

## Sezione 2. Profilo Aziendale 35

<b>2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale</b>	<b>36</b>
2.1.1 Sostenibilità economica	37
Peso della perdita imolese rispetto alla “consolidata” RER e performance della gestione “tipica”	38
Composizione e incidenza sui ricavi degli aggregati di fattori produttivi	39
Andamento “mobilità passiva” e “mobilità attiva”	41
2.1.2 Sostenibilità finanziaria	43
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale	45
<b>2.2 Impatto sul contesto territoriale</b>	<b>47</b>
2.2.1 Impatto economico	47
2.2.2 Impatto culturale	49
2.2.3 Impatto sociale	50
<b>2.3 Livelli essenziali di assistenza</b>	<b>51</b>
2.3.1 Costi per livelli di assistenza: trend e confronto con i valori medi regionali	51
2.3.2 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	53
Programmi regionali di screening e coperture vaccinali	53
Controlli sugli ambienti di lavoro	55
Controlli su allevamenti e industrie alimentari	55
2.3.3 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza distrettuale	57
Anziani	57
Assistenza domiciliare	58
Consultori familiari	60
Salute mentale	61
Tossicodipendenze	63
Assistenza Specialistica	63
2.3.4 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza ospedaliera	65

## 2. Profilo Aziendale

In premessa alla presente Sezione - probabilmente e necessariamente la più "tecnica", sia per contenuti sia per linguaggio - considerando la molteplicità dei destinatari del Bilancio di Missione e l'importanza della sua comprensibilità univoca, si ritiene utile declinare i "significati economici-gestionali" sulla base dei quali verrà presentato il "Profilo Aziendale 2006".

La gestione operativa o caratteristica è quella relativa alle attività tipiche e ordinarie di un'Azienda Sanitaria (comprese quelle accessorie e strumentali).

Il risultato della gestione operativa o caratteristica (differenza tra ricavi e costi caratteristici) esprime la *performance* operativa e la "redditività" delle attività tipiche aziendali.

La gestione finanziaria è quella relativa ai proventi e agli oneri di natura finanziaria: interessi attivi e passivi; interessi di mora; oneri su mutui; proventi da partecipazioni; ecc..

Il risultato finanziario esprime il grado di indebitamento e "sofferenza" finanziaria, anziché la capacità dell'Azienda nella gestione dei flussi finanziari (tempi di pagamento; negoziazione con le banche e altri intermediari finanziari; eventuali anticipazioni a fornitori per attività esternalizzate; ecc.).

La gestione straordinaria è quella relativa a operazioni di tipo eccezionale e straordinario, verificatesi o implementate nell'esercizio: alienazioni di immobili; perdite di valori patrimoniali; plusvalenze o minusvalenze straordinarie; ecc..

Il risultato della gestione straordinaria può modificare il risultato d'Azienda, per un singolo esercizio, e la sua "influenza" va valutata e scorporata, in quanto - per definizione - non ha caratteristiche continuative o strutturali.

La suddivisione o scomposizione del "risultato complessivo" d'azienda nelle tre componenti sopra specificate è estremamente utile e significativa, per comprendere le macrodeterminanti della *performance* economico-gestionale di un'azienda. In sintesi, è possibile esprimere il contributo:

- della gestione operativa tipica aziendale (redditività, ovvero equilibrio economico del *core business* dell'Azienda);
- della gestione finanziaria (grado di indebitamento e gestione accorta e proattiva dei flussi finanziari);
- della gestione straordinaria (operazioni con impatto sull'esercizio e non strutturali).

## **2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale**

Il risultato d'esercizio - e in particolare, quello relativo alla gestione tipica o caratteristica - per le "aziende *profit*", svolge la funzione di fornire una valutazione gestionale sintetica, in un dato periodo.

Per quanto riguarda le "aziende *no profit*" - rispetto alle quali l'output spesso non è misurato/misurabile attraverso ricavi monetari - la ricostruzione del risultato d'esercizio, nell'accezione di cui sopra, è molto più complessa.

Per le Aziende Sanitarie, il significato del risultato economico d'esercizio può, a determinate condizioni, assolvere allo scopo di "valutazione sintetica della gestione", laddove sia opportunamente accompagnato dalla contestuale valutazione del "risultato di missione", conseguito nel periodo.

