i gruppi sulla psicoterapia, psicofarmacologia e sul Sistema Informatico di raccolta dei dati (SINP-5) che, attraverso il confronto con le altre realtà regionali, possono permettere una maggior omogenizzazione degli interventi.

### 5.2.9 TOSSICODIPENDENZE

Nel mondo giovanile devono essere individuate precocemente le situazioni a rischio e deve essere facilitato l'accesso ai servizi attraverso azioni di consulenza e sostegno per gli operatori che intervengono nei vari contesti (scuola, aggregazioni giovanili, mondo del divertimento, mondo del lavoro). L'offerta di servizi di **consulenza** e presa in carico sarà specificamente messa a punto (es: centro ascolto adolescenti), con la collaborazione del consorzio dei servizi sociali, al fine di garantire la massima accessibilità.

In questo contesto assume un particolare valore il progetto, promosso dal consorzio servizi sociali imola d'intesa con il Sert, relativo all'azione di prevenzione verso gli adolescenti svolta nelle scuole, nei centri giovanili, nei luoghi di aggregazione formali ed informali, nelle discoteche e nei pubblici esercizi più frequentati dai giovani.

E' necessario continuare a procedere nella direzione della **riqualificazione e diversificazione** dell'intervento dei servizi per le dipendenze, in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine modalità di lavoro per progetti, secondo criteri d'adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità nell'impiego delle risorse. Occorre potenziare l'**integrazione** tra interventi sociali e sanitari ed il raccordo con il Consorzio dei servizi sociali e consolidare il rapporto di **collaborazione** tra pubblico e privato, in un sistema di rete dei servizi, anche ampliando la tipologia delle offerte assistenziali all'interno dei rapporti convenzionali esistenti. Andrà valorizzata ed utilizzata l'esperienza di integrazione

che ha la sua espressione nel **coordinamento tecnico territoriale** (CTT), che vede la partecipazione del SERT, degli enti locali, degli enti ausiliari e del volontariato.

Per quanto attiene l'utilizzo delle **strutture residenziali e semiresidenziali**, si conferma il progetto in atto presso il centro di Casola Canina, che si è rivelato strumento adeguato sia negli interventi di crisi, sia nei percorsi riabilitativi a medio e lungo termine in alternativa al ricorso a comunità terapeutiche e case di cura private.

Saranno sviluppate **azioni sociali**, d'intesa con il consorzio servizi sociali Imola, di sostegno ai programmi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti e interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo e garantito il supporto alla realizzazione della **rete informativa provinciale**, per poter porre in atto una costante attività di osservazione epidemiologica sul fenomeno della dipendenza.

**Azioni specifiche** dovranno inoltre essere previste in alcune aree peculiari:

- **tabagismo**: soprattutto per la fascia di popolazione giovanile, saranno attivati interventi di educazione e prevenzione primaria e secondaria dei rischi derivanti dal fumo di tabacco;

- **alcolismo**: sarà rilanciata l'offerta di servizi sul territorio, in modo da sviluppare gli interventi di tipo assistenziale, di formazione e di analisi epidemiologica. Occorrerà promuovere interventi di educazione per una maggiore consapevolezza dei rischi nella popolazione, al fine di prevenire i danni causati dagli eccessi. Si dovrà intervenire per ridurre i rischi alcool correlati, in relazione alle abitudini di vita in specifici ambienti e favorire un approccio coordinato tra i soggetti che operano a vario titolo su tali problemi, per assicurare una rete di protezione alla quale concorrano i servizi sanitari e sociali, i gruppi di volontariato e dell'auto-aiuto;

- **cocaina**: sarà approfondita la conoscenza delle situazioni di consumo e di dipendenza da cocaina e dovrà essere facilitato l'accesso al SERT delle persone con problemi d'abuso;

- **marginalità sociali**: saranno assicurati percorsi terapeutici e assistenziali per i tossicodipendenti senza fissa dimora, stranieri extracomunitari, nomadi, ecc., al fine di intervenire sul cosiddetto sommerso anche attraverso l'offerta di prestazioni di mediazione linguistica e culturale e di servizi a bassa soglia di accesso;

- **comorbilità psichiatrica**: per i soggetti con "doppia diagnosi" e/o problemi di dipendenza da più di una sostanza, saranno definiti strumenti e percorsi di cura adeguati ad affrontare la complessità del problema, giungendo a modalità di presa in carico condivise con le altre unità operative del dipartimento;

- **tossicodipendenza femminile, maternità e infanzia**: gli impegni saranno rivolti a diffondere le informazioni circa gli effetti indotti sul feto dal consumo di sostanze d'abuso in gravidanza, a favorire l'accesso delle donne ai servizi con modalità di accoglienza attente alla specificità femminile, a promuovere la sperimentazione di un modello operativo di rete a bassa soglia di accesso volto alla tutela della salute del minore e della famiglia.

#### 5.2.10 ASSISTENZA RIABILITATIVA

L'**approccio riabilitativo** sarà configurato come multidisciplinare, plurispecialistico ed integrato, in modo da facilitare il recupero di competenze funzionali e lo sviluppo di competenze sostitutive, e da porre in essere soluzioni efficaci per garantire l'autonomia possibile, con particolare attenzione all'area dell'età evolutiva, degli anziani e dei neurolesi post-traumatici. Un tale approccio implica una stretta connessione fra **programmi di intervento sanitario** di riabilitazione, finalizzati a trasformare tutte le risorse potenziali dell'assistito in abilità funzionali e gli **interventi di riabilitazione**

**sociale** orientati a sviluppare e rendere disponibili risorse e potenzialità ambientali, così da consentire l'inserimento o il reinserimento del disabile nel contesto sociale di appartenenza ed il miglioramento della sua qualità di vita.

Il **bisogno più urgente** e di maggior rilievo qualitativo è rappresentato dalle menomazioni e disabilità gravi immediatamente derivanti dalla **patologia acuta**. In tale ambito l'offerta di prestazioni riabilitative sarà resa tempestiva e precoce, per agire in quella fase della malattia in cui è maggiore il potenziale di ripristino dell'autonomia garantendo la continuità alle diverse fasi di intervento.

Gli interventi riabilitativi saranno graduati in funzione della **gravità** del quadro clinico e della sua modificabilità, e tale graduazione si rifletterà sull'insieme dei soggetti erogatori ospedalieri e territoriali, pubblici e privati, che devono operare in maniera integrata e sinergica, nell'ambito della definizione di percorsi terapeutici condivisi.

La strategia degli interventi riabilitativi dovrà basarsi su **progetti riabilitativi individuali** tenendo conto dei bisogni dei pazienti, delle preferenze, delle menomazioni, e delle disabilità e abilità residue e recuperabili. Ogni progetto deve riportare gli esiti desiderati, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie.

Occorre specializzare e personalizzare l'**assistenza domiciliare**, assicurando una efficace e tempestiva presa in carico al domicilio, in continuità terapeutica alla dimissione ospedaliera o nelle condizioni di scompenso funzionale per gli utenti con disabilità post-acute, cercando di favorire la vita indipendente e la riduzione del carico assistenziale. Occorre promuovere l'utilizzo dei centri residenziali e semiresidenziali per le gravi disabilità con introduzione di progetti riabilitativi personalizzati, anche per contenere i ricoveri ospedalieri impropri e ripetuti.

Sul **versante ambulatoriale** sarà data piena applicazione alla normativa nazionale e regionale sui livelli essenziali di assistenza. Occorrerà a tal riguardo verificarne la corretta applicazione, al fine di garantire l'appropriato utilizzo delle risorse in questo settore. Saranno potenziati gli interventi orientati alla terapia occupazionale ed alla promozione di vita indipendente nella post-acute e nella cronicità. Sarà diffusa la pratica della scuola del mal di schiena (back school) nei luoghi di lavoro, ivi compreso il sistema dell'offerta socio-sanitaria.

#### 5.2.11 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Questo capitolo è dedicato ai **servizi residenziali e semiresidenziali relativi agli anziani e ai disabili** assicurati direttamente dalle IPAB, dal Consorzio dei servizi sociali di Imola e dall'Istituzione per la gestione dei servizi sociali del Comune di Castel San Pietro Terme. Le componenti semiresidenziali e residenziali relative alla assistenza psichiatrica e alle tossicodipendenze sono già state trattate nei punti precedenti, per consentire una lettura unitaria degli argomenti.

Questo ambito risulta pesantemente interessato dall'applicazione della disciplina sui **livelli essenziali di assistenza** (LEA) in area socio-sanitaria, ed in modo assai critico, sia per la tipologia di soggetti interessati (minori in difficoltà, anziani, disabili, malati di mente e altri soggetti che rientrano nelle fasce deboli della popolazione), sia per la difficoltà connessa con la determinazione di confini chiaramente distinguibili tra la componente sociale e la componente sanitaria delle prestazioni erogate. A questo proposito la **regione** ha avviato un percorso per arrivare a qualificare le aree e i confini dell'integrazione ed elaborare una proposta di applicazione dei LEA. In attesa di queste indicazioni sarà avviato, di concerto con gli enti gestori interessati, un **monitoraggio** per ogni tipologia di intervento dei livelli di assistenza erogati e dei relativi costi, per arrivare a definire la componente sanitaria propria dei livelli e, conseguentemente, la quota di partecipazione da porre a carico di altri soggetti (utenti, comuni, ecc.).

## 5.2.12 ANZIANI

L'**indice attuale** che definisce il fabbisogno di posti letto residenziali per la popolazione anziana non autosufficiente ultrasettantacinquenne in **4 posti letto per 100 abitanti** deve essere reinterpretato alla luce di nuovi elementi di contesto, considerando cioè le modificazioni avvenute nella composizione della domanda (una rilevante quota di popolazione ultrasettantacinquenne da tempo non esprime più una domanda di ricovero nelle strutture residenziali) ed in relazione agli effetti provocati dall'estensione delle cure continuative domiciliari, assicurate anche attraverso il sostegno finanziario dell'assegno di cura.

Ciò premesso, in presenza di buoni livelli di copertura quantitativa in ordine alla residenzialità per anziani, sarà promosso maggiormente lo **sviluppo dei servizi** di sostegno alla domiciliarità ed alla qualificazione dell'assistenza sanitaria nella rete dei servizi per anziani, anche tramite l'utilizzo di misure atte ad affrontare l'emergenza infermieristica e riabilitativa (in accordo con le disposizioni regionali) e la **personalizzazione degli interventi**. Di concerto con gli enti gestori saranno rivisti i contenuti dei piani di attività integrata delle strutture residenziali e semiresidenziali.

Sarà sviluppata la opportunità di effettuare **ricoveri di sollievo** anche in case protette, attraverso una maggiore flessibilità dei servizi, nel rispetto delle normative vigenti.

Sarà promosso l'utilizzo completo delle risorse destinate all'**assegno di cura** nell'ambito di tutti i livelli previsti, perseguendo una migliore collaborazione con il Consorzio e i Comuni. In particolare va assicurato un utilizzo corretto dell'assegno, che va considerato come una forma assistenziale collegata con gli altri servizi della rete e più organicamente collegato al piano assistenziale individuale.

La popolazione anziana affetta dalle diverse forme di **demenza** è in crescita costante. Questa tendenza è destinata a continuare in considerazione della maggior prevalenza delle demenze nella popolazione ultraottantenne e dell'allungamento della speranza di vita.

Il sistema socio-sanitario imolese deve attrezzarsi per rispondere adeguatamente a questa nuova sfida. La rete dei servizi integrati attualmente accoglie parte di questi soggetti.

Data la complessità del problema, i rilevanti risvolti di carattere relazionale, affettivo, giuridico, sociale e sanitario, ogni progetto di intervento in questa area deve caratterizzarsi per un approccio globale. E' infatti possibile assicurare un'assistenza qualificata per migliorare la qualità della vita a queste persone e alle loro famiglie, attraverso la diffusione della consapevolezza che è oggi possibile affrontare i problemi con strumenti specialistici e multidisciplinari.

Occorre garantire una tempestiva e corretta **diagnosi della malattia**, condizione indispensabile per la predisposizione e l'attuazione di adeguati percorsi assistenziali. Occorre sostenere, anche attraverso attività informative e di formazione, le famiglie e le reti di auto-aiuto informali, adeguare e qualificare la rete dei servizi per garantire idonea assistenza ai pazienti e produrre e diffondere linee guida e protocolli che favoriscano una reale attività integrata.

Il **progetto demenze** richiede a livello aziendale una qualificata attività di coordinamento e di monitoraggio, soprattutto per quanto attiene alla necessità di garantire i **processi di integrazione** tra reparti ospedalieri, consultori per le demenze e centri delegati, distretto, servizio assistenza anziani e rete dei servizi territoriali. Per consolidare tale processo sarà rinforzato il ruolo del **referente aziendale** del progetto demenze, identificandone una chiara responsabilità di progetto. Sarà inoltre promossa la completa attivazione delle funzioni e delle attività previste dal progetto regionale da parte dei consultori e dei centri delegati.

Sarà assicurato il **coinvolgimento** dei medici di famiglia per la definizione del sospetto diagnostico e la gestione assistenziale del paziente. A livello distrettuale sarà individuato un **percorso diagnostico-terapeutico** condiviso tra consultorio/centro esperto, reparti ospedalieri di riferimento, distretto, medici di base, consorzio, comuni, associazioni di familiari.

Sarà inoltre fondamentale sviluppare criteri guida per l'**adeguamento** degli ambienti di vita (domestici e dei servizi residenziali e semiresidenziali) dei soggetti dementi. Occorrerà inoltre promuovere un percorso di qualificazione dei servizi della rete integrata socio-sanitaria (ADI, centri diurni, case protette e RSA) valutando l'opportunità e le condizioni per proporre **nuclei speciali**, con un bacino di riferimento adeguato, per i soggetti caratterizzati da gravi disturbi comportamentali e cognitivi.

### 5.2.13 DISABILI

Obiettivo strategico è quello di assicurare, in collaborazione con gli enti gestori, un qualificato contributo nella definizione e nella realizzazione dei programmi finalizzati a estendere il **sistema di valutazione** delle attività e dei costi e la predisposizione di adeguati **piani di cura personalizzati** e presa in carico per i disabili. Lo sviluppo dell'integrazione fra i servizi sociali e sanitari, per la valutazione dei casi specifici, ha visto la formale attivazione e messa a regime della unità di valutazione handicap.

Sarà promosso il potenziamento e la **qualificazione** dei servizi territoriali, con il concorso non solo delle istituzioni, ma anche del volontariato e delle famiglie associate. Sarà ulteriormente promosso il **sostegno alle famiglie**, anche dando continuità alla proposta innovativa degli assegni di cura e di sostegno per i disabili, monitorando gli effetti di questa introduzione sulla domanda di servizi.

Sarà progettato il **percorso per il "dopo di noi"**, nel momento in cui la famiglia non è più in grado di assistere il disabile e saranno promosse le risposte dell'inserimento lavorativo.

### 5.2.14 ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

La **politica del farmaco**, in conformità ai principi dell'appropriatezza degli interventi sanitari e dell'efficienza produttiva, sarà perseguita sia con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari sia dei cittadini, singoli ed associati. Saranno quindi ridefinite le strategie terapeutiche ed assistenziale complessive, di cui il farmaco è una componente essenziale, sviluppando azioni che, tenendo conto delle problematiche connesse all'utilizzo dei farmaci e alla sorveglianza delle popolazioni particolarmente esposte nel loro impiego, favoriscano l'**appropriatezza** e la **continuità** terapeutica ed assistenziale.

Tali strategie, senza arrecare pregiudizio alla fruizione dell'assistenza farmaceutica da parte dei cittadini, saranno finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza nell'impiego dei farmaci e della qualità del processo assistenziale.

La nostra azienda si distingue nel panorama regionale per l'attento governo della spesa farmaceutica, anche se si configurano ancora alcune situazioni di eccesso di consumi circoscritte ad alcune tipologie di medicinali. E' il caso dei **farmaci per il sistema respiratorio** per i quali si registra a imola il valore di consumo più alto della regione (69,09 DDD verso le 58,37 DDD della media regionale nel 2001).

Le **azioni** più significative sono tratteggiate all'interno dei seguenti riferimenti:

- **distribuzione diretta**, da parte delle strutture aziendali, delle categorie di medicinali che richiedono un **controllo ricorrente** del paziente, ampliando tale percorso distributivo a tutti i pazienti seguiti dalla rete dei servizi, nel rispetto delle disposizioni regionali regionali considerando la distanza tra il luogo della residenza i punti della distribuzione diretta, sarà valutata la possibilità di coinvolgere le associazioni dei farmacisti convenzionati per la distribuzione dei farmaci per i quali è ammessa la duplice via di dispensazione;

- **distribuzione diretta** dei farmaci per i pazienti in **assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale**, con estensione di tale modalità erogativa a tutte le strutture convenzionate e a tutti i percorsi di assistenza domiciliare integrata ai pazienti che necessitano di interventi assistenziali definiti di II e III livello. Sarà prevista una ulteriore estensione dell'erogazione diretta dei farmaci anche per i pazienti ospiti in strutture non convenzionate e per i percorsi di primo livello ADI. Saranno formalizzati accordi con le strutture interessate e con i medici di medicina generale;

- garanzia di **continuità assistenziale**, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, **dopo la dimissione** dal ricovero ospedaliero, nel rispetto del prontuario terapeutico aziendale e **dopo la visita specialistica** ambulatoriale. I centri specialistici aziendali adotteranno misure volte a favorire la distribuzione diretta, applicandola progressivamente a tutti i farmaci prescritti. Considerato il volume di attività specialistica e la diffusione dei punti della sua erogazione, sarà valutata la possibilità di coinvolgere le associazioni dei farmacisti convenzionati per la distribuzione dei farmaci;

- **distribuzione diretta degli antibiotici iniettabili** individuati nella lista regionale, per consentire un loro utilizzo mirato, nelle situazioni di necessità, ed un maggior controllo in termini di appropriatezza. A tal fine saranno individuate adeguate modalità di accesso dei cittadini al farmaco, anche con il supporto di associazioni di volontariato, il coinvolgimento del pronto soccorso nonché, a seguito di specifici accordi, dei medici di famiglia e dei medici della continuità assistenziale;

- **aggiornamento del prontuario terapeutico aziendale** (PTA), per la verifica delle esigenze legate ai trattamenti farmacologici in ambito di ricovero ordinario e della distribuzione di farmaci destinati al trattamento di patologie seguite a livello territoriale (strutture residenziali e semiresidenziali, ADI, dipartimento di salute mentale). La commissione terapeutica aziendale identificherà criteri di scelta dei medicinali, che tengano conto della efficacia clinica, sicurezza, disponibilità di evidenze derivanti da studi clinici a lungo termine, valutazioni di equivalenza terapeutica all'interno dei gruppi di farmaci e nell'ambito della stessa categorie del costo dei medicinali. Il PTA contemplerà commenti, laddove necessari, sulle scelte operate. Al fine di promuovere una maggiore integrazione ospedale-territorio, la commissione terapeutica aziendale si avvarrà anche delle competenze del MMG e del PDLS. Il servizio farmaceutico instaurerà stabili relazioni con i direttori dei dipartimenti ospedalieri e territoriali allo scopo di favorire la diffusione delle scelte aziendali e ricercare condivisione. Il PTA sarà diffuso a tutti i medici del territorio di competenza aziendale;

- **sviluppo delle prescrizioni di farmaci generici**, nonché promozione della scelta tra medicinali che, appartenenti alla medesima categoria terapeutica, hanno il prezzo di rimborso controllato. Sarà promossa l'informazione su tali medicinali, sia nei confronti del medico prescrittore che nei confronti della popolazione;

- **iniziative formative** rivolte a medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali per favorire una migliore appropriatezza delle prescrizioni, una maggiore attenzione verso gli eventuali effetti collaterali, l'adozione di linee guida per le patologie croniche a larga diffusione, con particolare attenzione ad ipertensione e diabete.

### 5.3 ASSISTENZA OSPEDALIERA: IL NUOVO MODELLO DI OSPEDALE

Dalla nascita dello stato liberale, dopo la metà del secolo scorso, fino all'inizio degli anni '70, le riforme chieste a gran voce dal movimento sindacale e dalle forze politiche progressiste s'incentravano in modo particolare sullo slogan "più case, più scuole, più ospedali", nel quale erano efficacemente riassunti gli **obiettivi** d'uguaglianza e di pari opportunità che essi si proponevano di raggiungere.

Il sostegno convinto di una parte consistente della popolazione portò anche, nel tempo, ad una modificazione della cultura politica della classe dirigente e quindi ad una trasformazione della legislazione. Nella fattispecie, il sistema di assistenza sanitaria, dal ristretto e meritorio ambito privato delle opere di beneficenza, che tanto avevano supplito all'assenza dello stato, in modo progressivo divenne materia d'interesse pubblico. Il definitivo salto di qualità avvenne con l'**articolo 32 della Costituzione**, operante dal 1948, che eleva la tutela della salute a diritto del cittadino. Gli anni successivi furono dedicati a rendere concreto l'assunto anche con la costruzione di nuovi ospedali. In generale, ciò avveniva attraverso il massiccio intervento delle **comunità locali** le quali, conseguivano l'evidente, ovvio, doppio risultato di realizzare un prestigioso strumento di **tutela della salute** rispondendo, allo stesso tempo, ai **problemi di disoccupazione** che affliggevano il territorio.

Anche l'istituzione ospedaliera della **Scaletta** è stata frequentemente sostenuta economicamente se non addirittura edificata con i proventi ed il fattivo contributo della comunità locale, e questo fatto ha inciso positivamente nel promuoverne il senso di appartenenza e di identità collettiva.

Questa breve e certamente incompleta premessa di carattere storico era indispensabile per ragionare sul **futuro dell'ospedale**: nato dalla privata beneficenza, a servizio di una piccola comunità locale, è via via diventato una struttura in grado di rispondere a bisogni di territori più vasti, fino ad essere inserito all'interno di una rete di servizi programmati per rispondere alla tutela della salute della popolazione assistita.

La **sfida** della programmazione attuativa ospedaliera è rappresentata dal tentativo di non disperdere gli elementi valoriali del passato, pur in presenza di un modello di "hospitalitas" che è stato via via messo in crisi dalla **evoluzione** del contesto culturale e dal progresso tecnologico, che hanno strutturalmente modificato il modo di fare diagnosi e terapia.

L'ospedale ha rappresentato per molto tempo il luogo nel quale venivano momentaneamente ospitati i componenti della comunità locale, in temporanea difficoltà per motivi di salute o per necessità di protezione e assistenza generica.

Oggi l'ospedale continua ad essere un **punto centrale** ed essenziale del sistema delle cure, ma l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, la progressiva necessità di tecnologie ad alta complessità, la specializzazione sempre più raffinata delle competenze, ne hanno modificato radicalmente le **caratteristiche** e le attese.

L'offerta di servizi ospedalieri si è modificata sia in termini quantitativi che in termini qualitativi. I fattori che più incisivamente hanno influito su tale cambiamento possono essere individuati nella **evoluzione tecnologica**, che ha interessato molte attività di diagnosi e cura, e nella **evoluzione organizzativa**, collegata in molti casi all'aspetto precedente ed alla progressiva introduzione di soluzioni differenziate sulla base dell'intensità dell'assistenza, che ha avuto come risultato l'incremento delle attività di day hospital e di day surgery, l'introduzione delle attività di lungodegenza e l'avvio di attività dipartimentali integrate quali il day service.

Le variazioni qualitative e quantitative osservate nella nostra realtà si presentano sostanzialmente in linea con gli **orientamenti internazionali**, che prevedono una evoluzione ospedaliera verso un modello di struttura dotato di un **numero contenuto di posti letto per acuti**, ma con un continuo e cospicuo incremento della tecnologia, e parallelamente, della complessità della casistica trattata.

L'ospedale è sede riconosciuta di alte **competenze professionali**, di tecnologie sempre più sofisticate, luogo di formazione e di prestigio professionale, ma è anche divenuto la principale **fonte di spesa** del sistema sanitario.

Questo aspetto ha accentuato la convinzione che non può più essere considerato la forma prevalente o prioritaria di fornitura dei servizi sanitari. Il problema non è meramente economico, ovvero lo "spendere meno" (economicità), ma lo "**spendere meglio**", cioè, a parità di spesa, produrre più salute (efficienza), attraverso percorsi di diagnosi e cura in grado di produrre i migliori risultati (**efficacia**).

Una assistenza efficace ed efficiente presuppone una tempestiva valutazione del **bisogno di salute** del singolo paziente, una offerta di prestazioni commisurata al livello di bisogno e lo sviluppo della **massima integrazione** tra i diversi settori, in particolare tra ospedale e territorio.

La gestione dei problemi di salute dei cittadini non può più essere definita e programmata da singoli soggetti o settori, ma deve avvenire in una logica di **rete**, o che consideri comunque la presenza di livelli differenziati di intensità e complessità di cura, basandosi su criteri e modalità operative concordate tra i diversi soggetti responsabili dell'assistenza e sulle migliori prove di evidenza disponibili.

L'ospedale si sta oggi focalizzando sulle **cure intensive** e su fasi limitate del decorso delle malattie, dove la criticità delle condizioni giustifica l'alto impegno di risorse scientifiche, professionali ed economiche.

I professionisti più specializzati e le tecnologie più costose vanno però gestiti al meglio delle loro potenzialità, spostando ad altri livelli ciò che non ha le stesse esigenze.

I pazienti che possono essere gestiti o con accessi limitati agli ospedali (cure ambulatoriali o giornaliere) o presso strutture non dotate di alte tecnologie e cure intensive (residenze sanitarie, strutture protette, assistenza domiciliare) devono trovare in tali sedi la risposta ai loro bisogni.

Ottimizzazione, in questi casi, significa che trattamenti specialistici di alta qualificazione devono essere riservati solo ai **casi più complessi**, utilizzando le tecnologie appropriate, per tempi limitati, in modo da lasciare spazio ad altri pazienti che presentano gli stessi problemi (equità).

Questa impostazione deriva soprattutto dalla constatazione che mantenere una struttura ospedaliera ha dei costi elevatissimi, che devono essere rapportati all'effettivo vantaggio dell'utilizzo di questa forma di erogazione dell'assistenza. Vi sono poi anche problemi di **competenza**, perché concentrare l'esperienza dei professionisti sui casi complessi, significa qualificarne ed aggiornarne continuamente il repertorio di conoscenze, e quindi garantire i migliori risultati nei casi più critici.

Con una nota esemplificazione, pensare di risolvere tutti i problemi di salute dei cittadini basandosi sull'ospedale, è come pretendere di avere a disposizione un autocarro per fare la spesa quotidiana dal salumiere o dal fornaio. Per questo tipo di necessità, consideriamo normale andare a piedi, o in bicicletta, o al massimo in automobile, e utilizzare invece l'autocarro in quei rari casi della nostra vita in cui, ad esempio, dobbiamo fare un trasloco.

L'utilizzo dell'ospedale o delle altre forme di assistenza sanitaria deve essere visto nella stessa logica: è opportuno utilizzare il servizio che meglio si presta alla specifica esigenza che abbiamo di fronte. Prima ancora di fare raffinate analisi di economicità (costo dell'autocarro), qualunque persona si fermerebbe al semplice buon senso.

D'altra parte, la medicina è oggi in grado di **curare sempre di più**, ma **non sempre di guarire**: persone con problemi di dialisi, cardiopatia, diabete, tumore, fino a pochi anni fa avevano una aspettativa di vita estremamente limitata. In questi casi, però, a fronte dei successi conseguiti in termini di durata e qualità della vita, è necessario prevedere una tipologia di assistenza diversa, prolungata, che ha bisogno non solo di assistenza in regime di degenza.

E' necessario, in quest'ottica, riorganizzare il sistema delle cure in modo che ogni soggetto erogatore di prestazioni si faccia carico di specifiche fasi dell'assistenza, in una **prospettiva di sistema** e di corretto collegamento e collaborazione con gli altri erogatori del territorio di appartenenza.

Serve pertanto un cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale ed una profonda integrazione dello stesso nella più ampia rete dei servizi sul territorio.

L'**uso dei servizi ospedalieri** si modifica rispetto a quello abitualmente prevalente: l'ospedalizzazione tradizionale, con accesso seguito da un periodo di degenza che conclude l'episodio assistenziale, non è più, ad esempio, la risposta adatta per i pazienti portatori di patologie croniche.

Il day-hospital, l'ospedalizzazione saltuaria per controllare il paziente ed aiutare la famiglia a sostenere il peso dell'assistenza, l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza domiciliare integrata, in un continuum assistenziale, con i servizi sanitari che sostengono la persona nel proprio ambito di vita, saranno le forme assistenziali da sviluppare maggiormente.

Occorre da un lato concentrare nell'ospedale le **terapie complesse** e le alte tecnologie e, dall'altro, potenziare le strutture territoriali dedicate alla diagnosi, alla prevenzione, ai controlli ed alla presa in carico delle cronicità.

Ciò significa sviluppare ulteriormente la **rete dei servizi territoriali**, differenziandoli a loro volta per complessità e tipologia di assistenza, per assistere tutti i pazienti che non sono più assegnati in carico all'ospedale.

Questa evoluzione pone evidentemente **problemi** di ordine strutturale ed organizzativo, ma anche di ordine culturale, in quanto le conoscenze degli operatori (medici, infermieri, ecc.) non possono più essere limitate ai soli percorsi diagnostico-terapeutici della fase acuta, ma devono essere estesi ai progetti assistenziali e riabilitativi di lunga durata, o "di vita".

D'altro canto questa evoluzione comporta anche che l'ospedale deve essere sempre più in grado di rispondere a situazioni critiche in tempi rapidi, perché, in termini percentuali, vedrà quote sempre maggiori di pazienti complessi, che dovrà gestire rapidamente attraverso percorsi diagnostico-terapeutici definiti e concordati, utilizzando al meglio le tecnologie ed i professionisti, in forma coordinata ed integrata.

L'ottica con cui si intende affrontare tali argomenti e tali problematiche è quella di un sistema "**cittadino-centrico**" e non "ospedale-centrico", con un vero **collegamento in rete** di tutti i servizi socio-sanitari, a partire da un nuovo modello di ospedale, umanizzato, trasparente, collaborativo, aperto a tutti gli operatori ed alla collettività.

Non si possono peraltro trascurare i profondi cambiamenti in atto nella sanità, che conseguono ad una straordinaria evoluzione nelle tecnologie: dalla diagnostica per immagini, alle tecniche chirurgiche, anestesologiche e rianimatorie.

Il modello di ospedale che si prospetta è quindi rappresentato come una componente di un sistema di assistenza complesso e integrato, nell'ambito di una organizzazione a rete dei servizi. L'ospedale è nodo primario di questa rete,

senza la quale non è in grado di funzionare correttamente, venendo subissato da **richieste improprie** e soffocato dall'erogazione di prestazioni a bassa complessità, erogabili meglio, con minor disagio dei cittadini e a minor costo, in altre strutture del sistema.

Si tratta di un importante **cambiamento**, giustificato dalla necessità di soddisfare al meglio i bisogni del singolo cittadino malato e quelle della comunità che lo accoglie, e non di appagare tecnicismi o desiderata di medici, infermieri, dirigenti, gestori o politici, le cui esigenze vanno ovviamente tenute in conto, ma non devono mai prevaricare quelle delle persone che all'ospedale si rivolgono.

In altri termini occorre pensare all'ospedale dal punto di vista degli **utilizzatori**, e non più solo da quello degli addetti ai lavori: questa che sembra una considerazione ovvia, rappresenta in realtà una rivoluzione epocale assolutamente necessaria.

Si dovrà essere sempre più capaci di supportare il **bisogno formativo** degli operatori, per renderli più adeguati nel fornire assistenza sanitaria e di accogliere la persona nella sua globalità. Il **lavoro di equipe** e il rapporto con il paziente assumeranno sempre maggiore importanza, così come l'ambiente di vita della persona malata. I bisogni tenderanno ad essere sempre più differenziati e conseguentemente occorrerà sempre più personalizzare le risposte.

Questo nuovo approccio, per essere condotto con prospettive di successo, richiede che venga portato a compimento il processo di **ridefinizione strategica del ruolo dell'ospedale** nell'ambito del sistema delle cure.

Si ritiene a tal proposito che un riferimento fondamentale per la visione dell'ospedale di oggi e di domani sia rappresentato dal **decalogo di principi** elaborato dalla commissione ministeriale istituita dall'allora Ministro della sanità, prof. Umberto Veronesi, che viene di seguito riportato.

I	<b>umanizzazione</b>	<b>centralità della persona</b>
II	<b>urbanita'</b>	<b>integrazione con il territorio e la città</b>
III	<b>socialita'</b>	<b>appartenenza e solidarietà</b>
IV	<b>organizzazione</b>	<b>efficacia, efficienza e benessere percepito</b>
V	<b>interattività</b>	<b>completezza e continuità assistenziale</b>
VI	<b>appropriatezza</b>	<b>correttezza delle cure e dell'uso delle risorse</b>
VII	<b>affidabilità</b>	<b>sicurezza e tranquillità</b>
VIII	<b>innovazione</b>	<b>rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico e informatico</b>
IX	<b>ricerca</b>	<b>impulso all'approfondimento intellettuale e clinico-scientifico</b>
X	<b>formazione</b>	<b>aggiornamento professionale e culturale</b>

### 5.3.1 PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO E COMPETENZE DISTINTIVE DEGLI STABILIMENTI

Il presidio ospedaliero dell'Azienda usl di Imola è unico e articolato negli **stabilimenti di Imola e Castel San Pietro Terme**. Gli stabilimenti del presidio sono fra loro **complementari** ed integrati, in modo da evitare inutili e inefficienti duplicazioni di funzioni.

Il presidio si caratterizza per una dotazione di **funzioni** per acuti di area medica (cardiologia, gastroenterologia, geriatria, medicina d'urgenza, medicina generale, oncologia), di area chirurgica (chirurgia generale, oculistica, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, urologia), di area intensiva (rianimazione e terapia intensiva cardiologica) e di lungodegenza/riabilitazione estensiva.

Il presidio è integrato, al proprio interno, in senso **verticale**, secondo il principio della progressività delle cure (a bassa, media ed elevata intensità di assistenza), ed in senso **orizzontale**, con collegamenti fra le discipline e le competenze specialistiche distintive, ivi comprese quelle presenti sul territorio.

Dal punto di vista organizzativo il presidio riconosce come elemento fondamentale il **modello dipartimentale**, finalizzato a fornire una risposta assistenziale flessibile e adeguata a rispondere ai bisogni dei pazienti e della popolazione di riferimento. I dipartimenti ospedalieri sono quattro: internistico, chirurgico, emergenza e accettazione (dea) e dei servizi. Le **strutture** complesse e semplici che compongono i dipartimenti sono tra loro interdipendenti per omogeneità, affinità o per complementarietà e perseguono comuni finalità, pur mantenendo la loro **autonomia** per le specifiche competenze professionali in campo clinico ed assistenziale. Lo **scopo primario** dell'organizzazione dipartimentale è rappresentato da una coordinata azione di integrazione gestionale e funzionale delle risorse umane, strutturali, tecnologiche ed economiche assegnate, finalizzata ad una ottimale utilizzazione delle stesse ed al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Lo **stabilimento ospedaliero di Imola** rappresenta la sede elettiva per il trattamento dell'emergenza-urgenza. È sede delle cure ad elevata intensità assistenziale (terapie intensive e semi-intensive) e dei servizi di diagnosi e cura a più elevato grado di complessità (imaging TC, RM, immunoematologia e trasfusionale, anatomia patologica, laboratorio analisi, farmacia ospedaliera).

Lo **stabilimento ospedaliero di Castel San Pietro Terme** rappresenta la sede elettiva per le attività di chirurgia programmata a ciclo diurno o con breve ricorso alla ospedalizzazione, e per le cure long-term a bassa complessità (lungodegenza post-acuzie, riabilitazione estensiva, hospice).

Entrambi gli stabilimenti ospedalieri si pongono inoltre come elementi fortemente qualificanti l'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Per le funzioni e le discipline presenti, la condizione di **autosufficienza territoriale** rappresenta l'obiettivo della programmazione e dell'organizzazione dei servizi ospedalieri, unitamente alla garanzia dell'**equità di accesso** a servizi di qualità adeguata, con uno sviluppo in forma reticolare fortemente integrata con i servizi sul territorio.

### 5.3.2 AUTOSUFFICIENZA TERRITORIALE

Il concetto dell'autosufficienza è, come accennato in premessa, riferito alla **quantità ottimale di servizi** ospedalieri operanti in condizioni di efficienza, necessari per soddisfare localmente la domanda di assistenza della popolazione residente nel territorio dell'azienda usl. In questi termini rappresenta l'obiettivo e al tempo stesso l'**unità elementare** della programmazione attuativa locale.

L'autosufficienza è riferita alle **discipline** di larga diffusione: sono escluse le cosiddette alte specialità, la cui programmazione ricade sotto la responsabilità della regione (cardiochirurgia, neurochirurgia, trapianti, grandi ustionati, riabilitazione intensiva, traumi, cardiologia interventistica, coordinamento del sistema delle emergenze-urgenze, cure intensive perinatali).

L'ambito territoriale garante del soddisfacimento della domanda e dello sviluppo della programmazione è quello coincidente con il territorio del **circondario imolese**, comprendente i Comuni di Imola, Castel San Pietro Terme, Medicina, Dozza, Castel Guelfo, Mordano, Casalfiumanese, Borgo Tossignano, Fontanelice e Castel del Rio.

L'azienda sanitaria imolese tende a consolidare le condizioni di autosufficienza per tutte le specialità di cui è dotata, nel tentativo di governare la domanda in massima parte con le proprie strutture dell'offerta. Tende inoltre a ricercare l'**integrazione e l'efficacia dei servizi**, piuttosto che il continuo incremento delle prestazioni, ricusando atteggiamenti di competitività nel quasi-mercato sanitario.

All'ambito territoriale dell'Azienda usl di Imola sono attribuiti la responsabilità ed il diritto di poter soddisfare localmente la domanda espressa dalla popolazione residente, con la rilevante eccezione dei servizi di alta specialità.

La logica dell'autosufficienza prevede che all'interno della **rete dei servizi** siano garantite a tutti i cittadini, in condizioni di equità, le funzioni necessarie a soddisfare i loro bisogni assistenziali. Le modalità secondo le quali queste funzioni sono garantite tengono conto del fatto che, quando è possibile, sono i professionisti ad andare verso il cittadino e non viceversa; laddove risulta invece necessario, concentrare le funzioni, si garantiscono comunque condizioni di equo accesso, indipendentemente dal luogo di residenza .

I criteri fondamentali per definire operativamente il concetto di autosufficienza, oltre all'esplicitazione dell'ambito territoriale di riferimento, sono la definizione della **tipologia** e del **dimensionamento dei servizi** presenti, inclusivi dei fenomeni di mobilità che interessano la popolazione assistita.

Dal punto di vista tecnico per definire il dimensionamento e la tipologia dei servizi viene considerato il **mix di servizi presenti**, la capacità produttiva potenziale ed il livello di efficacia ed efficienza necessario perché sia assicurata a tutta la popolazione equità di accesso ai servizi di adeguata qualità.

I **criteri** che definiscono la configurazione della condizione di autosufficienza territoriale assecondano l'organicità degli interventi e traducono operativamente su scala locale gli orientamenti strategici relativi al miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei servizi, alla ottimizzazione d'uso delle risorse, alla organizzazione dei servizi e al miglioramento della qualità degli stessi.

La configurazione ed il dimensionamento risultanti da tale approccio vengono poi modulati coerentemente alla dinamica dei **fenomeni di mobilità** ed alle scelte strategiche relative agli stessi fenomeni.

Dal punto di vista quantitativo, il mix di servizi che concretizza la condizione di autosufficienza fa riferimento ad una tendenziale **dotazione di posti letto**, da trarre in modo progressivo, nel vincolo degli standard definiti dal piano sanitario regionale per l'assistenza ospedaliera, pari a **4 posti letto per acuti per 1.000 abitanti**, di cui almeno il 10% in regime diurno, e **0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la funzione di lungodegenza e riabilitazione estensiva**.

L'**indice di rotazione per posto letto** (che descrive la produttività dei posti letto esistenti a partire dalle condizioni standard di occupazione media e di durata media della degenza) rappresenta il parametro di riferimento per il governo della congruenza fra tasso di ricoveri ospedalieri programmati a livello aziendale e capacità produttiva potenziale.

Considerando come valori di riferimento ottimali per i posti letto ospedalieri una occupazione media percentuale dell'85% e una durata media di degenza complessiva di 6 giorni nel settore delle acuzie, del 95% e di 30 giorni per la lungodegenza e riabilitazione estensiva, una occupazione media percentuale del 170% nel settore del day hospital, i valori degli indici di rotazione utilizzati per definire la capacità produttiva necessaria per soddisfare i tassi di ricovero programmati sono di **44 ricoveri per posto letto nel settore per acuti** e di **17 ricoveri per posto letto** in quello della **lungodegenza riabilitativa e post-acuzie**.

### 5.3.3 CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO E CONSUMI OSPEDALIERI

La **popolazione residente** nei dieci comuni ricompresi nell'Azienda usl di Imola alla data del 31 dicembre 2002, secondo le risultanze anagrafiche, ammontava a **121.883 unità** (di cui 59.906 maschi e 61.977 femmine).