Il risultato di missione - a differenza di quello d'esercizio - non è ancora rappresentabile da una "misura sintetica", e comprende la "valutazione ponderata" delle dimensioni quali/quantitative esplorate nel Bilancio di Missione, di cui al presente documento, quale sperimentazione "dinamica" della Regione Emilia-Romagna.

Il risultato di missione dovrebbe esprimere il grado e l'uniformità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e il conseguimento degli obiettivi istituzionali, qualitativi e quantitativi, posti dagli *stakeholder*, in *primis* dai cittadini-utenti. Pertanto, una misura sintetica del risultato di missione - espressa ad esempio attraverso una *balanced scorecard*, che "pesi", mediante un set opportuno di indicatori di *performance*, le diverse dimensioni dell'attività di una Azienda Sanitaria (universalità ed equità di accesso; volumi prestazionali erogati; efficacia e qualità dell'assistenza; centralità del cittadino e grado di soddisfazione; tempi di attesa; appropriatezza ed efficienza gestionale; ecc.) - potrebbe costituire, insieme al risultato economico, il vero "risultato d'esercizio" di una Azienda Sanitaria.

A tale scopo, tuttavia, con riguardo al risultato economico d'esercizio, occorre considerare:

- I. l'impatto delle politiche di finanziamento (e, spesso, di sotto-finanziamento) del Fondo Sanitario Nazionale, variabili di anno in anno e fortemente influenti, quale variabile esogena e non gestionale, sul risultato economico d'esercizio;
- II. l'equità distributiva del Fondo stesso e i criteri che ne assicurano il conseguimento (tra i quali assume particolare rilievo quello relativo alla quota capitaria, ponderata e rettificata).

In estrema sintesi, affinché il risultato economico d'esercizio di una Azienda Sanitaria sia significativo della gestione economica realizzata, l'impatto di cui al primo punto va sterilizzato, in un contesto dove l'equità, di cui al secondo punto, sia assicurata e massimizzata.

In particolare, al fine di sterilizzare l'effetto delle politiche di finanziamento e delle altre variabili esogene incidenti (si pensi alle dinamiche contrattuali del personale, alle scelte sulla

compartecipazione alla spesa, alla politica del farmaco a livello nazionale/regionale, ecc.), risulta indispensabile effettuare analisi comparative; in altri termini, la *performance* di una Azienda Sanitaria è misurabile solo attraverso il confronto con quella di Sistema, regionale e nazionale, in cui si trova inserita. Per questa ragione, nei prossimi paragrafi, si porrà molta più attenzione ai dati relativi e a quelli di confronto, rispetto a quelli espressi in valore assoluto.

### 2.1.1 Sostenibilità economica

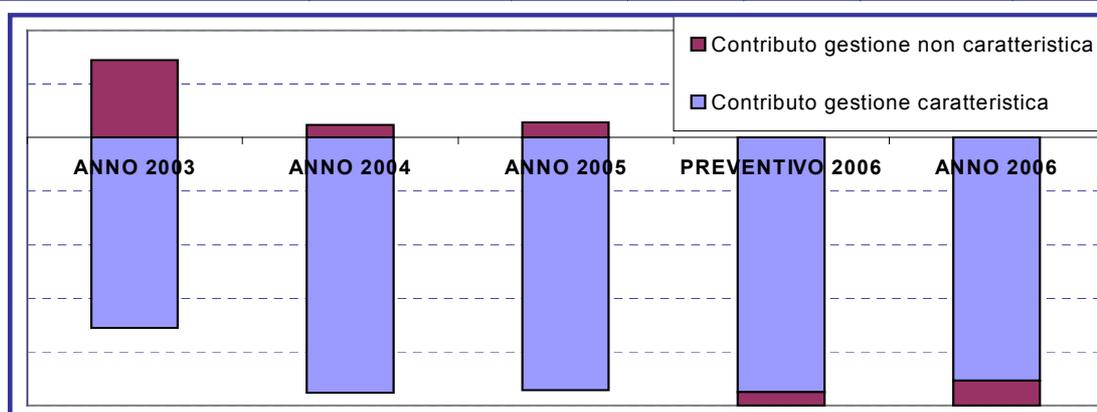
L'andamento del risultato netto d'esercizio dell'Azienda USL di Imola, per gli anni 2003-2006, evidenzia un tendenziale peggioramento, in valore assoluto, coerente con i risultati consolidati regionali, rispetto al trend dello stesso periodo.