Nel corso del **2002** la popolazione residente è aumentata di 2.365 abitanti (+1,97%), con un saldo positivo che risulta il migliore degli ultimi trent'anni, e più del doppio di quello registrato nel 1998 e nel 1999, anni contraddistinti già da un cospicuo aumento della popolazione.

Il **numero dei nati** ammonta nel 2002 a 1.074 unità, in lieve aumento (+ 0,7%) rispetto all'anno precedente. Tale dato si conferma su livelli analoghi a quelli raggiunti negli ultimi anni. Il **saldo migratorio** registra invece un significativo segno positivo (+ 2.606 unità) migliorando sensibilmente il dato già in crescita degli ultimi anni.

Il lieve incremento delle nascite e la sostanziale stabilità del numero delle morti (1.315 nel 2002) determinano un saldo naturale che è ancora una volta negativo (- 241 unità), ma di entità più contenuta rispetto a quello registrato nel 2001 e nell'intero ventennio precedente.

Questi andamenti sono accompagnati da un assestamento del **tasso di natalità** (il numero di nati ogni 1.000 residenti), pari all' 8,8 per mille nel 2002 - contro l' 8,9 per mille del 2001 - e da un lieve ripiegamento di circa mezzo punto del quoziente generico di fecondità (il rapporto fra numero dei nati e consistenza delle donne in età compresa fra i 15 ed i 49 anni) ora prossimo ai 39 nati ogni 1.000 donne in età feconda.

La sostanziale stabilità del **numero di morti**, a fronte dell'incremento della popolazione, ha determinato una lieve diminuzione del quoziente generico di mortalità, che scende a 10,7 morti ogni 1.000 residenti rispetto al 10,9 per mille dei due anni precedenti.

Il segno positivo assunto a partire dal 1973 dalla **dinamica migratoria** ha contribuito in misura decisiva ad incrementare l'ammontare della popolazione.

Il **saldo migratorio** dello scorso anno deriva da un numero comunque molto elevato di immigrati (5.322 unità) e da un flusso in uscita dal nostro territorio più contenuto (2.716 unità).

In sintonia con gli andamenti regionali, la crescita dei residenti con **cittadinanza straniera** è proseguita anche nel 2002. Alla fine dello scorso anno i residenti stranieri iscritti in anagrafe hanno raggiunto le 3.580 unità (+ 323 unità; + 9,1% rispetto al 2001) e rappresentano ormai il **3% dell'intera popolazione**.

Il ritmo di crescita più accentuato ha riguardato ancora una volta la componente femminile, che rappresenta ormai il 48,9% della popolazione straniera.

Marocco (1.169 unità) e Albania (480) sono i due paesi dai quali provengono le rappresentanze più numerose. Fra le altre realtà con presenze consistenti si trovano sia quelle ormai consolidate - Cina (109 unità), Romania (120) e Tunisia (357) - sia quelle che sono andate lentamente rafforzandosi negli anni più recenti - Pakistan (135) e Serbia-Montenegro (96).

Quanto appena detto non deve far comunque trascurare l'altra importante caratteristica della nostra popolazione, ossia il **grado di invecchiamento**. Tale processo è solo parzialmente rallentato dalle tendenze più recenti. Ciò è quanto si desume dall'andamento degli indicatori abitualmente utilizzati per descrivere il fenomeno. L'indice di vecchiaia (numero di anziani ogni 100 giovani) è diminuito ancora lievemente, passando fra il 2001 ed il 2002 da 179,2 a 176,8, confermando il calo già manifestatosi anche l'anno precedente.

Gli **ultrasessantacinquenni** continuano tuttavia a rappresentare poco meno di un quarto (22,3%) della popolazione dell'intera area. Oltre un residente ogni dieci ha superato la soglia dei 75 anni, mentre i grandi anziani **ultraottantacinquenni** rappresentano quasi il 3% della popolazione.

L'impatto delle variabili socio-demografiche sui costi della assistenza ospedaliera rappresenta una delle principali incognite del nostro sistema sanitario.

L'assunzione che l'**invecchiamento della popolazione** comporti ineluttabilmente un aumento dei costi dell'assistenza ospedaliera è tuttavia ingiustificata per almeno due motivi. In primo luogo, l'aumento della proporzione di soggetti anziani in una popolazione non si accompagna necessariamente ad un aumento della frequenza e/o della durata e/o della gravità della disabilità dei suoi soggetti. In secondo luogo, proiettare nel futuro il costo dei servizi ospedalieri attualmente resi agli anziani non tiene conto delle profonde trasformazioni in corso sulle modalità di assistenza alla popolazione anziana quanto a tipologia dei servizi e a forme di intervento.

La semplice trasposizione nel futuro degli attuali costi dell'assistenza erogata ad una popolazione anziana con gli attuali livelli di disabilità secondo forme e modelli organizzativi dei servizi destinati ad una rapida trasformazione tende quindi a sovrastimare il futuro fabbisogno finanziario. Queste considerazioni sono applicabili in particolare in una realtà come la nostra che ha fortemente privilegiato le politiche di prevenzione e di promozione della autosufficienza nella popolazione anziana, gode di un robusto tessuto sociale, ricco di associazioni di volontariato, ed è particolarmente impegnata nella diffusione di forme innovative di assistenza.

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

L'**utilizzo dei servizi ospedalieri** da parte della popolazione residente è complessivamente in linea con il livello di consumo regionale (tabella I), pur registrandosi un eccesso di spedalizzazione in **regime ordinario**, anche dopo aver eliminato le differenze nella composizione per età della popolazione, cioè confrontando tassi standardizzati.

Complessivamente, i nostri assistiti consumano ogni anno oltre **20.000 ricoveri ospedalieri** in regime ordinario e in day hospital e circa **1.200.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali**.

L'andamento dei tassi di ricovero in ospedali per acuti ha tuttavia subito una netta flessione fra il 1999 ed il 2001, con una riduzione in valore assoluto di oltre 1.500 ricoveri.

E' rimasta pressoché invariata la proporzione di **ricoveri** di cittadini imolesi in strutture ospedaliere **extraregionali** (che contribuisce al tasso complessivo di ricovero per circa **5 punti**), così come la quota di ricoveri in **strutture private accreditate** (che contribuisce al tasso di ricovero complessivo per oltre **16 punti** per 1.000 residenti). In aumento invece la frequenza di accessi in day hospital (una forma di assistenza incentivata dalle politiche regionali rispetto alla degenza tradizionale) che ha contribuito nel 2002 per un ulteriore 36 % al tasso di utilizzazione dell'ospedale.

Considerando assieme i ricoveri a ciclo continuo e a ciclo diurno e l'occorrenza delle medesime ospedalizzazioni nelle diverse fasce di età della popolazione residente, si osserva, rispetto ai valori di riferimento regionali, un **eccesso di ricovero** nelle fasce di età pediatriche 0-1 e 5-14 e fra gli ultraottantacinquenni (tabella II).

Il **livello di dipendenza** della popolazione imolese dalla propria struttura ospedaliera ha raggiunto nel 2002 un valore superiore al **70%**, dato che rappresenta la migliore performance su scala regionale, in termini di autosufficienza (tabella III). I dati riportati, consentono di affermare che le **politiche di intervento** di rimodulazione dell'offerta ospedaliera, di aumento di servizi alternativi domiciliari in strutture residenziali, di razionalizzazione della produzione, di definizione di piani di attività programmati fra aziende territoriali ed erogatori pubblici e privati hanno verosimilmente incominciato a manifestare i loro effetti.

La persistenza di un elevato livello di ricorso all'ospedale non deve peraltro indurre a tralasciare gli interventi programmati di razionalizzazione della rete, con riferimento particolare a due ordini di **problemi**:

- i consumi ospedalieri dipendono fortemente dai livelli di offerta locale, chiamando quindi in causa la programmazione attuativa locale e le sue azioni di riequilibrio territoriale;
- l'integrazione fra servizi ospedalieri, le forme alternative di assistenza territoriale e l'appropriatezza clinica nella utilizzazione delle risorse disponibili non sono ancora compiutamente tragguardate e rappresentano le ulteriori aree di intervento della programmazione e della gestione locale.

**TABELLA 1 - TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATI PER ETA' - ANNO 2002**

Az. USL di residenza	PUBBLICO (R.E.R.)					PRIVATO (R.E.R.)					MOBILITA' PASSIVA EXTRAREG. 2002					TOTALE				
	Ord.	Day Hospital			Tot.	Ord.	Day Hospital			Tot.	Ord.	Day Hospital			Tot.	Ord.	Day Hospital			Tot.
		Med.	Chir.	Tot.DH			Med.	Chir.	Tot.DH			Med.	Chir.	Tot.DH			Med.	Chir.	Tot.DH	
PIACENZA	102,55	28,40	22,81	51,21	153,76	17,36	0,98	3,42	4,40	21,75	28,20	6,60	6,84	13,45	41,65	148,11	35,98	33,07	69,05	217,16
PARMA	107,64	24,79	19,14	43,93	151,58	20,70	1,71	9,78	11,49	32,19	11,29	2,45	2,30	4,76	16,04	139,63	28,96	31,22	60,18	199,81
REGGIO EMILIA	118,08	33,92	29,88	63,80	181,88	10,37	0,29	4,84	5,13	15,50	7,74	1,16	0,90	2,06	9,80	136,18	35,37	35,62	70,99	207,17
MODENA	120,72	22,55	24,16	46,71	167,42	14,51	0,84	6,13	6,97	21,48	7,97	1,30	0,81	2,11	10,08	143,20	24,68	31,10	55,78	198,98
BOLOGNA SUD	122,85	16,55	19,60	36,15	159,00	20,46	0,64	8,95	9,59	30,05	3,58	0,65	0,44	1,09	4,66	146,89	17,83	28,99	46,82	193,71
IMOLA	<b>127,49</b>	<b>21,48</b>	<b>15,27</b>	<b>36,75</b>	<b>164,24</b>	<b>12,53</b>	<b>0,79</b>	<b>3,18</b>	<b>3,97</b>	<b>16,50</b>	<b>4,25</b>	<b>0,50</b>	<b>0,29</b>	<b>0,79</b>	<b>5,04</b>	<b>144,27</b>	<b>22,78</b>	<b>18,73</b>	<b>41,51</b>	<b>185,78</b>
BOLOGNA NORD	125,10	22,12	26,96	49,08	174,19	8,93	0,36	5,63	5,99	14,92	2,92	0,53	0,31	0,84	3,76	136,95	23,01	32,91	55,92	192,87
BOLOGNA CITTA'	117,28	21,54	18,16	39,70	156,98	24,25	0,55	9,59	10,14	34,40	6,05	1,06	0,70	1,75	7,80	147,58	23,15	28,45	51,60	199,18
AREA METROPOLITANA	121,38	20,38	19,99	40,37	161,75	18,90	0,56	7,95	8,52	27,42	4,51	0,77	0,50	1,26	5,77	144,79	21,71	28,43	50,15	194,94
FERRARA	123,57	29,26	37,26	66,52	190,09	12,77	0,22	3,40	3,62	16,39	13,23	2,24	2,22	4,47	17,70	149,58	31,73	42,88	74,60	224,18
RAVENNA	110,22	23,80	22,11	45,90	156,12	21,86	0,44	8,73	9,17	31,03	4,53	0,76	0,47	1,23	5,76	136,61	25,00	31,30	56,30	192,91
FORLI'	115,85	15,43	14,40	29,82	145,67	26,25	2,33	11,16	13,49	39,74	4,42	0,88	0,34	1,21	5,63	146,52	18,63	25,90	44,53	191,05
CESENA	103,54	20,49	21,23	41,72	145,26	32,73	1,35	10,90	12,25	44,99	5,44	0,94	0,56	1,49	6,93	141,71	22,78	32,68	55,47	197,18
RIMINI	111,94	23,47	18,87	42,33	154,27	18,23	0,84	9,37	10,21	28,44	9,33	1,56	1,22	2,79	12,12	139,50	25,87	29,45	55,32	194,82
<b>TOTALE</b>	<b>115,67</b>	<b>24,29</b>	<b>23,28</b>	<b>47,57</b>	<b>163,23</b>	<b>17,96</b>	<b>0,81</b>	<b>7,20</b>	<b>8,01</b>	<b>25,97</b>	<b>8,84</b>	<b>1,65</b>	<b>1,39</b>	<b>3,04</b>	<b>11,89</b>	<b>142,47</b>	<b>26,75</b>	<b>31,88</b>	<b>58,63</b>	<b>201,10</b>

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale.

**TABELLA 2 - TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER CLASSI DI ETA' - ANNO 2002**  
**Ospedali pubblici e privati, regime ordinario e day hospital**

Az. USL di residenza	Età del paziente								
	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	> 84	TOT
PIACENZA	458,02	130,06	74,03	135,27	197,18	379,43	516,90	568,29	226,97
PARMA	392,52	146,67	78,64	130,44	186,53	330,17	432,62	530,31	204,56
REGGIO EMILIA	387,73	134,58	72,77	132,50	196,22	347,91	458,49	546,34	203,19
MODENA	329,06	111,09	62,14	122,58	185,59	341,11	468,15	558,75	194,83
BOLOGNA SUD	302,80	122,11	77,32	118,89	171,91	321,25	470,76	613,21	192,35
IMOLA	<b>495,15</b>	<b>118,23</b>	<b>86,37</b>	<b>126,87</b>	<b>163,04</b>	<b>289,09</b>	<b>385,15</b>	<b>585,62</b>	<b>188,41</b>
BOLOGNA NORD	405,76	124,75	75,72	122,98	173,30	322,55	438,71	554,16	191,43
BOLOGNA CITTA'	387,93	133,80	80,68	125,91	177,36	331,69	469,36	620,49	217,98
AREA METROPOLITANA	380,24	126,29	79,29	123,46	173,38	322,51	454,83	602,47	202,01
FERRARA	393,00	130,01	81,93	138,04	208,17	384,66	515,44	633,80	235,71
RAVENNA	363,32	129,30	70,09	122,74	169,69	317,89	459,95	586,67	201,09
FORLI'	417,67	137,08	69,14	116,34	172,42	325,05	458,66	546,79	198,53
CESENA	422,09	141,10	75,92	121,73	168,57	325,70	473,58	644,72	192,03
RIMINI	292,05	98,43	67,26	122,43	165,68	326,50	494,94	621,09	188,06
TOTALE	374,48	126,50	72,99	126,52	182,71	338,85	468,80	580,58	204,14

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale.

**TABELLA 3 - INDICE DI DIPENDENZA DELLA POPOLAZIONE DALL' OSPEDALE**  
**Regime ordinario e day hospital - Anno 2002**

Az. USL di residenza	Stessa Azienda		AOSP	Totale	Altre RER		Extra RER	TOTALE
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
PIACENZA	64,61	9,29	0,00	73,89	6,24	1,11	18,76	100,00
PARMA	16,30	15,39	54,41	86,11	5,17	0,84	7,89	100,00
REGGIO EMILIA	35,13	4,97	43,55	83,64	9,15	2,41	4,79	100,00
MODENA	46,20	9,06	31,18	86,44	6,80	1,61	5,15	100,00
BOLOGNA SUD	19,22	5,25	26,99	51,46	35,94	10,18	2,42	100,00
IMOLA	<b>70,06</b>	<b>0,00</b>	<b>7,54</b>	<b>77,60</b>	<b>11,10</b>	<b>8,66</b>	<b>2,64</b>	<b>100,00</b>
BOLOGNA NORD	50,91	0,00	15,58	66,49	23,85	7,69	1,96	100,00
BOLOGNA CITTA'	28,09	14,74	42,16	84,99	8,49	2,99	3,53	100,00
AREA METROPOLITANA	46,85	12,25	29,14	88,25	7,05	1,87	2,84	100,00
FERRARA	33,16	5,19	44,97	83,32	6,54	2,38	7,76	100,00
RAVENNA	68,04	13,04	0,00	81,08	13,01	3,06	2,85	100,00
FORLI'	62,97	15,26	0,00	78,23	13,25	5,67	2,85	100,00
CESENA	62,13	16,96	0,00	79,09	11,90	5,42	3,59	100,00
RIMINI	69,25	11,05	0,00	80,30	9,99	3,30	6,41	100,00
TOTALE REGIONE	44,23	9,63	26,19	80,05	10,80	3,31	5,83	100,00

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale.

#### 5.3.4 FLESSIBILITÀ NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE

Uno degli elementi che più mettono in discussione l'immagine del presidio ospedaliero è dato dal fenomeno della  **saturazione della disponibilità di posti letto** , che si concentra in modo più o meno occasionale in alcuni periodi dell'anno. Il  **governo**  e il controllo di tale fenomeno chiama in causa la necessità di garantire il miglior utilizzo dei posti letto, modificando in qualche modo il tradizionale approccio empirico che tende a non superare gli elementi di criticità e rigidità intrinseci alla attività in regime di ricovero e ad avere difficoltà nel rispondere alle fluttuazioni della domanda, introducendo  **elementi innovativi**  nella attività di programmazione dell'utilizzo delle risorse ospedaliere.

L' **appropriatezza**  dei ricoveri e delle giornate di degenza risulta correlata al livello di tempestività e coordinamento nella gestione delle risorse ospedaliere: posti letto, sale operatorie e strumenti diagnostico-terapeutici. Ulteriore elemento è costituito dalla necessità di coordinare al meglio l'intero percorso del paziente, fasi pre e post ricovero comprese.

L'azienda sarà impegnata ad introdurre  **modalità di gestione**  delle risorse intraospedaliere basate su una analisi sistematica della realtà e su strumenti e pratiche programmatiche esplicitamente miranti ad evitare fenomeni di  **sovraffollamento**  o  **sottoutilizzo**  delle strutture, che agiscono a partire dalla fase di programmazione dell'accesso, ivi comprese le ammissioni non programmate analizzate sulla base dei dati storici, fino alla dimissione del paziente, prevedendo una forte integrazione e sussidiarietà con le risorse territoriali e la rete ospedaliera privata.

L' **integrazione con il territorio**  passa anche attraverso il miglioramento delle risposte diagnostiche nei percorsi ambulatoriali urgenti, ed il potenziamento delle attività di consulenza specialistica nella rete delle strutture residenziali e semiresidenziali. L' **integrazione con l'ospedalità privata**  potrà comportare un coinvolgimento degli ospedali privati accreditati nella risposta all'urgenza medica di medio-bassa complessità, in termini di disponibilità recettiva nei periodi dell'anno contraddistinti da maggior pressione.

La  **rimodulazione**  dei posti letto del presidio ospedaliero di Imola, attesa al termine del periodo di vigenza del PAL, rappresenta comunque di per sé un misura che tenderà a ridurre i fenomeni di sovraffollamento, per effetto dell'incremento della capacità ricettiva complessiva.

La  **variabilità**  dei flussi di ricovero, connessa con la variabilità biologica della occorrenza di malattia (incremento della traumatologia nella stagione estiva, incremento delle patologie respiratorie nella stagione invernale, ecc.) sono peraltro fenomeni non congiunturali, e come tali devono essere affrontati, anche in termini di adeguamento stagionale dei posti letto.

Sulla base degli andamenti recenti dei  **flussi di ricovero**  nella nostra realtà, si è osservato che esiste uno  **scarto di oltre 50 unità**  fra la presenza media giornaliera nei periodi di massimo afflusso all'ospedale ed i momenti di minore utilizzo.

Quanto sopra rende pertanto ragione alle misure che sono state anche di recente adottate, in ordine alla introduzione di  **meccanismi di flessibilità**  nella gestione delle risorse umane, strutturali (spazi, posti letto) e strumentali, in coerenza con le variazioni stagionali nella domanda di ricovero.

Si ritiene pertanto che, in relazione agli andamenti temporali della domanda di ricovero, la dotazione dei posti letto ospedalieri debba continuare ad essere stagionalmente adattata al livello di bisogno di assistenza, ferma restando la massima ricerca dell'appropriatezza: l'utilizzo del ricovero va riservato a quelle condizioni di severità e di complessità che lo giustifica pienamente e le prestazioni rese devono sempre corrispondere alle reali necessità dei pazienti.

### 5.3.5 EMERGENZA TERRITORIALE

L'esito di una emergenza sanitaria che si verifica sul territorio viene significativamente influenzato dai **tempi di soccorso** sanitario. Ciò è vero in particolare per alcuni quadri clinici quali i traumi gravi e le emergenze cardiologiche. Sulla base di queste considerazioni appaiono un ragionevole riferimento programmatico i **tempi standard di intervento** del soccorso extraospedaliero indicati dalla normativa nazionale. La programmazione operativa intende assumere tali standard come obiettivo, tenendo altresì conto delle caratteristiche territoriali e delle risorse disponibili.

I tempi di intervento sul territorio complessivi, dalla chiamata, sono fissati, ai fini della programmazione, come segue: entro 8 minuti nelle aree urbane, entro 15 minuti nelle aree extraurbane prossimali, entro 20 minuti nelle aree extra urbane distali. Tali parametri sono inoltre i riferimenti per la dislocazione quali-quantitativa delle postazioni sul territorio.

Le **aree urbane** sono identificate negli aggregati di popolazione non inferiore ai 25.000 abitanti: a queste possono essere aggiunte le aree poste in prossimità di una postazione di emergenza che siano di norma raggiungibili in tempi brevi dai mezzi di soccorso.

Sulla base di tali criteri è compito della centrale operativa provinciale 118 di provvedere a **mappare il territorio** in specifici settori, con i relativi tempi di intervento, individuando e descrivendo eventuali zone critiche che richiedano o tempi di intervento più lunghi o una diversa dislocazione dei mezzi.

Al di là della necessità di tenere sotto controllo ogni singolo superamento della soglia fissata mediante audit, si considera ottimale un **livello di performance** tendenziale che preveda il rispetto dei tempi per i **codici rossi nel 95%** degli interventi, con superamenti che non vadano oltre al 50% del tempo previsto.

Il bacino d'utenza dell'Azienda usl di Imola è contraddistinto dalla presenza di aree urbane, suburbane prossimali e rurali. Vi è attualmente una distribuzione dei mezzi con tempi di intervento solo in alcuni casi "fuori" standard, ma compensati da una elevata percentuale di medicalizzazione degli interventi; in generale si incontra una **limitata presenza di aree con criticità** nei tempi di intervento.

Sul nostro territorio non si individua pertanto la necessità di effettuare interventi riorganizzativi di particolare rilevanza, sono esclusivamente ipotizzabili **interventi di riequilibrio** delle risorse all'interno all'area e comunque limitati ad aspetti locali del sistema. In quest'ambito rientra la ridefinizione dell'ambito di intervento del mezzo di soccorso presente nel territorio del Comune di Medicina, che potrà consentire di ottimizzare i tempi di intervento nella zona di pianura nord.

Sempre ai fini programmatici, oltre al rispetto degli standards temporali, occorrerà prendere in considerazione anche altri elementi (disponibilità di mezzi con infermiere professionale, con medico, con soccorritore, manovre eseguite, dati di mortalità) che consentano in qualche modo di valutare processo ed esito delle attività assistenziali.

L'esigenza di considerare l'apparato del 118 come un sistema in grado di erogare prestazioni assistenziali anche ad elevata complessità, richiede che si tenga conto, oltre che della variabile tempo di intervento, anche di altre variabili che consentano valutare il sistema per quello che ha prodotto in termini di processo e per ciò che ha prodotto in termini di effettivo guadagno di salute.

Questi obiettivi saranno perseguiti anche attraverso la responsabilità affidata alla nostra AUSL di **supervisione delle attività** della centrale operativa 118 di Bologna, che si tradurrà nel lavoro svolto da un board di professionisti esperti, cui è attribuito il mandato di monitorare le attività del sistema territoriale di soccorso e di proporre azioni di miglioramento.

L'Azienda usl di Imola si impegna inoltre a sostenere e promuovere il **progetto pronto blu**, rivolto a diffondere la pratica della defibrillazione precoce nella comunità, con interventi a favore della popolazione basati sul contributo offerto da personale non sanitario opportunamente addestrato, al fine di affrontare al meglio il grande tema della morte cardiaca improvvisa.

Sarà data realizzazione a quanto previsto dai documenti di programmazione regionale relativi all'emergenza territoriale, per le parti riguardanti lo sviluppo dell'integrazione fra le varie componenti del soccorso/assistenza in emergenza e del governo clinico.

Il settore dell'emergenza-urgenza sarà infine chiamato a dare attuazione ai protocolli di **centralizzazione dei pazienti** sviluppati nell'ambito del sistema integrato di assistenza ai traumi (siat) che fa capo al presidio ospedaliero dell'Ausl di Bologna, e dovrà rivedere i protocolli per i **trasporti primari e secondari**, allo scopo di massimizzare l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

### 5.3.6 PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA

Il pronto soccorso di Imola si caratterizza come **pronto soccorso generale**, con una competenza allargata sia a patologie tradizionalmente a valenza internistica, che traumatologiche e chirurgiche, non abbisognavoli di interventi chirurgici d'urgenza.

Le attività di pronto soccorso costituiscono uno dei punti cardine dell'organizzazione sanitaria: per contrastare la tendenza ad un **incremento costante** del numero degli accessi al servizio, in particolare per quadri clinici che sarebbero più appropriatamente trattati a livello territoriale, l'azienda sanitaria intende mettere in campo le azioni di cui al "**progetto di miglioramento dell'assistenza in pronto soccorso**" riportato per esteso in allegato.

Si ritiene che tali indirizzi debbano essere portati a sistema nell'arco di un triennio, in modo da costituire una vera rete di risposta alternativa al pronto soccorso, utilizzando al meglio le diverse opportunità già praticabili ed eventualmente sviluppando ulteriori esperienze pilota.

Sono di seguito sinteticamente riportati gli indirizzi programmatori riguardanti direttamente il presidio ospedaliero.

Per migliorare l'**appropriatezza d'uso** del servizio occorre innanzi tutto recuperare e dare piena attuazione alla **mission** del pronto soccorso, che è rappresentata dall'espletamento delle funzioni di assistenza di primo supporto e di prima stabilizzazione delle funzioni vitali, di esecuzione dei primi accertamenti diagnostici, di osservazione temporanea e di filtro al ricovero in urgenza.

Parallelamente il pronto soccorso dovrà ulteriormente sviluppare la **funzione di filtro** sui ricoveri, e, più in generale, l'attivazione di percorsi più appropriati ed alternativi al ricovero.

In tale ambito sarà fondamentale dare ulteriore sviluppo alle esperienze che già si stanno affermando, quali strumenti per potenziare la funzione di filtro del pronto soccorso, come la funzione di **osservazione breve intensiva**. Sarà valutato criticamente il modello adottato, al fine di adeguarlo alle emanande disposizioni regionali in materia e di rendere più efficace e specifica la sua azione.

L'osservazione breve intensiva è una attività assistenziale finalizzata alla valutazione e al trattamento dei pazienti ad alta complessità e/o ad alta criticità, che necessitano di una breve osservazione e/o trattamento (di norma non inferiore alle 6 e non superiore alle 24 ore) al fine di pervenire ad un giudizio esaustivo e rafforzare le cosiddette "capacità di filtro al ricovero", senza aumentare l'offerta di servizi sanitari e quindi senza posti letto aggiuntivi. Gli obiettivi dell'osservazione sono rappresentati dalla valutazione diagnostica, dall'osservazione longitudinale e dalla terapia a breve termine di patologie urgenti e dal miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri.

Si prevede inoltre di raffinare ulteriormente le tecniche di **triage infermieristico**, con una revisione critica delle modalità di classificazione della casistica. Anche in relazione alle modifiche apportate alle modalità di partecipazione alla spesa per le attività di pronto soccorso, saranno avviati percorsi interni di validazione e verifica delle modalità di classificazione degli accessi secondo la metodica del triage, al fine di garantire al meglio l'equità di trattamento dei cittadini.

Saranno rivisitati i protocolli per il **passaggio in cura** dei pazienti in pediatria, ortopedia, ginecologia e oculistica, con il concorso degli specialisti interessati, al fine di allentare la congestione delle divisioni specialistiche e migliorare l'appropriatezza.

Sempre con il concorso dei professionisti interessati saranno rivisti i percorsi di accesso alle **prestazioni dei servizi intermedi**, in particolare quelle radiologiche, allo scopo di migliorare l'appropriatezza delle richieste: ciò riguarderà soprattutto le prestazioni TAC in emergenza e la diagnostica convenzionale a bassa priorità.

La **medicina d'urgenza** è strutturata in posti letto ordinari di degenza breve (degenza media di norma sino a 3 giorni), dovrà dedicarsi al trattamento delle fasi acute di malattia e al relativo inquadramento diagnostico. In questa sede saranno collocati alcuni letti con monitoraggio intensivo, non a valenza rianimatoria, per la gestione di pazienti critici ed emodinamicamente instabili, per un rapido trattamento ed inquadramento diagnostico in emergenza.

Alla medicina d'urgenza dovranno accedere, su richiesta dei medici dell'emergenza, gli specialisti, secondo precisi protocolli e linee-guida. Saranno svolte funzioni di monitoraggio/stabilizzazione/trattamento della fase acuta di malattia, attività diagnostiche e terapeutiche rivolte a pazienti non immediatamente inquadrabili in senso specialistico ed attività rivolte a patologie risolvibili in un ordine di tempo compatibile con la succitata durata media della degenza.

### 5.3.7 CARDIOLOGIA

La **cardiologia** sarà dotata al proprio interno di una unità di **terapia intensiva coronarica** (utic), con il riconoscimento di uno specifico ambito di autonomia e responsabilità di 4 posti letto. Gli obiettivi prioritari di questa funzione, comuni a tutto il dipartimento di emergenza, saranno rappresentati dalla ottimizzazione dell'assistenza al paziente cardiopatico acuto, dove il risultato prioritario è rappresentato dall'annullamento del **ritardo evitabile** nel soccorso all'attacco cardiaco/infarto miocardico acuto, e dal miglioramento della tempestività di accesso alle cure per le urgenze cardiocirurgiche e per la cardiologia interventistica.

Una particolare attenzione sarà riservata ai percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con **sindrome coronarica acuta**, che devono essere trattati con criteri di urgenza. Per queste forme cliniche risulta fondamentale lo **studio**

**coronarografico** con eventuale angioplastica. Tenendo conto delle indicazioni appropriate, sarà attivata una efficiente rete assistenziale con la possibilità di un adeguato accesso ai laboratori di emodinamica dei centri di riferimento (hub) da parte della unità operativa di cardiologia del nostro ospedale (spoke), nei tempi opportuni per la patologia in oggetto. Nella prima fase ciò riguarderà prevalentemente le problematiche dell'**infarto miocardico acuto**, per il quale è richiesto un salto di qualità organizzativa in considerazione delle nuove opportunità di trattamento (in particolare l'angioplastica primaria).

L'**angioplastica primaria** rappresenta il trattamento elettivo per tutti i pazienti con infarto miocardico acuto, se può essere eseguita **tempestivamente** in un centro ad alta attività, con possibilità di accesso nelle 24 ore per 7/7 giorni la settimana, e con adeguata esperienza nella gestione di questi eventi.

In considerazione dei problemi logistici e organizzativi, con lunghi tempi di trasferimento per i pazienti lontani dai centri con laboratorio di emodinamica, anche l'uso di **farmaci trombolitici** manterrà la propria validità terapeutica, specie nei pazienti che possono essere trattati nelle prime ore dall'insorgenza dell'infarto.

L'angioplastica sarà riservata in particolare ai **pazienti ad alto rischio**, per i quali sarà compiuto uno sforzo organizzativo teso ad estendere progressivamente questo tipo di trattamento riducendo i tempi di diagnosi e trasferimento presso i centri di emodinamica idonei. I restanti pazienti potranno essere avviati alla trombolisi, a breve distanza di tempo dall'inizio della sintomatologia, per cui anche per tale metodica saranno anticipati i tempi di diagnosi e trattamento, puntando anche sui **trattamenti preospedalieri**.

L'unità operativa provvederà ad assicurare **assistenza** per le emergenze-urgenze cardiologiche in regime di degenza, attività di ricovero ordinario o day hospital, diagnostica cardiologica ambulatoriale e per degenti (ecocardiografia, ergometria, holter, elettrofisiologia), gestione a lungo termine del cardiopatico ad alto rischio (prevenzione secondaria, valutazione clinico-strumentale periodica), con funzioni integrate con l'attività distrettuale.

Nell'arco temporale di cui al presente piano, si porrà particolare attenzione alla ridefinizione dei percorsi di accesso ai servizi per la prevenzione, diagnosi e cura dello **scompenso cardiaco** ed ai servizi per la prevenzione, diagnosi e cura delle **malattie cardiovascolari dell'età pediatrica** e dell'adolescenza e delle cardiopatie congenite dell'adulto, con la collaborazione dei servizi territoriali competenti.

Coerentemente agli indirizzi regionali, ed in collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i colleghi internisti, dovrà essere rivista e monitorata l'assistenza ai pazienti con **ipertensione arteriosa, angina pectoris** e ai soggetti con elevati livelli di colesterolo ematico, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza e la continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei livelli di assistenza extra-ospedaliera, ambulatoriale ed ospedaliera.

La necessità di sviluppare **approcci integrati** e multidisciplinari a queste patologie dovrà essere favorita dalla identificazione dei fattori favorenti e di ostacolo ad un trattamento ottimale di questi soggetti, per ridurre la notevole variabilità dei comportamenti e la distanza tra i comportamenti osservati e quanto raccomandato dalle linee guida internazionali.

### 5.3.8 ANESTESIOLOGIA

Le attività di anestesiologia, strettamente integrate con quelle della rianimazione, saranno finalizzate a garantire **supporto alle funzioni** dei blocchi operatori di Imola e Castel San Pietro Terme, per quanto concerne **anestesia**

**generale e locale** per le attività chirurgiche programmate, nonché per le urgenze e le emergenze di sala operatoria, nell'arco delle 24 ore.

Saranno inoltre tempestivamente assicurate le **attività ambulatoriali** preoperatorie e le visite preoperatorie in corsia, presso i due stabilimenti ospedalieri.

Nel **blocco operatorio di Imola** si prevede il completamento e la messa a regime di una sala operatoria aggiuntiva rispetto alla dotazione attuale.

Sarà sviluppato un progetto per assicurare la **copertura anche notturna** dell'emergenza-urgenza anestesiologicala e infermieristica di sala operatoria, in accordo agli standard previsti per l'accreditamento delle funzioni ospedaliere.

I progressi farmacologici e tecnologici in campo anestesiologicalo consentono oggi, in molti casi, di garantire un migliore livello di gestione del sintomo **dolore** ed un più efficace controllo e recupero delle funzioni vitali del paziente prima, durante e dopo l'intervento chirurgico.

Tenuto conto di tali elementi di contesto, le risorse anestesiologicalhe saranno prevalentemente orientate a fornire supporto allo **sviluppo della day surgery**, attraverso l'implementazione di tecniche di anestesia loco-regionale.

Per quanto concerne l'ambito dell'ostetricia, sarà messa a sistema la pratica del **parto indolore**, anche con lo sviluppo delle tecniche di anestesia peridurale.

E' inoltre prevista la revisione dei percorsi per la **valutazione anestesiologicala preventiva** alla esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche in elezione (ambulatorio operandi) ai fini delle semplificazione e razionalizzazione delle fasi preoperatorie dell'assistenza, sulla base delle migliori evidenze disponibili. Quanto sopra passa attraverso la **rideterminazione degli esami** e delle altre indagini preliminari, sulla base del valore atteso in termini di valutazione del rischio e la messa a punto delle procedure di informazione e di raccolta del consenso del paziente.

### 5.3.9 RIANIMAZIONE E TERAPIA SEMI-INTENSIVA

La rianimazione e' un servizio di terapia intensiva che risponde alla necessità di trattare i pazienti critici in un'area di degenza diversificata, logisticamente definita, con personale qualificato ed attrezzature idonee al monitoraggio ed al **trattamento intensivo** del paziente 24 ore su 24.

Gli obiettivi dell'attività rianimatoria saranno quelli di **ridurre la mortalità e la morbilità del paziente critico**, ovvero del paziente con una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita o di insorgenza di complicanze maggiori.

L'equipe medica della rianimazione continuerà a garantire inoltre la **copertura per le urgenze-emergenze** presso tutte le unità operative del presidio, ivi compreso il pronto soccorso.

Attualmente occorre peraltro registrare l'assenza in ospedale di un luogo in cui venga specificamente svolto il monitoraggio e la cura di pazienti con una instabilità fisiologica moderata o potenzialmente severa, che richiedono un supporto tecnico, ma non necessariamente un supporto di vita artificiale.

Attualmente si stima che circa il **30%** dei soggetti ricoverati in rianimazione potrebbero giovare più appropriatamente di un livello di **cure semi-intensive**, una quota minore di ricoveri di questo tipo grava inoltre impropriamente sui reparti ordinari per acuti.

Nel prossimo triennio si prevede di poter attivare in via sperimentale, propedeuticamente alla messa in funzione nel nuovo DEA, alcuni **posti letto di terapia semi-intensiva**, riservati a quei pazienti che richiedono meno cura di una

terapia intensiva standard, ma più assistenza di quella disponibile nei reparti ordinari. La previsione di posti letto dedicati alla terapia semi-intensiva è finalizzata a ridurre il consumo improprio di giornate di degenza in terapia intensiva e/o nei reparti, a migliorare la prognosi dei pazienti e la soddisfazione dei loro familiari, cui è reso accessibile un ambiente più amichevole rispetto a quello della rianimazione. Una parte di questi pazienti potrà essere rappresentata dai post-chirurgici, per i quali potrà essere anche programmato il ricovero, in presenza di condizioni di rischio preventivamente accertate (funzione di recovery room).

Per quanto riguarda la **trapiantologia**, in linea con le tendenze nazionali e regionali di progressivo e significativo incremento delle attività di donazione e trapianto, l'unità operativa dovrà contribuire a consolidare i risultati ottenuti.

Particolare impegno dovrà essere rivolto alla prosecuzione del progetto **donor action** mettendo in atto a livello locale le iniziative definite in ambito regionale per conseguire un avvicinamento alle medie regionali per la percentuale di accertamenti di morte sui decessi per patologia cerebrale severa, la percentuale di accertamenti di morte su potenziali donatori e la percentuale di opposizioni sui potenziali donatori. Sarà inoltre garantito pieno adeguamento a quanto previsto dalle norme a tutela della **sicurezza del donatore**, e sarà completata la formazione al personale delle rianimazioni in materia di comunicazione.

#### 5.3.10 TERAPIA ANTALGICA

La terapia antalgica è una **struttura semplice** dell'unità operativa di anestesia e rianimazione dovrà assicurare attività ambulatoriali in favore di pazienti sofferenti di **dolore acuto e cronico** di elevata intensità, consulenze per pazienti ricoverati, nonché attività di sala in anestesia locale, in particolare finalizzata all'impianto di **sistemi di infusione** per il controllo del dolore e della spasticità.

L'ambulatorio di terapia antalgica prevederà degli accessi differenziati in base alla gravità del dolore e delle patologie sottostanti, con tempi d'attesa differenziati secondo la severità clinica.

Un settore di notevole sviluppo sarà quello dedicato al trattamento delle **lesioni difficili** ed ai trattamenti con ossigenoterapia iperbarica, per i quali si prevede di sviluppare delle collaborazioni multidisciplinari, riguardanti la diagnostica doppler, la diabetologia, la radiologia interventistica per le arteriografie, il laboratorio analisi per gli antibiogrammi.

In coerenza con i percorsi di sviluppo della rete aziendale delle **cure palliative** saranno potenziate le attività di terapia antalgica invasiva per il controllo del **dolore neoplastico** (ad esempio interventi di cordotomia cervicale per via cutanea).

Nell'ambito delle strategie di miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine, si prevede di dare piena attuazione al progetto regionale **ospedale senza dolore**. Le finalità sono quelle di assicurare un osservatorio specifico del dolore, di coordinare l'azione delle differenti équipes e la formazione continua del personale sanitario coinvolto nella rilevazione e nel controllo del dolore nei suoi differenti aspetti, di promuovere interventi idonei ad assicurare la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare gli oppioidi, assicurando anche una valutazione periodica del loro consumo e di promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore.

Pertanto sarà promossa l'**educazione continua** del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi del trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore. Sarà assicurato il monitoraggio dei

livelli di applicazione delle linee guida del trattamento del dolore, la valutazione di efficacia e sarà promossa la elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti, in relazione alla terapia del dolore.

### 5.3.11 AREA INTERNISTICA

Per l'area internistica nel suo complesso, la **continuità delle cure** risulta il punto nevralgico dei percorsi integrati ospedale-territorio, e questi processi risultano fondamentali per garantire la qualità delle cure.

Il progetto **dimissioni protette** è già stato avviato nella nostra azienda, ma trova ancora una incompleta implementazione ed è scarsamente percepito da parte dell'utenza anche in presenza di un rilevante grado di bisogno da parte degli assistiti ad essere accompagnati nei percorsi per evitare soluzioni di continuità nelle cure.

Nel prossimo triennio è necessario che le dimissioni protette diventino un impegno prioritario per la nostra azienda e che si creino le condizioni per una più stretta collaborazione fra medici ospedalieri e medici di medicina generale.