Nel 2006, è stato conseguito il "risultato economico atteso" a Bilancio di Previsione (vedi Tabella 2.1) ri-modulato più volte, in corso d'anno, da parte della Regione, per tenere conto delle variabili esogene influenti.

Per quanto attiene il 2005, è necessario ricordarne l'anomalia - in termini di possibilità di un confronto a parità di condizione - in quanto l'andamento economico di tale esercizio risente della scelta regionale di ripianare *ex-post* tutti i Bilanci, salvo gli ammortamenti non sterilizzati.

**Tabella 2.1- Andamento risultati d'esercizio**

INDICATORE	INFORMAZIONE	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	PREVENTIVO 2006	ANNO 2006
<b>Risultato netto d'esercizio</b>	Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale	-4.948	-12.072	-3.159	-17.843	-15.936
<b>Incidenza risultati gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto</b>	Contributo gestione caratteristica	-168,6%	-105,3%	-106,4%	-95,0%	-90,7%
	Contributo gestione non caratteristica	68,6%	5,3%	6,4%	-5,0%	-9,3%



L'elemento gestionale più rilevante, emergente dalla serie storica rappresentata in Tabella 2.1, è il contributo della gestione non caratteristica (oneri e proventi straordinari e finanziari): fino al 2005, l'Azienda USL di Imola ha goduto di un contributo positivo di tali componenti "non tipiche" al risultato d'esercizio, grazie anche a dismissioni e alienazioni.

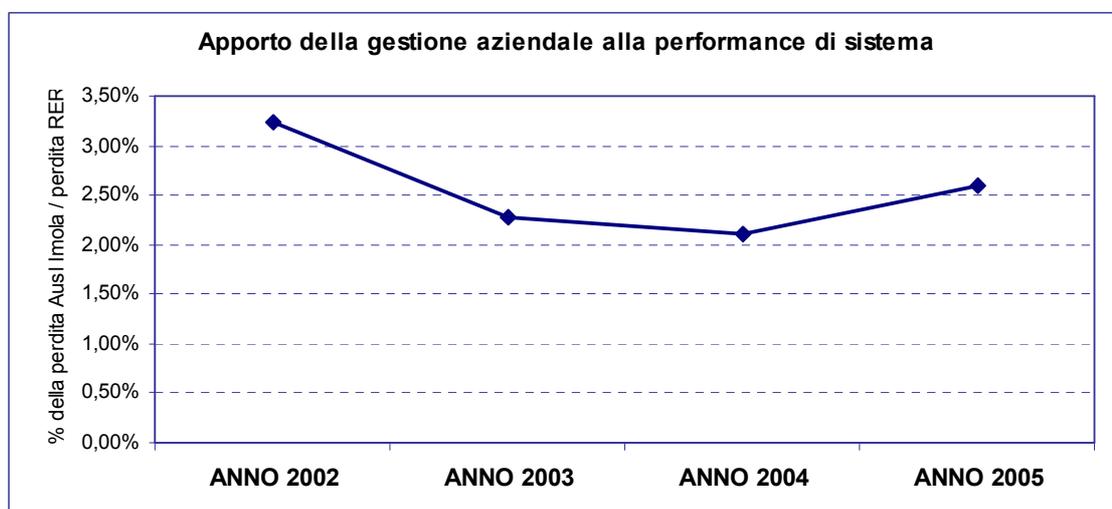
A partire dal 2006, invece, prevalgono le componenti negative - in particolare, l'onere del debito e altre voci finanziarie, quali gli interessi per il ritardo nei pagamenti ai fornitori - che vanno a sommarsi a quelle derivanti dalla gestione tipica o caratteristica.