Sempre nell'ottica di favorire un più stretto raccordo con i medici del territorio, saranno gradualmente implementati i percorsi di accesso al ricovero in **forma programmata**, che nei tempi più recenti hanno trovato scarsa praticabilità, per via del grande peso assunto dai ricoveri urgenti (da pronto soccorso).

Una quantità di utenti sempre maggiore ricorre oggi alla specialistica ambulatoriale in alternativa al ricovero ospedaliero, per affrontare problemi assistenziali anche complessi. Il ricorso alla specialistica ambulatoriale presuppone necessariamente la riduzione della modalità di cura in forma di ricovero diurno (day hospital) di tipo non chirurgico. Il **day service** è la parte della specialistica ambulatoriale che comprende la casistica più complessa, che richiede prestazioni pluridisciplinari, anche invasive, e non necessita della permanenza e/o della osservazione prolungata del paziente per valutare l'evoluzione del quadro clinico, come di prassi in regime di ricovero.

Il day service dovrà arricchire i set assistenziali ed organizzativi disponibili in ambito internistico, al fine di garantire al paziente la possibilità di ottenere una diagnosi o una terapia effettuando le visite specialistiche, gli esami strumentali o le prestazioni terapeutiche necessarie in **un solo giorno o in un numero limitato di accessi**. Nel contempo sarà offerta al medico specialista la possibilità di usufruire di tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti in ospedale, per formulare, in breve tempo, diagnosi o effettuare terapie che richiedono interventi multidisciplinari, con una notevole semplificazione organizzativa (diminuzione del numero di prenotazioni per singole prestazioni) e con una riduzione della ospedalizzazione diurna.

Tenuto infine conto dei livelli di severità della casistica trattata e degli specifici, appropriati e necessari interventi, l'area internistica è chiamata in primis a garantire condizioni di efficienza operativa che consentano di garantire una adeguata **disponibilità di posti letto**, per eseguire un'alta percentuale di ricoveri relativi a patologie acute o a riacutizzazione/scompenso di patologie preesistenti, presupposto organizzativo decisivo per l'equilibrio del sistema.

### 5.3.12 MEDICINA GENERALE

Le unità operative di Medicina Interna si caratterizzano sul piano operativo per alcune peculiarità:

- plurifunzionalità, cioè capacità di offerta di risposte assistenziali molto differenziate, sulla base della variabilità dei bisogni degli utenti;
- pluripotenza, cioè capacità di sviluppare ed integrare competenze multiple, mediche e non mediche;

- flessibilità, cioè capacità di adattare e modificare le priorità di intervento alle mutevoli necessità provenienti dal territorio e dall'utenza, anche in rapporto a fattori stagionali o epidemiologici.

Per tutte le tutte le caratteristiche suddette, le strutture di medicina interna vengono a svolgere un ruolo cardine dell'assistenza ospedaliera; nel loro ambito infatti trova risposta:

- il paziente acuto con polipatologie; l'aumento media ed il miglioramento della prognosi di numerose patologie cronico-degenerative hanno fatto sì che molto spesso il paziente ospedalizzato sia un anziano affetto da numerose patologie concomitanti. Circa il 65% dei pazienti che accede alle unità operative di medicina generale del nostro ospedale presenta polipatologie o patologie sistemiche, mentre solo il 35% circa dei ricoverati è invece affetto da monopatologie. I pazienti con pluripatologie necessitano di una assistenza multidisciplinare comprensiva di adeguato supporto infermieristico e di un approccio medico di tipo "olistico", in grado di valutare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi terapeutici, l'impatto sugli esiti clinici e sulla qualità di vita.
- Il paziente acuto con una patologia d'organo assai frequente sul piano epidemiologico come lo scompenso cardiaco, la broncopneumonia, l'ipertensione ecc...., è stato ampiamente dimostrato che il ricovero di tali patologie in ambiente specialistico, invece che in reparto internistico, oltre a limitare la disponibilità di letti per patologie più rare, innalza i costi a parità di risultato;
- Il paziente acuto "indefinito", quale per esempio il paziente con febbre di origine non nota, dove sono necessari esami ad ampio spettro per meglio definire la patologia ed eventualmente poter poi indirizzare il paziente ad una specialistica definita;
- Il paziente con sintomi e/o segni clinici di laboratorio sospetti per patologie d'organo, multiorgano o sistemiche, per i quali l'inquadramento diagnostico non è eseguibile in regime ambulatoriale.

Le unità operative di **medicina interna**, per la flessibilità funzionale e la formazione multispecialistica dei professionisti, rappresentano la sede naturale per assistere questi pazienti. Purtroppo, negli ultimi anni, l'organizzazione ospedaliera ha messo fortemente in discussione il ruolo dell'internista: la crescita esponenziale dell'informazione biomedica, lo sviluppo delle tecnologie sanitarie e la frammentazione in sub-specialità hanno relegato la medicina interna in un ruolo marginale, spesso confinato alla gestione di pazienti cronici a basso profilo assistenziale.

Le unità operative di medicina interna sono di fatto in grado di erogare prestazioni di **alto livello assistenziale**, contenendo notevolmente i costi rispetto alle unità operative specialistiche: maggiore efficienza media complessiva a parità di qualità globale.

Per svolgere correttamente questa mission, le strutture di medicina interna dovranno:

- recuperare il ruolo di internista, che potremmo definire "internista-specialista" cioè un medico che accanto ad una solida cultura internistica, approfondisce alcuni particolari settori della medicina interna e che sa lavorare in equipe con gli altri internisti-specialisti ed in stretta collaborazione con le unità specialistiche dell'ospedale. In questa visione della Medicina Interna come contenitore unico per una gestione integrata dei diversi aspetti patologici dell'individuo, andrà fatto uno sforzo per coprire, anche con consulenze esterne, il maggior numero di specializzazioni mediche quali l'ematologia, la reumatologia, l'infettivologia, ecc....

- sviluppare anche aree dedicate al paziente critico (letti monitorizzati, disponibilità di ventilazione non invasiva, ecc...), indirizzando i pazienti cronici o in fase di convalescenza o che comunque non necessitano di un elevato impegno assistenziale verso reparti di lungodegenza e/o riabilitazione;

- mettere a punto ed applicare percorsi diagnostico-terapeutici che garantiscano un impiego ottimale delle risorse, spostando l'attenzione dall'utilizzo spesso indiscriminato di tecnologie sanitarie, alla valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi sanitari come strumento di miglioramento continuo della qualità assistenziale;

Per quest'ultimo punto una particolare attenzione sarà rivolta alla messa a punto di quelli riguardanti le principali **patologie croniche respiratorie** (BPCO, asma, cancro del polmone in particolare), in coerenza con l'allegato Progetto di miglioramento dell'assistenza al paziente broncopneumopatico, prevedendo anche l'implementazione della ventilazione non invasiva in regime di degenza, le principali **patologie croniche cardiovascolari** (stroke, scompenso, diabete) e le principali **patologie ematologiche, gastroenterologiche, endocrinologiche e reumatologiche**.

### 5.3.13 GASTROENTEROLOGIA

Le patologie gastroenterologiche acute e croniche hanno un rilevante impatto anche sulla nostra popolazione, in termini di occorrenza e di effetti sullo stato di salute e richiedono, peraltro, un approccio spesso multidisciplinare ed una **organizzazione reticolare dei servizi**.

I percorsi di diagnosi e cura su cui si interverrà in via prioritaria sono di seguito descritti.

Per le **malattie acute** del tratto digerente occorrerà assicurare adeguati livelli di integrazione fra la rete dei servizi di emergenza, dei servizi di ricovero e ambulatoriali specialistici e generali (medici e chirurgici), per accrescere il livello di appropriatezza dei ricoveri e dell'accesso in ospedale, sviluppare continuità delle cure fra ospedale e territorio, mediante lo sviluppo di percorsi integrati per la diagnostica in urgenza.

Le **malattie cronico-degenerative** dovranno essere affrontate riducendone l'insorgenza attraverso la prevenzione e l'educazione sanitaria ai corretti comportamenti alimentari e definendo i protocolli diagnostico-terapeutici per il trattamento del paziente.

Anche per le malattie cronicoinfiammatorie e degenerative **epato-pancreatiche** occorrerà migliorare le strategie preventive, in particolare per quanto concerne epatiti e cirrosi, anche razionalizzando i percorsi diagnostici e sviluppando l'**attività ambulatoriale di epatologia**.

Sarà assicurata migliore tempestività al percorso diagnostico-terapeutico per l'individuazione precoce del **cancro del colon retto**, integrando l'attività ospedaliera con quella delle cure primarie, definendo i protocolli diagnostici, terapeutici integrati e di follow-up.

Sarà perseguita la piena **integrazione dei punti di erogazione** dell'attività specialistica collocati nei due stabilimenti ospedalieri, implementando a Castel San Pietro le **attività di secondo livello** e confermando Imola come sede elettiva per l'emergenza-urgenza.

Tra le attività di secondo livello rientrano le attività di endoscopia nell'età pediatrica, l'ecoendoscopia del tubo digerente e gli interventi di gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) nei pazienti che abbisognano di nutrizione enterale a medio e lungo termine.

#### 5.3.14 ONCOLOGIA E CURE PALLIATIVE

Il moderno approccio diagnostico e terapeutico ai tumori maligni è di natura essenzialmente **multidisciplinare**. I vari specialisti (specialista di organo, chirurgo, oncologo, radioterapista, patologo) devono necessariamente cooperare, ognuno per le proprie competenze, al fine di ottenere il miglior risultato possibile in termini di performance diagnostica e terapeutica. Sul piano organizzativo la struttura sanitaria, per garantire un intervento efficace, deve operare secondo **modelli assistenziali** in cui il paziente è al centro e i vari specialisti intervengono in modo coordinato, così da “prendere in carico” il paziente dalla fase iniziale diagnostica a quella conclusiva, terapeutica. Per i **principali tumori** dovranno prevedersi specifici percorsi diagnostico-terapeutici, con il coinvolgimento attivo dei vari professionisti (ivi compresi i Medici di Medicina Generale), che devono contribuire a definire strategia generale, tappe di percorso, linee guida, protocolli di intervento ed una sistematica attività di confronto.

Alla luce di questo modello assistenziale occorrerà istituire, o migliorare laddove esistenti, le modalità di **gestione integrata** dei percorsi sulla base di specifiche linee guida, individuando dei poli di riferimento per i tumori più frequenti che utilizzino un approccio multidisciplinare e facciano riferimento a protocolli terapeutici e di follow-up condivisi per i principali percorsi diagnostico-terapeutici.

In particolare si prevede di sviluppare la collaborazione con i Medici di Medicina Generale per il follow-up a lungo termine dei pazienti portatori di patologia oncologica

Nell'anno in corso è stato predisposto un progetto finalizzato alla riorganizzazione della **rete delle cure palliative**, con particolare riferimento ai livelli di integrazione tra il sistema delle cure domiciliari e ospedaliere. Tale progetto, riportato in allegato, in coerenza con il programma regionale della rete delle cure palliative, si pone l'obiettivo di potenziare e migliorare l'assistenza alle **fasi terminali della vita**, qualificando gli interventi di terapia palliativa e antalgica, nel rispetto delle esigenze espresse dal malato e dalla sua famiglia.

Gli indirizzi del programma regionale prevedono, per la nostra azienda, l'attivazione di un **hospice ospedaliero** all'interno del quale sarà ricercata la maggiore integrazione possibile dei profili di cura utili al paziente oncologico terminale (trattamento acuto e cronico, terapia antalgica, ecc.).

L'attivazione dell'hospice completa e integra la rete assistenziale dedicata ai malati terminali, garantendo la presa in carico del paziente in situazioni d'aggravamento/scompenso del dolore e/o della patologia di base, il sostegno ed aiuto psicologico al malato e alla famiglia, l'erogazione della terapia palliativa e l'assistenza infermieristica intensiva quotidiana, qualora questa non si riesca più a garantire al domicilio.

Per proseguire il percorso già avviato si dovrà procedere con le realizzazioni previste dalla programmazione regionale, potenziando i percorsi assistenziali integrati per la **presa in carico del paziente terminale**, secondo il principio di complementarietà dei servizi. In tale ambito particolare attenzione e cura sarà posta alla programmazione degli interventi formativi.

#### 5.3.15 LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Nel complesso la funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva consente all'anziano ricoverato un periodo più lungo di permanenza in ospedale e, nella maggioranza dei casi, un rientro diretto al domicilio, senza ricorso alle strutture residenziali.

Nel triennio di vigenza del PAL sarà completata la **rete dei posti letto** ospedalieri di questo settore. E' previsto un programma di qualificazione delle attività assistenziali ed una verifica dei modelli organizzativi in atto, perseguendo un complessivo miglioramento dell'appropriatezza e dell'utilizzo della funzione.

Nell'ambito della definizione delle condizioni per l'autosufficienza aziendale è stata posta particolare attenzione alla **ridefinizione del fabbisogno** di posti letto di lungodegenza e riabilitazione estensiva, anche sulla base delle esperienze maturate, rendendo più specifico, rispetto alle peculiarità locali di assetto dei servizi, lo standard a suo tempo indicato di 0,7 posti letto per mille abitanti.

In via preliminare può essere utile esplicitare i **criteri distintivi** della lungodegenza post-acuzie rispetto alla riabilitazione estensiva.

Come riportato nei documenti del piano sanitario regionale, la **lungodegenza post-acuzie** è orientata a soddisfare prevalentemente i bisogni internistici, mentre la **riabilitazione estensiva** è finalizzata alla presa in carico specificatamente riabilitativa, con la realizzazione di progetti riabilitativi individuali, indipendentemente dalla patologia prevalente che ha determinato la condizione disabilitante responsabile del ricovero.

La valenza riabilitativa che è attribuita all'attività di lungodegenza post-acuzie, si concretizza nello specifico progetto riabilitativo di struttura, che deve essere inteso come organizzazione di nursing assistenziale per la prevenzione dell'allettamento e per la stimolazione delle capacità funzionali necessarie per l'autosufficienza della vita quotidiana. Il personale coinvolto è prevalentemente infermieristico e socio-assistenziale.

I progetti riabilitativi individuali sono invece realizzati per ogni paziente preso in carico con predeterminati obiettivi, chiari e raggiungibili in tempi definiti, nei posti letto della funzione ospedaliera di riabilitazione estensiva, in RSA, in strutture protette o presso il domicilio stesso del paziente.

In sintesi la degenza di riabilitazione estensiva ha il compito di offrire assistenza sanitaria riabilitativa in regime di ricovero a soggetti che hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante che ha determinato il ricovero, tramite l'applicazione di programmi individuali di trattamento riabilitativo, sotto la responsabilità clinica del medico fisiatra. Tale modalità assistenziale serve inoltre ad erogare attività riabilitative multiprofessionali a soggetti non autosufficienti, affetti da patologie clinicamente stabilizzate che presentano menomazioni e disabilità recuperabili, non in grado di avvantaggiarsi da più di tre ore di terapia riabilitativa giornaliera che, peraltro, non potrebbero neppure sostenere o a soggetti a lento recupero bisognosi, nell'arco delle 24 ore, di trattamenti sanitari rilevanti e di nursing assistenziale non fruibili altrimenti. La degenza riabilitativa ha infine il compito di gestire le menomazioni e le disabilità non emendabili, potenziando tutte le abilità al fine di favorire il reinserimento in condizioni di massima possibile autosufficienza e produttività.

L'Azienda USL di Imola non gestisce direttamente posti letto di riabilitazione intensiva; pertanto, rispetto allo standard definito in 0,10 posti letto per mille abitanti per questa funzione, da ricomprendere nel numero di 4 posti letto per mille abitanti per acuti per riabilitazione intensiva, i ricoveri vengono disposti presso l'Istituto di Riabilitazione di Montecatone (in questa sede sono presenti anche posti letto di Unità Spinale) e presso strutture private accreditate.

Riguardo alla dotazione ed all'**organizzazione dei posti letto**, per la riabilitazione estensiva si fa riferimento alla delibera regionale 1267/2002 che indica la necessità di includere il parametro di **0,13 posti letto di riabilitazione estensiva** per 1000 abitanti, nello 0,7- 1 posto letto di lungodegenza per 1000 abitanti.

Al fine di valutare la rispondenza al bisogno assistenziale delle stime teoriche sopra riportate è opportuno considerare il fabbisogno di posti letto di Riabilitazione Estensiva per disabilità locomotoria severa da patologia ortopedica geriatrica che corrisponde orientativamente al 60% del fabbisogno totale di posti letto.

Sul versante dei **percorsi diagnostico-terapeutici** una particolare attenzione sarà orientata ai progetti riabilitativi per lo **stroke** (ictus) e per la **frattura di femore**.

L'analisi della qualità assistenziale rivolta agli anziani ospiti della funzione di lungodegenza e riabilitazione estensiva, ha evidenziato che è necessario intervenire su specifici elementi che incidono sulla qualità dell'assistenza, quali la **prevenzione delle infezioni**, la prevenzione delle **piaghe da decubito** ed il migliore **utilizzo dei farmaci**.

Una particolare cura sarà posta agli aspetti di **continuità assistenziale**, soprattutto in fase di dimissione, incrementando in modo significativo il ricorso alle dimissioni protette e rivedendo le procedure in modo che sia garantita adeguata tempestività.

Il processo di continuità terapeutica riabilitativa, nasce in ospedale con la pianificazione della dimissione e della presa in carico di pazienti disabili da parte di altri livelli organizzativi dell'assistenza riabilitativa, ed è intesa come prosecuzione post-dimissione di un unico episodio di cura.

Attraverso la dimissione protetta dalle sedi di ricovero e cura e la tempestività della presa in carico riabilitativa, è atteso un sensibile miglioramento della qualità percepita del servizio complessivo e la riduzione del numero dei ricoveri motivati dalla necessità di continuità di cure riabilitative.

L'attivatore della continuità è il Medico Fisiatra responsabile del progetto riabilitativo ospedaliero: egli pianifica il susseguente livello assistenziale tramite l'individuazione del livello di cura necessario ed appropriato e l'informazione alla famiglia e al Medico di Medicina Generale.

L'attivazione del percorso territoriale sarà preceduta da una tempestiva comunicazione della dimissione: i famigliari del paziente saranno informati di tale raccordo e dovranno condividerne la destinazione e la finalità.

### 5.3.16 GERIATRIA

Nell'anziano l'esperienza dell'ospedalizzazione in sé, costituisce un fattore di rischio aggiuntivo indipendente dalla diagnosi e dalla prognosi di malattia, in quanto i percorsi di cura ospedalieri spesso non tengono conto della specificità del bisogno espresso. La geriatria ha sviluppato negli anni cultura, conoscenze, ed un metodo di lavoro che si basa fortemente sulla valutazione multidimensionale e sull'approccio olistico ai complessi problemi del paziente anziano. In particolare è auspicabile che, nell'approccio alle problematiche dell'anziano, si abbandonino, da parte di tutte le U.O. ospedaliere, l'attuale approccio monodimensionale essenzialmente limitato alla sfera clinica, per giungere ad un generalizzato **approccio multidimensionale**. Fin dalla fase iniziale del ricovero si deve procedere al riconoscimento delle **criticità funzionali e sociali** collegate alla malattia sia acuta sia cronica, mediante una valutazione onnicomprensiva in grado di innescare la relazione collaborativa sinergica tra i vari servizi ed i professionisti coinvolti. A questo scopo sarà utile prevedere percorsi in grado di mettere in relazione in modo tempestivo i vari professionisti dell'ospedale e del territorio.

Da quanto detto emerge che in particolare la definizione di chiari ed uniformi percorsi di gestione della **dimissione protetta** diviene elemento strategico. In ambito aziendale è stato predisposto uno specifico protocollo che definisce

modalità operative di raccordo ospedale/territorio, un percorso unico, per garantire ai cittadini uniformità di trattamento nella fase della dimissione protetta.

Sarà garantito il principio di **continuità assistenziale** attraverso l'immediato e costante raccordo tra gli staff intra ed extra-ospedalieri e fra questi ed i servizi sociali. Un obiettivo quest'ultimo realisticamente acquisibile – anche se non nell'immediato – stante le esperienze già avviate e l'esistenza di modelli operativi collaudati.

La caratteristica peculiare del metodo di lavoro della Geriatria ospedaliera è di coniugare la cura della fase acuta della malattia, con il tentativo di mantenere o recuperare il livello di autonomia precedente all'insorgenza dell'evento morboso. L'utenza ospedaliera è costituita, in percentuale rilevante, da pazienti ultrasessantacinquenni, che si caratterizzano in modo peculiare per la "**fragilità**", direttamente correlata ad una riduzione generale delle riserve funzionali dell'organismo ed alla polipatologia di base. Questa fragilità rende l'anziano malato particolarmente vulnerabile e ad elevato rischio di perdita di autonomia.

Gli eventi morbosi che richiedono il ricovero ospedaliero costituiscono il momento più rischioso e delicato per l'anziano fragile: dal modo in cui viene affrontata questa fase dipende spesso il grado di mantenimento dei livelli di autosufficienza e lo stato di salute complessivo del periodo successivo.

Gli obiettivi specifici della Geriatria sono pertanto quelli di affrontare la fase acuta della patologia dell'anziano fragile, assicurando ogni sforzo per ostacolarne o rallentarne la perdita di autonomia.

Il **progetto demenze** ha completato la sua fase di avvio con l'attivazione del centro esperto per l'approfondimento diagnostico e con la predisposizione dei percorsi di cura e di assistenza differenziati, mirati a supportare le famiglie e a qualificare l'assistenza nelle residenze.

Le principali **aree di miglioramento** sono rappresentate dal contenimento delle liste di attesa e dalla gestione dei momenti di crisi e di reazione catastrofica del paziente (risposta alle emergenze cognitive – comportamentali).

Per la gestione delle **situazioni di crisi** va studiato un percorso che faccia accedere rapidamente il paziente al centro esperto e che favorisca l'informazione del familiare e del medico di medicina generale facilitando il governo di tali situazioni.

Una possibile soluzione è quella della costituzione di un **call center** come interfaccia al centro esperto. In caso di bisogno il call center potrebbe svolgere numerose funzioni in modo da favorire la gestione dei momenti di crisi: informazioni alla famiglia, consigli terapeutici, di diagnosi differenziale dello stato confusionale, informazioni per il pronto soccorso, per evitare comportamenti iper-indaginosi (soprattutto in campo diagnostico strumentale) nei confronti dei pazienti dementi.

In alternativa al call center ed all'accesso diretto al centro esperto si può prospettare un **ruolo attivo dei medici di medicina generale**, rivolto, in particolare, al trattamento degli episodi confusionali e di agitazione del paziente.

La geriatria e l'approccio clinico multidimensionale risultano infine una preziosa risorsa in grado di elevare sensibilmente la **qualità dell'assistenza** internistica assicurata ai pazienti ricoverati nei reparti chirurgici, ed in particolare per i casi di ortopedia geriatrica, in grande incremento per l'evoluzione del quadro socio-demografico.

### 5.3.17 PEDIATRIA

Negli ultimi anni, ed in particolare successivamente alla stesura delle linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello hub and spoke del Piano sanitario regionale 1999/2001, i dati relativi alla

natalità nell'area imolese hanno subito un notevole cambiamento con un netto **incremento del numero di nati**. In considerazione di ciò, e del fatto che nella provincia di Bologna esiste una carenza di posti letto neonatologici, in relazione agli standard determinati dalla pianificazione nazionale e regionale, al fine di ottenere un effettivo miglioramento dell'assistenza neonatale, verranno attivati a Imola **4 posti letto di neonatologia**, in luogo di altrettanti letti di pediatria.

Quanto sopra nell'ambito di un coordinamento in rete tra i vari centri neonatologici che permetta di conoscere in tempo reale le disponibilità di posti letto dei vari reparti, allo scopo di organizzare in maniera ottimale la centralizzazione verso le terapie intensive neonatali, con **trasporto in utero**, delle gravide "a rischio" e dall'altra parte il trasferimento, laddove necessario, dei neonati che richiedono bassa intensità di cure verso i centri di neonatologia periferici (back transport).

Il **back transport** viene effettuato comunque nell'ultima fase del ricovero del bambino, quando non ci sono più esigenze di cure di III o II livello ed in presenza di accordi organizzativi tra i vari centri, che dovranno essere formalizzati.

Per i nati a Imola, il progetto aziendale denominato **dimissione e assistenza al neonato sano** e alla madre è attivo dal febbraio 2003. Il controllo clinico post dimissione presso il pediatra di famiglia viene prenotato prima della dimissione. I genitori prendono contatto con il pediatra che intendono scegliere e fissano la data per la prima visita di controllo.

Nel periodo di vigenza del PAL il progetto sarà ulteriormente sviluppato, anche per favorire una individuazione e una presa in carico precoce delle situazioni "a rischio sociale e/o relazionale", con l'istituzione di una linea telefonica dedicata, con l'utilizzo di materiale informativo omogeneo per favorire la possibilità di incontrare il pediatra nel corso della gravidanza ed incentivare la presenza di mediatori culturali.

Per quanto riguarda la risposta alle **urgenze pediatriche** si tratta in sostanza di mettere in campo delle possibili soluzioni per ridurre gli accessi impropri negli ambulatori d'emergenza ed urgenza pediatrici.

Si è osservato, nel corso dell'ultimo decennio, un progressivo incremento degli accessi in urgenza, conseguenza della abitudine da parte delle famiglie di recarsi presso la struttura ospedaliera anche in assenza di situazioni urgenti e meno che meno emergenti, soprattutto per le età da 0 a 2 anni. Il carattere non urgente delle gran parte delle condizioni morbose presentate si evince dal fatto che è rimasto pressoché invariato il numero di pazienti ricoverati dopo la visita in urgenza. I più alti **picchi di accessi** si registrano nel corso delle giornate di sabato e di domenica, in assenza del pediatra di libera scelta.

Fra gli obiettivi rientra lo **sviluppo dell'associazionismo** dei pediatri di libera scelta, per garantire una più ampia fascia oraria di accessibilità al servizio, il coinvolgimento del servizio di continuità assistenziale della medicina generale attraverso iniziative di formazione e collaborazioni con i pediatri, la conduzione di iniziative di educazione della popolazione parentale sul corretto uso dei servizi.

La ricerca dell'appropriatezza dei percorsi per l'emergenza soggettiva, potrà consentire di liberare risorse che potranno essere più proficuamente dedicate allo sviluppo di **attività ambulatoriali** di allergologia e di gastroenterologia pediatrica.

### 5.3.18 NEUROLOGIA

L'unità semplice di neurologia è configurata come servizio ambulatoriale dedicato ad attività programmata per esterni, attività di consulenza per il presidio ospedaliero, ed all'espletamento di indagini di diagnostica strumentale.

La Unità Operativa di neurologia si dedicherà in particolare al trattamento di alcune patologie croniche, attraverso l'attività di specifici settori:

- il **Centro Sclerosi Multipla**, si occupa della diagnosi, trattamento e monitoraggio dei pazienti affetti da questa patologia, mediante visite mediche e controlli programmati presso gli ambulatori dell'Unità Operativa. Il Centro distribuisce direttamente i farmaci ad alto costo per il trattamento cronico della malattia. Sono previsti trattamenti di riabilitazione neuromotoria, programmati e coordinati con il Servizio di Riabilitazione della USL, e trattamenti farmacologici delle ricadute presso il Day Hospital della U.O. di Medicina. Tra le attività diagnostiche si segnala l'esecuzione dei potenziali evocati somato-sensoriali, cui presto si aggiungeranno i potenziali evocati visivi per una più pronta e completa diagnosi della patologia;

- il **Centro per i Disturbi del Movimento**, si occupa della diagnosi, trattamento e monitoraggio del morbo di Parkinson, dei tremori, distonie e delle sindromi extrapiramidali, mediante visite mediche e controlli programmati presso gli ambulatori di questa Unità Operativa.

L'U.O. di Neurologia collabora inoltre con il Centro Demenza per la diagnosi, il trattamento ed il monitoraggio dei pazienti affetti da deterioramento mentale.

Dal punto di vista dei **percorsi diagnostico-terapeutici** sarà rivolta particolare attenzione alla implementazione degli ambulatori dedicati alla sclerosi multipla, disturbi del movimento e demenza, al precipuo scopo di creare percorsi integrati multidisciplinari per i pazienti che presentano disabilità neurologiche per assicurare tempestività e continuità assistenziale.

Sarà rivolta particolare attenzione, inoltre, alla messa a punto di percorsi diagnostici-terapeutici riguardanti le urgenze neurologiche e le malattie neuromuscolari .

Per quanto riguarda le indagini strumentali neurofisiologiche, oltre a quelle già esistenti ( EEG in veglia, EEG con privazione di sonno, EMG, Potenziali evocati somato-sensoriali) si prevede l'introduzione della tecnica dei Potenziali evocati visivi e le riprese video dei pazienti con disordine del movimento. Ciò permetterà un approccio neurofisiologico e clinico completo al paziente con patologie neurologiche.

Unitamente alla ricerca dell'appropriatezza nella esecuzione delle prestazioni il servizio avrà l'obiettivo di rispettare gli standard di qualità e di tempestività di erogazione nei confronti dei pazienti

### 5.3.19 NEFROLOGIA E DIALISI

Il numero di pazienti che richiedono un trattamento dialitico cronico è in questi anni andato progressivamente aumentando. Le ragioni di questo incremento sono in parte legate ad una maggiore diffusione di malattie di carattere metabolico, come il diabete, le iperdislipidemie, e dall'altro ad un progressivo invecchiamento della popolazione. Entrambi questi fattori incidono nell'eziopatogenesi delle malattie croniche renali a carattere uremizzante.

La **crescita** costante della popolazione dialitica (circa un 5% in più ogni anno) ed i conseguenti problemi strutturali ed organizzativi ha spinto l'azienda usl nel corso del 2003 ad **incrementare l'offerta** dei posti dialisi da **13 a 19**, con l'apertura del nuovo centro ospedaliero, identificato come servizio autonomo di nefrologia e dialisi. I pazienti con malattie renali e con insufficienza renale cronica presentano oggi **maggiore età** anagrafica rispetto al passato e **maggiore** frequenza di **comorbidità**, con conseguente elevato carico assistenziale per i familiari e per il servizio sanitario.

La situazione epidemiologica e la criticità clinica dei pazienti impongono una **ridefinizione** dei modelli gestionali ed organizzativi relativi al trattamento dialitico cronico.

La **dialisi peritoneale** è una tecnica che sarà affiancata alla dialisi extracorporea per i soggetti con una funzione renale residua, con autogestione notturna a domicilio da parte del paziente e conseguente decongestione del centro dialisi. Si valuta che essa possa trovare impiego, specie come prima modalità di trattamento, in un 20-25% circa dei nuovi pazienti uremici, con un minore costo del trattamento, una più precoce ripresa della diuresi in caso di trapianto renale e con un impatto meglio tollerabile per il paziente.

L'evoluzione delle conoscenze e le più recenti acquisizioni mediche ci consentono di delineare, quale obiettivo perseguibile nel periodo di vigenza del piano, una più efficace attività di **diagnosi precoce** delle malattie renali primitive e secondarie. Tale obiettivo sarà perseguito attraverso una diffusa attività di sensibilizzazione e **informazione** della popolazione e dei medici di medicina generale, che permetta un accesso tempestivo al consulto nefrologico per i pazienti con presunta patologia renale.

Sarà inoltre avviata l'attività di ambulatorio **pre-dialisi**, per il trattamento dei soggetti con una insufficienza renale cronica in fase precoce. Ponendo sotto controllo il maggior numero possibile di soggetti nefropatici si potranno attuare precocemente le terapie che possono rallentare la progressione della malattia verso la fase terminale e creare contatti con i servizi sociali e con il servizio dietetico. Si potrà inoltre fornire supporto psicologico al paziente ed alla famiglia, dare informazioni tempestive ed adeguate circa la malattia, favorendo così la compliance. La maggiore possibilità di informazione riguarderà le diverse opportunità dialitiche, ivi compresa quella peritoneale, in modo da individuare la tipologia di intervento che meglio risponde alle esigenze cliniche, familiari e sociali del paziente.

### 5.3.20 AREA CHIRURGICA

Una delle attività cliniche più coerenti con il modello del "clinical network", con un sistema reticolare di produzione, senza individuare a priori una gerarchia fra i punti di produzione, è quello delle attività di **chirurgia di giorno**.

Infatti per tali attività le competenze tecniche e professionali, nonché le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi clinici della popolazione di riferimento possono essere rese disponibili in qualsiasi punto della rete.

Il **modello** adotta come modalità di relazione la mobilità dei professionisti, piuttosto che la centralizzazione dei pazienti e delle competenze. Trattando chirurgia relativamente semplice, la day surgery si presta bene a rappresentare le necessità di fare della gestione delle **relazioni tra le équipes** l'elemento programmatico più rilevante, relegando in secondo piano la centralizzazione della produzione, che meglio si addice alle attività cliniche di alta specializzazione.

Lo **stabilimento ospedaliero di Castel San Pietro** rappresenta la sede elettiva delle attività di day surgery, che vengono peraltro rese disponibili in altri punti della rete.

I **principali obiettivi** di questo modello di assistenza chirurgica adottato per problemi "minori", in relazione alle caratteristiche della patologia, alle condizioni del paziente ed alle tecniche di intervento, sono rappresentati soprattutto dal miglior approccio psicologico-sociale al paziente ed alle famiglie, attraverso la riduzione della permanenza in ospedale a parità di efficacia dei trattamenti.

Sono inoltre ridotte le complicanze legate alla ospedalizzazione prolungata, sono semplificate le procedure di accesso ai servizi, con tempi di risposta più rapidi, e con contenimento del fenomeno delle liste di attesa.

Viene inoltre semplificata la comunicazione e l'integrazione fra ospedale e territorio, creando una continuità fra domicilio ed ospedale, con una ottimizzazione d'uso delle risorse.

L'**efficacia** della chirurgia di giorno è condizionata da una accurata valutazione tecnica della eleggibilità dei pazienti e della gamma di interventi idonei ad essere praticati con tale modalità, dalla gestione dell'intero processo terapeutico assistenziale in qualità e sicurezza e dall'utilizzo efficiente di tale modalità assistenziale.

Gli **strumenti operativi** comprendono la **chirurgia ambulatoriale**, con la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero e senza necessità di osservazione postoperatoria, in studi medici, ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o locoregionale.

La **day surgery** è invece la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato entro le 24 ore, in anestesia locale, loco-regionale o generale.

Entrambi questi strumenti operativi saranno potenziati nel triennio di vigenza del PAL, tenendo conto delle condizioni organizzative, della gamma di interventi erogabili sotto forma di chirurgia di giorno, programmando il progressivo trasferimento dei casi dall'ospedalizzazione ordinaria a quella diurna, con il coinvolgimento dei clinici interessati.

La possibilità di incidere positivamente sulle **liste di attesa** per ricoveri chirurgici programmati, sia sulle priorità individuate a livello regionale (relative agli interventi chirurgici in pazienti affetti da neoplasia maligna, agli interventi di protesi d'anca e agli interventi di estrazione di cataratta), che sulle criticità tipiche della realtà imolese, dipende dalla capacità di individuarne gli specifici determinanti, compresi gli aspetti relativi alla appropriatezza delle prestazioni e all'ottimale utilizzo delle risorse. Si procederà pertanto ad una **analisi delle criticità** a livello locale.

Sarà inoltre messo a regime il **progetto di informatizzazione** delle liste operatorie, al fine di garantire la massima equità di accesso e la massima trasparenza.

L'obiettivo da realizzare nell'arco di un triennio è di assicurare il trattamento il **75% della casistica chirurgica** programmata **entro 3 mesi** dalla data di prenotazione. Tale standard sarà raggiunto gradualmente, attraverso un'attenzione prioritariamente rivolta al trattamento del 90% dei casi di cataratta entro 180 giorni dalla prenotazione e il 50% entro 90 giorni, anche attraverso la applicazione a livello locale dei criteri di appropriatezza dell'intervento sviluppati dalla agenzia sanitaria regionale e l'avvio di percorsi di chirurgia ambulatoriale.

Relativamente agli interventi elettivi di **protesi d'anca**, si realizzerà un incremento progressivo della percentuale di casi trattati entro 90 giorni dalla data di prenotazione, previa valutazione di appropriatezza e attribuzione di rango di priorità.

Per gli interventi in pazienti con **neoplasia maligna** l'obiettivo tendenziale è quello di eseguire l'intervento chirurgico per la totalità della casistica entro 30 giorni dal momento della indicazione/prenotazione. Particolari priorità sono rappresentate dalle neoplasie del polmone, della mammella, e dell'apparato gastroenterico.

L'Azienda usl di Imola, gestendo direttamente la grande maggioranza dei servizi di chirurgia e venendo finanziata per quota capitaria, ha l'onere di pagare, attingendo alla propria quota capitaria, la mobilità sanitaria in uscita dei propri residenti. In altri termini paga le prestazioni rese da altri produttori ai propri cittadini. I possibili fornitori esterni sono altre aziende usl, aziende ospedaliere, ospedali privati accreditati, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

La **struttura dei costi** in sanità (prevalentemente fissi nel breve-medio periodo) rende particolarmente oneroso per la nostra azienda pagare la mobilità sanitaria in uscita, avendo capacità produttiva ancora disponibile. Infatti le tariffe che si corrispondono ai produttori esterni sono vicine al costo pieno delle prestazioni, mentre internamente si debbono sostenere solo i costi variabili incrementali, che, in un settore a rilevanti costi fissi come la sanità, possono rappresentare

anche solo il 10-20% dei costi pieni, registrando quindi dei differenziali di costo notevolissimi tra produzione interna ed export sanitario.

L'Azienda usl di Imola dovrà pertanto tendere a considerare i propri livelli di **autosufficienza per tutte le specialità chirurgiche** di cui è dotata, cercando di governare la domanda attraverso l'uso delle proprie strutture di offerta, affinché questa non privilegi strutture esterne. La nostra azienda non ha, infatti, alcuna convenienza ad incrementare artificialmente l'attività (ad esempio ad aumentare il valore dei drg ospedalieri prodotti) non essendo finanziata per prestazioni. In altri termini la nostra azienda dovrà cercare di erogare solo prestazioni efficaci ed assolutamente congrue rispetto ai bisogni.

Nel triennio di vigenza del PAL l'obiettivo è pertanto rappresentato dall'**incremento dei livelli di autosufficienza** per quelle discipline chirurgiche che ancora presentano dei margini di miglioramento: nell'ordine, otorinolaringoiatria, ortopedia, chirurgia generale e urologia.

Quanto sopra passa anche attraverso le azioni di contenimento delle liste di attesa e attraverso il potenziamento dell'offerta ambulatoriale presso il polo sanitario di Medicina, che ha lo scopo di invertire i flussi di mobilità di quel territorio.

La risorsa critica per le attività chirurgiche è rappresentata dalla **sala operatoria**. Ogni sforzo dovrà essere messo in campo al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale e l'impiego delle risorse dedicate (chirurghi, anestesisti, infermieri professionali). Dovranno essere riviste le **procedure di utilizzo** della sala nell'urgenza, al fine di programmare e razionalizzare quanto più possibile le attività.

Sarà sviluppato un progetto per la sala operatoria, per assicurare la riduzione del tempo di accesso notturno alle attività chirurgiche in emergenza, con il contributo della componente infermieristica e anestesiologicala, in accordo agli standard previsti per l'accreditamento delle funzioni ospedaliere.

Per quanto riguarda i **percorsi preoperatori**, al fine di semplificare l'accesso alle prestazioni e di ridurre la durata di degenza preoperatoria, sarà rivista e potenziata l'attività dell'ambulatorio operandi del presidio.

In riferimento alle attività di chirurgia toracica e vascolare, saranno riveduti i **percorsi di collegamento** del presidio con le strutture di riferimento, nell'ottica di centralizzare le attività nei centri contraddistinti da un adeguato volume di attività e da un opportuno livello di competenza clinica.

Tale principio sarà applicato anche per le **sindromi aortiche**, con una strategia di centralizzazione dei pazienti, per quanto riguarda conferma diagnostica e trattamento in acuto.

Fra le attività chirurgiche che saranno sviluppate nel triennio, sono da menzionare la **chirurgia addominale laparoscopica** del colon, la protesologia ortopedica e l'ortopedia geriatria, la chirurgia endoscopica del naso, il **trattamento con radiofrequenze** del palato molle nelle apnee ostruttive, la **chirurgia endoscopica e mini-invasiva** urologica e ginecologica.

Nell'ambito delle attività di ostetricia verrà dato ulteriore impulso ai percorsi di umanizzazione del parto fisiologico e saranno introdotte tecniche di controllo del dolore da parto; l'obiettivo è anche quello di minimizzare il più possibile il ricorso alla cesarizzazione.

Sarà dato impulso al **trapianto di cornea**, e si dovrà tendere all'allineamento al dato medio regionale di prelievi, pari al 10% dei decessi totali nei presidi ospedalieri. Sulla base di tale proporzione il presidio ospedaliero di Imola assicurerà il

necessario procurement di cornee. L'offerta di prestazioni di oculistica vedrà inoltre un potenziamento ed una ulteriore qualificazione delle tecniche di chirurgia vitreo-retinica.