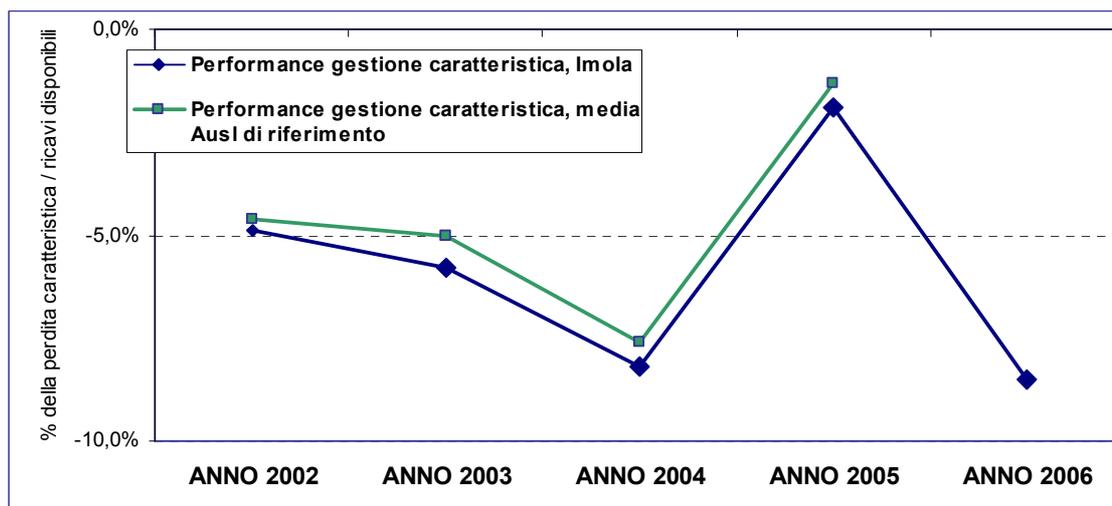
### **Peso della perdita imolese rispetto alla "consolidata" RER e performance della gestione "tipica"**

In Tabella 2.2 viene evidenziata l'incidenza della perdita dell'Azienda USL di Imola, rispetto a quella consolidata regionale (primo grafico) e la *performance* della gestione caratteristica, a confronto con quella media delle Aziende Sanitarie regionali, senza Azienda Ospedaliera insistente nel territorio - di seguito AUSL di "riferimento" - (secondo grafico).

**Tabella 2.2- - Andamento risultati d'esercizio nel quinquennio 2002 – 2006**

INDICATORE	INFORMAZIONE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
<b>Risultati netti d'esercizio/risultati complessivi regionali *</b>	Apporto della gestione aziendale alla performance di sistema	3,24%	2,28%	2,10%	2,60%	
<b>Risultati gestione caratteristica (ROC)/ricavi disponibili *, Imola</b>	Performance gestione caratteristica, Imola	-4,9%	-5,8%	-8,2%	-1,9%	-8,5%
<b>Risultati gestione caratteristica (ROC)/ricavi disponibili *, media Ausl senza AO nel territorio</b>	Performance gestione caratteristica, media Ausl di riferimento	-4,6%	-5,0%	-7,6%	-1,3%	





Dall'analisi si possono trarre le seguenti indicazioni:

- per quanto riguarda il primo indicatore, si riscontra un andamento positivo (riduzione del "peso" della perdita imolese, su quella consolidata RER, dal 3,24% al 2,10%). L'inversione di tendenza che appare per il 2005 (2,60%) è in realtà "fittizia", in quanto influenzata dalla "anomalia" descritta al paragrafo precedente. Il dato della perdita consolidata 2006 non è al momento disponibile, pertanto la serie storica si ferma al 2005 e, di fatto, per quanto detto, al 2004;
- per quanto riguarda la *performance* della gestione caratteristica, la serie storica evidenzia, per l'Azienda USL di Imola, un trend negativo nel quinquennio 2002-2006, analogo - per quanto lievemente peggiore - a quello medio regionale di riferimento.

### Composizione e incidenza sui ricavi degli aggregati di fattori produttivi

Nelle Tabelle 2.3 e 2.4, si rappresenta il *mix* di fattori produttivi impiegato dall'Azienda USL di Imola - reso omogeneo dal "metro" monetario - negli esercizi 2003-2006, a confronto con quello medio delle AUSL di "riferimento".

Per tutti gli anni indicati è evidente il maggior "peso" del costo del fattore produttivo "personale", rispetto al consolidato del gruppo di "riferimento", mentre accade l'inverso per tutte le altre macro-categorie di fattori produttivi (Tabella 2.4).