### 5.3.21 IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE

La riduzione della **disponibilità di sangue** che si è evidenziata negli ultimi anni rischia di mettere in crisi sia il contributo dell'Emilia Romagna al fabbisogno nazionale sia, nel medio periodo, l'autosufficienza regionale. Il **piano sangue** della regione parte dunque dalla considerazione che, essendo la disponibilità di sangue una condizione essenziale per realizzare i progetti più significativi della pianificazione sanitaria, è necessario **sostenere interventi** per incrementarne la raccolta, controllare l'appropriatezza dei consumi, potenziare le tecniche alternative all'uso del sangue omologo e riconfermare il ruolo fondamentale delle associazioni di volontariato.

In considerazione della essenzialità della risorsa sangue ed emoderivati per il buon funzionamento del SSR, il servizio di Immunoematologia e Trasfusionale sarà impegnato, nel prossimo triennio, alla realizzazione di alcuni **importanti obiettivi**.

Fra questi spiccano la promozione attiva della donazione di sangue e l'incremento della raccolta e del livello di appropriatezza dei consumi, lo sviluppo e l'integrazione del servizio nella rete delle strutture trasfusionali, l'incremento ulteriore dei livelli di sicurezza degli emocomponenti e dei plasmaderivati.

Risultano inoltre di primaria importanza la valorizzazione del ruolo delle associazioni di volontariato nella promozione della donazione, nella gestione delle strutture e nello sviluppo di progetti per la salute; il mantenimento di un elevato livello di qualificazione del personale; la diffusione di strategie per il buon uso del sangue anche potenziando il ricorso alle tecniche alternative alla trasfusione di sangue omologo (predepositi, recupero perioperatorio, ecc.); l'approvvigionamento di plasmaderivati in via preferenziale attraverso il Centro regionale di coordinamento e compensazione.

Nel 2004 avrà luogo il **trasferimento** del servizio trasfusionale presso la nuova sede dell'ospedale vecchio. All'ospedale nuovo sarà invece ricollocato il laboratorio di immunoematologia e trasfusionale.

### 5.3.22 LABORATORIO ANALISI

Il laboratorio analisi del presidio ospedaliero di Imola si colloca a cavaliere fra le **strategie di centralizzazione** "analitica" dell'area vasta bolognese e dell'area vasta romagnola. In tale contesto non si sono ancora conclusi gli studi di fattibilità necessari per compiere una scelta di campo a ragion veduta.

La parola d'ordine per il prossimo triennio continua ad essere il governo dell'**appropriatezza delle richieste** di prestazioni. Si dovranno individuare le **priorità di sviluppo** delle nuove tecnologie (comprese le introduzioni di nuovi analiti) e le corrette procedure di valutazione e di inserimento delle stesse nei percorsi assistenziali.

Unitamente alla ricerca dell'appropriatezza, il servizio avrà l'obiettivo di **rispettare gli standard** di qualità e di tempestività di erogazione nei confronti dei clienti interni ed esterni.

Il laboratorio dovrà infine contribuire alla ridefinizione dei percorsi di accesso ai servizi per i pazienti in **trattamento anticoagulante orale**. E' ormai risaputo che le funzioni indispensabili per garantire il miglior livello di efficacia e sicurezza della terapia anticoagulante sono l'educazione sanitaria del paziente, la determinazione periodica,

tecnicamente adeguata, del livello di anticoagulazione, la prescrizione periodica della dose giornaliera idonea di anticoagulante e la guida nelle situazioni particolari (cure dentarie, malattie associate, chirurgia, manovre invasive, ecc.).

### 5.3.23 RADIOLOGIA

Nell'arco temporale del PAL sarà potenziato il **teleconsulto**, anche con il completamento del collegamento in rete tra tutte le strutture ospedaliere della provincia. Una volta completata la rete, ci si propone di utilizzare tale opportunità, attualmente usata per la sola attività di neuroradiologia, anche come rete aperta di "second opinion" da parte del medico radiologo, con possibilità di trasferire le immagini digitali acquisite localmente (TC, RM, indagini convenzionali in modalità digitale) alle strutture che hanno raggiunto una maggiore qualificazione su alcuni specifici settori specialistici di attività (ad esempio radiologia pediatrica, orecchio, aorta e cuore, indagini specialistiche dell'apparato genito-urinario, ecc.). Questo modello, coerente con il modello hub and spoke, potrà permettere un significativo miglioramento della qualità diagnostica in tutti i punti della rete, evitando il trasferimento dei pazienti. Una volta completata la dotazione tecnologica, dovranno essere individuate e collegate (sistema di "indirizzi") tutte le tecnologie in grado di acquisire e trasmettere le immagini e dovranno essere preventivamente codificati i protocolli operativi per la esecuzione delle indagini.

Sarà contestualmente sviluppato un **sistema RIS-PACS** omogeneo e logicamente unitario per assicurare una effettiva condivisione dei dati (referti ed immagini) prodotti, per ogni singolo paziente, dalla rete delle strutture di radiologia dell'area metropolitana. Ciò potrà consentire una notevole semplificazione dell'accesso alle informazioni cliniche disponibili da parte dei professionisti (specialisti ospedalieri e medici di base) che operano nell'area metropolitana e di evitare ai pazienti di sottoporsi ad indagini ripetute, e quindi anche ad inutili e dannose esposizioni alle radiazioni ionizzanti. Inoltre i dati prodotti dalle strutture di diagnostica per immagini e gestiti dal sistema RIS-PACS metropolitano saranno a loro volta inquadrati nell'ambito di un **sistema più ampio** di gestione dei dati clinici dei pazienti (laboratorio, accessi al pronto soccorso, ecc.), che sarà ovviamente sviluppato in modo sinergico e propedeutico con altri progetti in corso (progetto regionale Sole).

Sul versante dell'appropriatezza saranno implementate, con la condivisione dei clinici, le **linee guida regionali** per la richiesta appropriata di esami TC e RM.

Unitamente alla ricerca dell'appropriatezza, il servizio avrà l'obiettivo di rispettare gli **standard** di qualità e di tempestività di erogazione nei confronti dei clienti interni ed esterni.

Coerentemente con le strategie di programmazione su scala provinciale si provvederà alla caratterizzazione della **produzione tipica** dell'U.O. di radiologia, allo scopo di qualificare e differenziare le aree di intervento sulle prestazioni di elevata specializzazione.

Per quanto riguarda la **diagnostica pesante** occorrerà rimodulare l'offerta prestazionale anche per effetto dell'attivazione delle nuove RM osteoarticolari (Istituti Rizzoli e distretto di San Lazzaro) e delle nuove TC (radiologia Bellaria e Maggiore). L'effetto conseguente è un prevedibile **riassorbimento della mobilità passiva** e un accorciamento delle attese, specie per gli esami tomografici.

Alcuni **esami particolari** potranno essere convogliati per second opinion (teleconsulto) in centri specialistici, con miglioramento della qualità diagnostica, senza trasferimento di pazienti.

Per quanto riguarda la **diagnostica tradizionale ed ecografica**, sarà effettuata una ricognizione degli esami effettuati in reperibilità notturna prefestiva e festiva, prendendo in esame l'opportunità del differimento temporale.

Per le **procedure angiografiche e radiointerventive** sarà costituito un coordinamento provinciale, allo scopo di migliorare l'attività interventiva programmabile.

Per la **senologia** saranno promosse attività formative a supporto del governo clinico e dell'appropriatezza. Fra le attività radiologiche che saranno sviluppate nel triennio sono da menzionare le **biopsie TC guidate** e l'**ecografia con mezzo di contrasto**.

#### 5.3.24 ANATOMIA PATOLOGICA

Il servizio di anatomia patologica continuerà ad esercitare la funzione di coordinamento delle attività di screening di prevenzione e diagnosi precoce oncologica aziendale.

In tale ambito verranno garantiti, alla popolazione oggetto di screening con una tolleranza del 5%, i tempi di convocazione (un Pap-test ogni tre anni per le donne di età compresa tra i 25 e 64 anni; una mammografia ogni due anni per le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni). A partire dal 2004 il programma di screening è esteso anche al Comune di Medicina con le stesse procedure già in essere.

Sarà garantito il rispetto dei requisiti di qualità per gli screening, definiti attraverso l'utilizzo della batteria di indicatori di qualità proposti dalla Regione, dal GISMA (gruppo italiano screening mammografico), e dal GISCI (gruppo italiano screening del cervico-carcinoma).

Sarà messo a regime il registro tumori di popolazione, integrandolo nel contesto del registro tumori dell'area vasta romagnola: anche in tale ambito il servizio di Anatomia Patologica avrà funzione di coordinamento fra i soggetti preposti alla raccolta dei dati da trasmettere al registro.

In previsione della introduzione entro l'anno 2004 di un programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, così come definito dalla Commissione Oncologica Regionale, il servizio di Anatomia Patologica, in analogia con i due screening attualmente in essere, sarà preposto alla attività di coordinamento ed alla raccolta dei dati.

#### 5.3.25 FARMACIA OSPEDALIERA

In attesa che si completi il progetto di **centrale farmaceutica unica** su scala provinciale, per favorire lo sviluppo dell'appropriatezza e della continuità della cura, il servizio di farmacia ospedaliera sarà impegnato a mantenere ed incrementare le modalità di **erogazione diretta** dei farmaci.

L'analisi dei consumi farmaceutici relativi al 2003 evidenzia alcuni settori in cui è ancora possibile potenziare l'erogazione diretta, nell'ambito delle opportunità previste dalla legge 45/2001, nonché apportare miglioramenti all'appropriatezza prescrittiva.

Il servizio ospedaliero sarà pertanto tenuto ad impegnarsi ulteriormente su entrambi i fronti di tale attività.

Peraltro una efficace assistenza farmaceutica ed un appropriato utilizzo del farmaco coinvolge in egual misura medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Le principali **aree di intervento** attengono alla individuazione di precise responsabilità di governo clinico, per lo sviluppo di strumenti quali linee guida, aggiornamento continuo del **prontuario terapeutico locale** (con valenza sia ospedaliera che territoriale), **indicazioni ai medici** nell'ambito delle classi omogenee dei principi attivi che hanno un miglior rapporto

costo-efficacia. Al riguardo dovranno essere particolarmente incentivati gli audit clinici, la gestione del rischio di sovradosaggio o sottodosaggio dei trattamenti farmacologici e delle interazioni fra più farmaci, il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, la valutazione dei comportamenti non coerenti con i principi di appropriatezza e con i criteri EBM, i programmi di formazione continua nei confronti dei medici, i programmi di informazione ed educazione al buon uso dei farmaci nei confronti dei cittadini, lo sviluppo di nuovi sistemi gestionali di approvvigionamento, il miglioramento dell'erogazione diretta sia in fase di dimissione che di assistenza ambulatoriale e lo sviluppo dell'utilizzo dei farmaci generici.

Si proseguirà nel percorso avviato di **erogazione dei farmaci in dimissione** da ricovero e da visita specialistica, con l'estensione a tutti i reparti. Sarà assicurato il rispetto del prontuario terapeutico aziendale, le prescrizioni per principio attivo, il non utilizzo dei campioni, una durata media di terapia di 30 giorni (ove possibile) e l'informazione al paziente in merito alla rimborsabilità dei farmaci.

Nell'ambito dell'erogazione diretta dei farmaci soggetti a **note CUF e piano terapeutico**, i centri di riferimento autorizzati alla diagnosi ed alla prescrizione avranno la responsabilità dell'adozione di uniformi **criteri prescrittivi**. Il servizio di Farmacia dovrà assicurare un ulteriore sviluppo all'erogazione diretta di tali farmaci, promuovere specifici momenti di audit al fine di valutare la coerenza dei piani terapeutici con le prescrizioni, la conformità rispetto alle note CUF e ai contenuti delle schede tecniche dei farmaci, favorire la definizione di piani terapeutici con le informazioni necessarie per il monitoraggio ed assumere in carico pazienti con patologia grave e/o di carattere cronico. Per questi farmaci, anche nell'ambito della **degenza ospedaliera**, si adotteranno indirizzi coerenti alle note, poiché le indicazioni in esse contenute consentono trattamenti terapeutici senza porre limiti alla qualità del processo assistenziale ed apportano un contributo all'appropriatezza dell'impiego dei farmaci. Nella fase di dimissione ospedaliera e a seguito di visita specialistica è necessaria la **coerenza** alle note CUF, tenendo conto che nel territorio le prescrizioni al di fuori delle indicazioni delle note non possono essere poste a carico del SSN. L'**uso intraospedaliero** dei farmaci soggetti a nota CUF sarà regolamentato da protocolli interni, condivisi tra i medici e adottati con il supporto delle commissioni aziendali competenti.

Fra gli obiettivi prioritari del triennio è compreso anche lo sviluppo di strumenti del governo clinico per la **verifica** dell'utilizzo dei farmaci necessari per la terapia di malattie croniche, che possono presentare approcci terapeutici differenziati, con effetti variabili sull'impiego delle risorse. Le principali aree di interesse per le quali occorre adottare interventi atti a migliorare l'efficacia e l'appropriatezza dell'assistenza e ridurre la forte variabilità osservata tra medici, riguardano il trattamento dell'ipertensione, delle patologie respiratorie (asma e broncopneumopatie) e dell'apparato urologico.

Sarà necessario promuovere la collaborazione e la condivisione delle scelte terapeutiche fra i medici coinvolti nella gestione delle patologie. Esiste infatti una eguale **responsabilità prescrittiva** dei medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali e di assistenza primaria. E' possibile migliorare i livelli di **appropriatezza** con un impegno congiunto di tutti i medici, per l'applicazione e la valutazione di **linee guida** e percorsi diagnostico-terapeutici, per il coinvolgimento in iniziative di formazione e di supporto all'analisi dei dati di consumo, nella gestione delle informazioni e nella valutazione critica delle evidenze scientifiche.

Dovrà essere rafforzato il settore della **farmacovigilanza**, promuovendo attività di formazione e di informazione ai medici, al fine di potenziare l'attività di segnalazione delle reazioni avverse da farmaci e migliorare la qualità di

compilazione delle schede. Inoltre si svilupperanno iniziative di farmacovigilanza attiva, connesse alla valutazione e al monitoraggio della qualità della terapia, con particolare riferimento al tema delle associazioni farmacologiche, all'uso di antibiotici nei bambini ed alle prescrizioni rilevanti per il sovradosaggio e per complessità di terapia.

Anche diverse norme nazionali sono intervenute richiamando la necessità di un più puntuale controllo delle prescrizioni farmaceutiche. Al servizio ospedaliero competerà la realizzazione di iniziative di informazione, formazione e coinvolgimento delle diverse figure professionali, per favorire l'erogazione di prestazioni appropriate ed efficaci, secondo le evidenze scientifiche disponibili.

Sul piano organizzativo infine, l'Azienda sarà impegnata a sperimentare **un sistema automatico di gestione e distribuzione dei farmaci in dose unitaria**. Tale sistema risulta più sicuro per il paziente e più efficiente per l'organizzazione, sia dal punto di vista economico che dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse professionali. I risultati attesi sono quelli di una riduzione degli errori umani (nella prescrizione, nella preparazione e nella somministrazione della terapia) e del recupero di efficienza (riduzione sprechi di medicinali, miglioramento gestione delle scorte, appropriazione indebita di medicinali, ecc.)

#### 5.4 I SERVIZI DI SUPPORTO: LA RIORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO

La **mission dell'area amministrativa** e tecnica è quella di assicurare, secondo requisiti di appropriatezza tecnico-professionale e di economicità, il **supporto** all'attività di produzione delle prestazioni sanitarie.

In tale ottica, nel corso del 2003, si è definito un progetto di riorganizzazione del dipartimento amministrativo e tecnico, la cui piena attuazione costituirà il principale obiettivo del periodo di validità del piano ed, in particolare, dell'anno 2004.

Inoltre, nel prossimo triennio andranno rafforzati i **processi** già avviati nell'ultimo periodo:

- **aggregazione della domanda** (unioni di acquisto);
- **esternalizzazione di servizi** di supporto (pulizie, lavanolo, ristorazione, magazzino farmaceutico);
- **valutazione di economicità** su altri servizi (automezzi, manutenzioni, stipendi, fatturazioni);
- **processi di riorganizzazione** finalizzati sia ad un miglioramento dell'efficienza sia ad una riduzione del personale (tramite una gestione rigorosa del turn-over, tenuto conto anche delle eccedenze dichiarate dal piano di rientro);
- **riorganizzazione del sistema informativo** aziendale e delle rilevazioni contabili (certificazione dei bilanci).

Nel corso del mese di novembre 2003 è stato approvato, all'interno del Collegio di direzione dell'azienda, il **piano di riorganizzazione del dipartimento** amministrativo e tecnico.

Il piano contiene le **linee di indirizzo** per la modifica dell'assetto organizzativo delle unità operative afferenti al dipartimento tese alla determinazione di una maggiore integrazione sia tra i vari settori del dipartimento sia fra il dipartimento e le articolazioni sanitarie.

La necessità di pensare ad una organizzazione nella quale le figure classicamente definite "amministrative" debbano diminuire ma nello stesso tempo si debba fornire un servizio quali/quantitativamente adeguato, è stato il dato più importante e più complesso per la definizione del progetto di riorganizzazione.

Il **nuovo assetto** mira a creare una funzione amministrativa che:

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

Un importante **elemento di novità** rispetto all'attuale organizzazione consisterà, inoltre, nell'**accorpamento** delle unità operative delle due aree dipartimentali in spazi contigui: l'area dipartimentale tecnica troverà collocazione negli spazi del "padiglione 9" dell'ospedale Lolli, mentre l'area dipartimentale giuridico-economica si collocherà al piano primo dell'ospedale vecchio.

Tale scelta ha innanzitutto il significato di creare le condizioni logistiche per arrivare ad una **razionalizzazione** nell'utilizzo del personale amministrativo e ad una integrazione dei professionisti e del personale tecnico occupato nelle stesse.

La realizzazione delle nuove sedi verrà effettuata con interventi di non rilevante entità, consistenti soprattutto nel cablaggio degli uffici-studi e nella distribuzione dell'impianto telefonico a tutte le postazioni di lavoro.

Si configura, in sintesi, la possibilità di realizzare **due poli** a servizio di tutte le articolazioni e le unità operative dell'azienda.

L'obiettivo è di procedere alla **concentrazione** delle due aree nelle due sedi rapidamente e con contestualità, o comunque con uno sfasamento temporalmente limitato, e quindi non significativo, considerato che la riorganizzazione complessiva del dipartimento è fortemente correlata all'aspetto logistico.

L'anno 2004 sarà dunque l'anno nel quale la nuova organizzazione verrà avviata, per cui sarà necessario affinare le nuove modalità operative con il contributo ed il coinvolgimento di tutti gli operatori interessati.

#### 5.4.1 UNIONI DI ACQUISTO

In materia di acquisto di beni e servizi l'azienda è impegnata da anni, anche su indicazione della regione (osservatorio regionale dei prezzi) ad organizzare **forme collettive d'acquisto** in area metropolitana. Tale processo, sviluppatosi in particolare nell'ultimo triennio soprattutto in area farmaceutica tramite l'intervento della centrale interaziendale, verrà ulteriormente rafforzato ed esteso ulteriormente anche all'area economica.

L'estensione sarà anche **territoriale**, in quanto, sulla base delle più recenti indicazioni regionali, le unioni di acquisto dovranno interessare, in tutti i casi in cui risulti conveniente, l'**area vasta Bologna-Ferrara**. In tal senso sono già state avviate, e verranno rafforzate, le collaborazioni con l'Azienda usl e con l'Azienda ospedaliera di Ferrara.

Tale processo si è sviluppato, con interessanti risultati, nel settore di acquisizione di servizi attraverso la sottoscrizione di **contratti comuni e di energia**, in quest'ultimo caso attraverso l'adesione a consorzi di fornitura. In questi settori sarà necessario, anche per il futuro, mantenere monitorato il mercato per sfruttare tutte le opportunità che dovessero presentarsi.

Verrà inoltre sviluppata, coerentemente con le previsioni della più recente normativa, l'adesione alle **convenzioni CONSIP** ogniqualvolta queste risultassero più convenienti rispetto alle condizioni ottenibili attraverso altre procedure di acquisto.

Massima attenzione verrà prestata allo sviluppo del **commercio elettronico**, nell'ambito del piano telematico regionale, che prevede la costituzione di una "**centrale regionale di acquisto per la pubblica amministrazione**", la quale contempla sia il coordinamento con CONSIP, sia la creazione di una infrastruttura locale per la realizzazione di un modello di acquisto collaborativo orientato in particolare alla sanità.

#### 5.4.2 ESTERNALIZZAZIONI E VALUTAZIONI SULLA GESTIONE DEI SERVIZI DI SUPPORTO

Per alcuni servizi, di area tecnico-economale, si procederà ad un'ulteriore estensione del processo di esternalizzazione, con particolare riferimento ai seguenti settori.

**Servizio di ristorazione.** L'azienda dovrà provvedere, sulla base degli impegni assunti con l'accordo di programma che ha portato alla cessione dell'area ex osservanza, a liberare l'attuale sede della cucina entro il 31 dicembre 2004.

In relazione ai forti investimenti che dovrebbero essere sostenuti per la realizzazione di una nuova sede per la produzione dei pasti ed all'impossibilità di farvi fronte, l'azienda, valutate le diverse ipotesi percorribili, si è orientata nella scelta della esternalizzazione del servizio.

Il ricorso ad un **gestore esterno** avverrà salvaguardando alcune condizioni essenziali:

- qualità del servizio;
- economicità del servizio;
- proficuo riutilizzo, all'interno dell'azienda, del personale attualmente impegnato nell'attività, anche attraverso percorsi graduali di riqualificazione. In tale ambito verrà verificata la possibilità che il gestore esterno possa utilizzare alcuni degli operatori dell'azienda, fermo restando il mantenimento del rapporto di lavoro con l'Azienda usl di Imola.

**Servizio di pulizie.** Anche in relazione ai positivi risultati ottenuti nell'ultimo biennio con l'estensione dell'appalto ad ulteriori spazi, in particolare ospedalieri, **l'appalto verrà ulteriormente ampliato** a tutte quelle aree in cui ciò sia possibile, limitando la gestione diretta del servizio ai locali strettamente indispensabili, in relazione alla criticità delle aree ed all'articolazione dell'orario di servizio.

**Magazzino farmaceutico.** Nel corso del 2003 è stata avviata la gara per la **centralizzazione del magazzino** di farmacia delle quattro aziende sanitarie dell'area bolognese e dell'azienda ospedaliera, al fine di assegnare il servizio, in "outsourcing", ad un operatore logistico privato.

Tale progetto, realizzato con la fattiva collaborazione anche del Ministero del tesoro (tramite CONSIP), dovrà diventare operativo nel corso del 2004 e consentirà un notevole risparmio nella distribuzione dei farmaci (anche grazie alla sperimentazione sull'informatizzazione dell'armadio di reparto, realizzata dalla nostra azienda), oltre che un recupero di personale, che in parte verrà assorbito dall'operatore logistico, secondo modalità da definire anche d'intesa con le organizzazioni sindacali, ed in parte verrà mantenuto per l'espletamento delle funzioni residue o destinato ad altre attività.

**Servizio automezzi.** Valutato che, sulla base degli approfondimenti compiuti, appare al momento più conveniente, in relazione all'attuale organizzazione e dimensionamento del servizio, una gestione diretta, occorrerà comunque procedere ad un continuo monitoraggio del parco automezzi, già iniziata nel corso del 2002, che dovrà portare, al termine del periodo di validità del piano ad una migliore organizzazione dell'attività, favorendo prioritariamente l'utilizzo del mezzo proprio e la conseguente contrazione del parco automezzi aziendale.

Per il corretto dimensionamento del servizio sarà necessario tenere presente l'impatto determinato dall'acquisizione del territorio del Comune di Medicina, che imporrà una diversa organizzazione del servizio.

#### 5.4.3 PROCESSI DI GESTIONE DEL TURN-OVER

Nel corso del **triennio 2001/2003** si è determinata una consistente riduzione del personale di area tecnica ed amministrativa. In particolare, rispetto alle 256 unità presenti all'1.1.2001 nel dipartimento amministrativo e tecnico, si è avuta una **riduzione**, alla fine del 2003, di **33 unità** grazie al blocco pressoché totale del turn over.

Ciò non ha determinato ripercussioni sulla qualità e tempestività dei servizi resi grazie all'impegno del personale e a processi riorganizzativi interni alle singole unità operative.

L'ulteriore **processo di riorganizzazione** del dipartimento amministrativo-tecnico, già descritto precedentemente, consentirà, almeno per il 2004, di continuare a non ricoprire il turn over previsto dell'area amministrativa. Ciò consentirà di raggiungere sostanzialmente l'obiettivo di recupero di personale amministrativo e tecnico, contenuto nel piano di rientro aziendale, senza procedere a dichiarazioni di esubero di personale.

#### 5.4.4 RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE

Un **obiettivo prioritario** individuato dall'assessorato regionale alla sanità è quello di rafforzare e sviluppare il **sistema informativo regionale** per rispondere all'esigenza di completare ed integrare, in ambito regionale, le rilevazioni dei principali settori di attività e dei costi dei servizi sanitari per tutte le attività di programmazione e valutazione.

In questo ambito l'impegno dell'azienda sarà quello di **riorganizzare il sistema informativo aziendale** perseguendo la massima semplificazione possibile, in relazione ai contenuti informativi necessari e condivisi, ed eliminando duplicazioni e ridondanze di rilevazioni.

Nel prossimo triennio andrà completato anche il processo, già avviato nel corso del 2003, relativo alla **certificazione dei bilanci**. L'obiettivo della certificazione è da considerare prioritario in quanto, attraverso lo sviluppo di meccanismi di standardizzazione, garantirà la corretta ed omogenea lettura dei bilanci e migliorerà la capacità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi delle gestioni aziendali.

#### 5.4.5 PATRIMONIO E INVESTIMENTI

Per affrontare compiutamente il tema dell'utilizzo del patrimonio è necessario tenere a mente i capisaldi cui dovrà fare riferimento il PAL dell'Azienda usl di Imola.

Contemporaneamente è necessario rammentare un concetto ormai espresso con continuità nei documenti programmatici sia nazionali che locali e cioè il tema della limitatezza delle risorse.

Anche questo territorio quindi non può prescindere da queste premesse nel valutare le linee di sviluppo della propria azienda sanitaria, tratteggiando il disegno di un **rilancio strategico** da attuarsi intervenendo da un lato sull'organizzazione, sulla cultura e sui valori degli operatori e dall'altro sulla qualità degli investimenti.

Questo PAL dovrà costituire, per quanto riguarda gli interventi strutturali, uno strumento di **proiezione futura** in grado di valutare, fra l'altro, il livello di rispondenza della struttura alla domanda, individuare e quantificare le tipologie di intervento necessarie all'adeguamento e pianificare gli interventi proposti.

Innanzitutto si deve tener conto dell'avvio del **completamento del nuovo ospedale**. Questa struttura dovrà essere concepita come il definitivo contenitore in grado di ospitare tutti i servizi sanitari oggi ancora collocati nel vecchio ospedale, nell'osservanza ed in altri punti del territorio del nostro comprensorio.

L'obiettivo di realizzare un ospedale strutturalmente e tecnologicamente al passo con i tempi deve rappresentare uno dei principali elementi di sfida della dirigenza dell'ausl e della società imolese nella sua globalità. E' indispensabile avere consapevolezza che il futuro della autonomia aziendale dipende essenzialmente da **due fattori**: dotarsi di strutture adeguate ai più elevati standard qualitativi e mantenere l'inserimento nell'organizzazione di validi professionisti che consentano, a questa realtà, di conservare alto il livello del servizio erogato.

Con questo completamento il nuovo ospedale assumerà il suo aspetto definitivo e dovrà offrire garanzie di una sempre migliore rispondenza agli **indirizzi di progettazione** degli ospedali del futuro: dovranno essere ancora migliorate le caratteristiche di affidabilità, flessibilità, socialità e di appropriatezza che hanno caratterizzato il nostro ospedale fin dalla sua apertura nel 1989.

Non v'è dubbio che per mantenere ad alto livello le prestazioni che la nostra azienda è in grado di erogare si renderà necessario sviluppare, fra gli altri, il tema della **vocazione degli stabilimenti** di Imola e di Castel San Pietro Terme e stabilirne gli assetti organizzativi più adatti ad un corretto impiego delle risorse a disposizione.

In questi ultimi anni gli interventi che si sono susseguiti hanno di fatto indicato una linea che può costituire la traccia per le scelte future.

Gli **interventi** di consolidamento e di ristrutturazione del II e III piano dello **stabilimento di Castel San Pietro**, per diversi milioni di euro, segnano in modo tangibile la volontà di mantenere e di consolidare il ruolo centrale di quella struttura come elemento essenziale per il sistema sanitario imolese.

La **realizzazione** del nuovo ospedale di Imola è stata finanziata per 17 miliardi di vecchie lire nella seconda fase del piano straordinario previsto dall'art. 20 della legge 67 del 1988, mentre per la parte residua si è ricorso ai proventi derivanti dall'alienazione del complesso dell'osservanza.

L'**aggiudicazione delle opere** entro il mese di marzo 2004 consentirà di avviare materialmente i lavori entro il mese di settembre, con la previsione di **completare** gli stessi **nell'arco di 36 mesi**.

I professionisti dell'azienda, sanitari e tecnici, in stretto raccordo con la Direzione generale, avranno il compito di tratteggiare il profilo dell'ospedale del futuro, sforzandosi di individuare quali potranno essere i bisogni della nostra realtà, gli sviluppi tecnologici e le innovazioni organizzative da proporre al nostro territorio.

E' opportuno considerare, come ulteriore indirizzo di investimento dell'azienda, che sarà necessario continuare o, ancor meglio, potenziare le **opere di manutenzione** preventiva e straordinaria per la conservazione dei beni e delle strutture ospedaliere in piena efficienza in tutte le loro componenti strutturali ed impiantistiche.

Si richiama inoltre l'impegno aziendale dell'ultimo periodo per conseguire una **riorganizzazione** delle sedi erogative distribuite sul territorio al fine di ottimizzare i costi di gestione, mantenendo comunque l'elevato livello qualitativo dei servizi forniti; sarà necessario proseguire ancora in questa direzione tenendo presente inoltre l'ampliamento del territorio di competenza dell'azienda verso il Comune di Medicina.

Proprio sul **polo sanitario di Medicina** è previsto uno sforzo notevole di investimenti in quanto la struttura è complessivamente in non buone condizioni. L'adeguamento agli standard medi delle strutture di Imola e di Castel San Pietro imporrà un ragguardevole impegno sia di risorse finanziarie sia di impegno progettuale.

Anche per Medicina sarà dunque necessario valutare, in analogia con quanto fatto in questi anni sul restante territorio, tutte le possibilità di **alienazioni patrimoniali**.

Quanto portato avanti in questi anni va nella direzione auspicata dalla regione Emilia Romagna che ha fornito indicazioni tese a privilegiare, per quanto riguarda i finanziamenti, quelle aziende che abbiano già provveduto alla vendita dei rispettivi beni patrimoniali.

L'alienazione patrimoniale dovrà dunque continuare per tutti quegli immobili che, pur in possesso di un vincolo di destinazione sanitaria, non abbiano oggi, e nemmeno nelle ipotesi di sviluppo futuro, un chiaro utilizzo a fini sanitari. Per poter ragionevolmente portare a termine questo obiettivo, vista la loro rilevanza sia storica che urbanistica, sarà necessaria la collaborazione di tutti i livelli istituzionali coinvolti.

L'esperienza fatta con l'**accordo di programma** sul complesso dell'osservanza e con la successiva e recente alienazione non devono restare un esempio isolato.

Dovranno essere individuati e resi disponibili altri immobili e altre aree che rappresenteranno le uniche possibili fonti di autofinanziamento dell'azienda imolese: il **presidio Silvio Alvisi** rappresenta un punto di grande interesse urbanistico; alcune aree all'interno dell'**ospedale Lolli**, oggi non più utilizzate a scopi sanitari, potrebbero essere messe a disposizione della città per dare concretezza al concetto di integrazione fra zone della città a differente vocazione.

Un discorso a parte merita il **complesso di Montecatone** per il quale, il positivo esito della sperimentazione gestionale con la società Montecatone Rehabilitation lascia ben sperare circa l'utilizzo dei restanti padiglioni.

Tale patrimonio, per dimensione e collocazione, rappresenta una importante opportunità da concretizzare nei tempi più rapidi possibili.

Infine il **trasferimento nel nuovo ospedale** di tutte le attività sanitarie determinerà un differente assetto degli spazi all'interno del **vecchio ospedale**. Esso dovrà mantenere una presenza di riferimento per la città realizzando una integrazione con il centro storico di Imola. In questa chiave un rapporto di collaborazione strategica e di innovazione progettuale potrà determinare un ripensamento del complesso del vecchio ospedale come contenitore **a servizio della città** per collocare servizi diversi al cittadino, in una ubicazione estremamente interessante per i collegamenti, per la disponibilità dei parcheggi e per il contesto ambientale.

#### 5.4.6 TECNOLOGIE BIO-MEDICHE

La componente tecnologica ed in particolare quella relativa alle apparecchiature sanitarie o tecnologie biomediche rappresenta sempre più un elemento fondamentale e strategico nella attività di una azienda sanitaria.

La nostra azienda, che storicamente non disponeva di un servizio di ingegneria clinica, ha avviato nell'anno 2000 un **processo trasversale** ed interdisciplinare con il compito di programmare le nuove acquisizioni e di organizzare le attività di manutenzione preventiva e correttiva delle apparecchiature stesse.

Dall'anno 2000 è quindi stato predisposto un **piano triennale** di acquisizione e rinnovo delle tecnologie e si è dato corso a specifici appalti per una gestione interna delle manutenzioni e delle verifiche periodiche di sicurezza.

Nel corso dell'anno 2003, nell'ambito del dipartimento amministrativo e tecnico, è stata poi formalmente istituita la **unità operativa di ingegneria clinica** con un proprio e specifico organico e con i seguenti compiti e **funzioni**:

- predisposizione del piano annuale, d'intesa con i direttori di unità operative sanitarie, di sostituzione e di sviluppo delle apparecchiature biomediche;
- definizione, d'intesa con i direttori di unità operative sanitarie, dei capitolati tecnici di acquisto delle apparecchiature e formulazione del parere tecnico in fase di gara di acquisto;
- attuazione di procedure di accettazione, collaudo e messa in servizio delle apparecchiature;
- gestione di uno specifico inventario tecnico delle apparecchiature biomediche e loro catalogazione ;
- gestione delle verifiche periodiche di sicurezza delle apparecchiature in uso;
- gestione della manutenzione preventiva e correttiva delle apparecchiature;
- gestione delle procedure di fuori uso, in collaborazione con l'ufficio inventario economale;
- collaborazione alla formazione del personale per un uso corretto e sicuro delle apparecchiature.

Le apparecchiature sanitarie di **elevata tecnologia** sono di recente acquisizione, mentre permangono settori sanitari le cui dotazioni tecnologiche risalgono all'apertura del nuovo ospedale (1989), sui quali occorrerà porre particolare attenzione, al fine di garantire una buona affidabilità.

Gli **investimenti** effettuati nell'anno 2003, con fondi aziendali, sono risultati pari a circa euro **1.350.000,00** con una percentuale di **rinnovo**, considerando anche le apparecchiature acquisite tramite donazioni, pari a circa il **11%**.

Per il prossimo triennio, nell'arco temporale di validità del presente pal, si prevede di **mantenere** gli attuali livelli di investimento (1.300/1.400 milioni anno) a cui andranno a sommarsi le eventuali donazioni da parte di enti e/o società imolesi.

#### 5.4.7 TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE

Il **ruolo** delle nuove tecnologie, in particolare dell' ICT (information communication technology) è quello di leva strategica per il cambiamento nello sviluppo organizzativo aziendale.

Tuttavia "... **recenti studi hanno ampiamente dimostrato che solo un approccio che coniughi sistemi informativi, processi di management e formazione con l'utilizzo di nuove tecnologie può determinare risultati certi e adeguati.**". Pertanto lo **sviluppo ICT aziendale** si colloca a supporto dello sviluppo organizzativo, con l'obiettivo di

garantire le migliori integrazioni possibili tra i diversi sistemi informatici e informativi aziendali, ed intende accompagnare ogni adozione di tecnologia informatica con adeguati interventi formativi non esclusivamente finalizzati all'addestramento all'utilizzo, ma volti a far maturare la cultura di un appropriato utilizzo delle tecnologie medesime.

Il **sistema informatico/informativo** (o sistema informativo automatizzato) aziendale si sviluppa in coerenza con gli indirizzi regionali con particolare riferimento al **piano telematico regionale**, al **progetto sole** (sanità on line), ed ai **progetti di modernizzazione** provinciali. La **connettività di rete** telematica è garantita su tutte le sedi aziendali, la **"wan" aziendale** (wide area network) è interconnessa alla rete regionale ed alla wan delle aziende bolognesi. L'interconnettività con le aziende bolognesi, consolidata nel 2003 consente la gestione integrata del sito provinciale, la consultazione della meta-anagrafe provinciale, la consultazione/aggiornamento del cruscotto provinciale anche psichiatrico, il trasferimento delle immagini radiologiche per consulenze e "2<sup>nd</sup> opinion". Nel corso del 2004 saranno **potenziati i collegamenti** con la sede di Castel San Pietro, Medicina e Borgo Tossignano. Nell'ambito del progetto sole sarà realizzata la connettività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. La scelta delle **soluzioni tecnologiche** tende ad una omogeneizzazione e/o integrazione con gli ambienti applicativi delle aziende sanitarie della provincia.

Il **budget** degli investimenti informatici costante negli ultimi anni ha consentito di pianificare un adeguato sviluppo dei sistemi ICT secondo **tre direttici** ritenute strategiche per l'azienda:

- rinnovo di tecnologia hardware finalizzato a garantire la migliore efficienza delle postazioni periferiche con servizio di help desk direttamente fornito dalla unità operativa tir; per quanto riguarda il parco server si procederà tra il 2004 ed il 2005 ad un progressivo trasferimento in "hosting" dei server aziendali, anche in funzione della ricollocazione logistica delle unità operative del dipartimento amministrativo e tecnico;
- sviluppo del sistema di gestione documentale che trova punto di avvio nella base dati documentale delle posizioni del personale dipendente e nella soluzione scelta (in coerenza al dettato AIPA, tra le soluzioni individuate CONSIP) per la gestione del protocollo generale e per la gestione degli atti. Tale soluzione sarà adottata dai diversi uffici amministrativi nel corso del biennio 2004/2005. Si colloca in tale contesto la gestione documentale contabile (fatture) e la gestione documentale a supporto del processo di accreditamento dei servizi aziendali;
- sviluppo del sistema di gestione clinica integrata del paziente. Nel corso del 2004 sarà analizzato il processo clinico di ricovero al fine di individuare ed adottare la miglior soluzione informatizzata gestionale per la cartella clinica del paziente ricoverato, basandosi su tecnologie "wire-less" per quanto riguarda le soluzioni di connettività.

Al fine di consentire l'**integrazione organizzativa** dei percorsi assistenziali intra ed extra ospedalieri con particolare attenzione alla gestione delle patologie croniche (es.: percorso del paziente diabetico) l'Azienda usl di Imola si colloca tra le prime aziende, nelle quali nel corso del 2004, si procederà alla **integrazione telematica** tra i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta ed i servizi dell'azienda. Nell'ambito delle attività pianificate per la realizzazione del **progetto sole**, per il quale, peraltro, l'azienda svolge il ruolo di coordinamento regionale per conto della regione, sotto la supervisione delle direzioni sanità e telematica e con il supporto della società CUP 2000, partner unico di progetto.

## BIBLIOGRAFIA

- **Piano Sanitario Regione Emilia Romagna 1999-2001**
- **Documenti applicativi di PSR 1999-2001:**
  - Reti cliniche integrate
  - Governo clinico
  - Cardiologia e cardiocirurgia
  - Emergenza
  - Riabilitazione
  - Trapianto di organi e di tessuti
  - Assistenza intensiva perinatale e pediatrica
  - Genetica medica
  - Politica della salute mentale
  - Assistenza distrettuale
  - Dipartimenti di Sanità Pubblica
  - Progetto demenze
- **Bozza di Piano Sanitario Nazionale 2001-2003: "Dalla Sanità alla Salute", 2001**
- **Piano Sanitario Nazionale 2003-2005**
- **Profilo di salute 2002 - Dipartimento di Sanità Pubblica**
- **Bozza di Piano Attuativo di Area provinciale 2004-2006**
- **R. J. Romanow "Guide par nos valeurs", Rapporto finale, 2002**
- **M. Meneguzzo "Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie"**
- **G. Casati "Il percorso del paziente: la gestione per processi in sanità"**
- **F. Longo "ASL, distretto, medico di base: logiche e strumenti manageriali"**
- **A. Lomi "Reti organizzative. Teoria, tecnica e applicazioni", 1991**
- **C. Ruta "Sanità e management. Razionalizzazione strutturale e produttiva, controllo dei costi e del finanziamento, umanizzazione e qualità totale", 1993**
- **I. Buccoliero, I. Coccia, G. Nasi "Il sistema informativo automatizzato nelle aziende sanitarie, 2002**