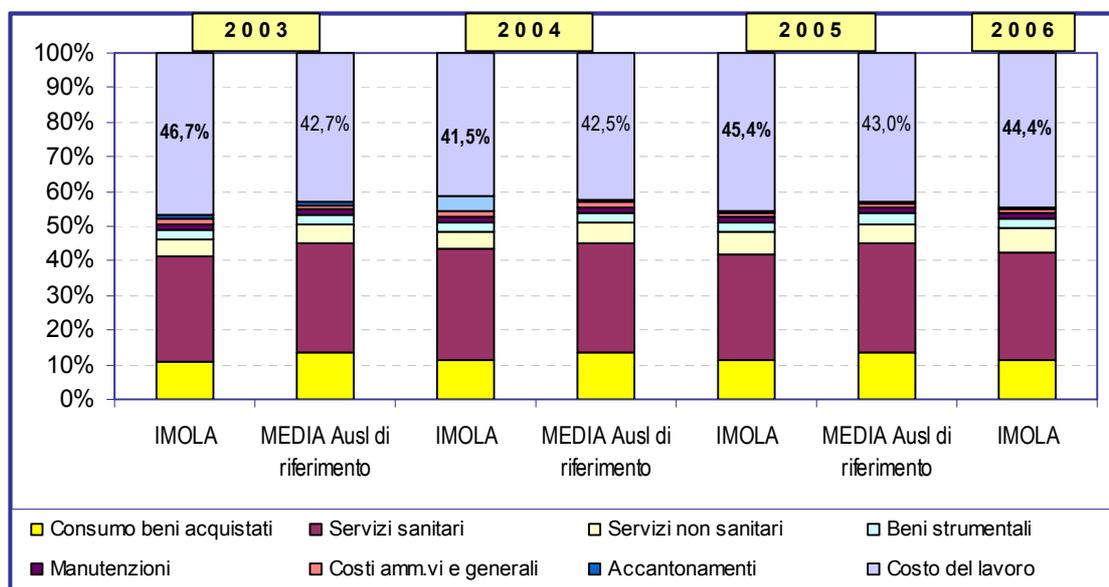
Lo scostamento di *mix* è imputabile a diversi fattori, tra cui si possono citare:

- il maggior grado di autosufficienza (e conseguente minor livello di esternalizzazione di servizi);
- l'esistenza di esternalizzazioni per così dire "miste", dove l'Azienda continua a conferire suo personale dipendente;

- la recente esternalizzazione di alcuni servizi economici (es. ristorazione degenti e dipendenti) il cui personale interno viene "assorbito" in maniera inevitabilmente graduale;
- il costo unitario, per alcune categorie di personale, mediamente più elevato, a seguito della contrattazione integrativa aziendale.

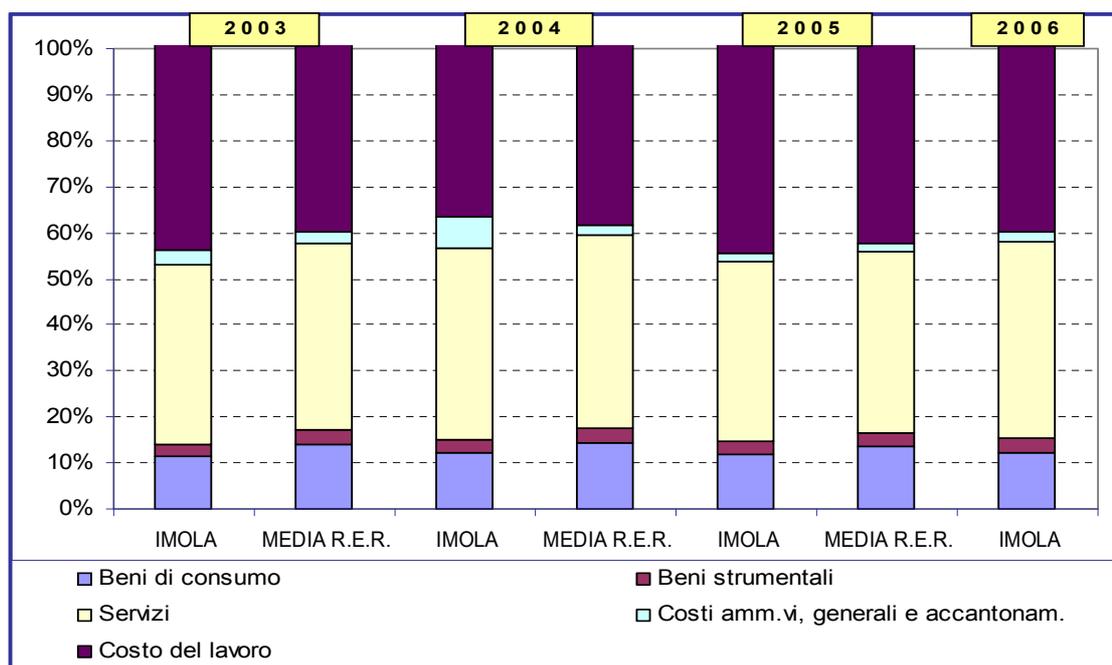
**Tabella 2.3– Composizione % dei costi d'esercizio annuali a confronto con media regionale**

Struttura dei costi aziendali/Totale costi	ANNO 2003		ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006
	IMOLA	MEDIA Ausl di riferimento	IMOLA	MEDIA Ausl di riferimento	IMOLA	MEDIA Ausl di riferimento	IMOLA
Consumo beni acquistati	10,8%	13,4%	11,2%	13,4%	11,6%	13,3%	11,2%
Servizi sanitari	30,6%	31,8%	32,5%	31,9%	30,5%	31,6%	31,2%
Servizi non sanitari	4,9%	5,3%	4,9%	5,6%	6,5%	5,6%	7,1%
Beni strumentali	2,5%	2,8%	2,6%	2,9%	2,7%	3,1%	2,9%
Manutenzioni	1,5%	1,4%	1,3%	1,5%	1,3%	1,6%	1,3%
Costi amm.vi e generali	1,8%	1,5%	1,9%	1,5%	1,4%	1,3%	1,3%
Accantonamenti	1,3%	0,9%	4,1%	0,6%	0,5%	0,5%	0,6%
Costo del lavoro	46,7%	42,7%	41,5%	42,5%	45,4%	43,0%	44,4%



**Tabella 2.4- Aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili a confronto con la media regionale**

Fattori produttivi/Ricavi disponibili	ANNO 2003		ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA
Beni di consumo	11,4%	14,1%	12,1%	14,5%	11,8%	13,5%	12,2%
Beni strumentali	2,6%	3,0%	2,8%	3,1%	2,7%	3,1%	3,1%
Servizi	39,1%	40,5%	41,9%	41,9%	39,1%	39,3%	43,0%
Costi amm.vi, generali e accantonam.	3,2%	2,6%	6,5%	2,3%	2,0%	1,8%	2,1%
Costo del lavoro	49,4%	44,9%	44,9%	45,8%	46,3%	43,5%	48,2%



### Andamento "mobilità passiva" e "mobilità attiva"

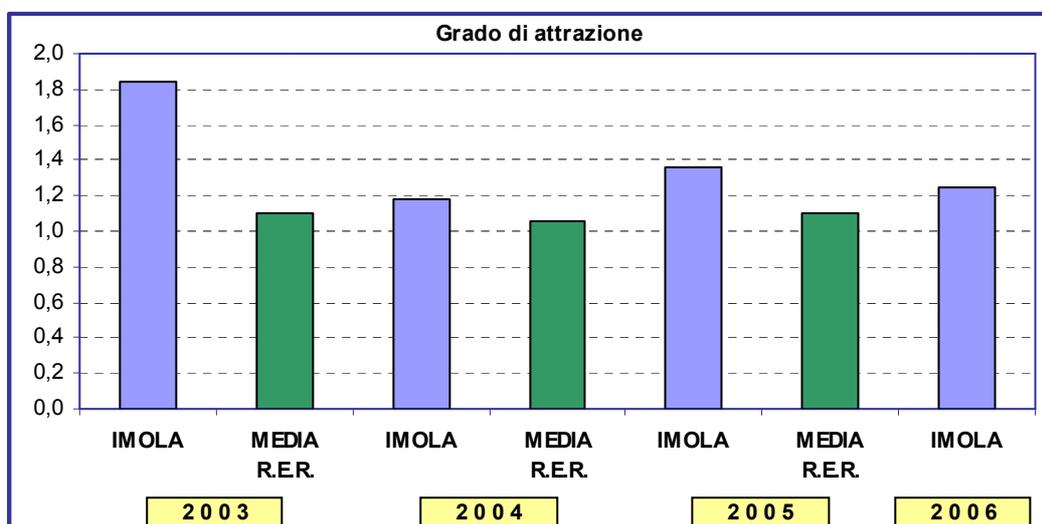
In Tabella 2.5, si presenta un indicatore molto sintetico relativo alla capacità di attrazione, ottenuto dal rapporto tra il valore economico complessivo della mobilità attiva e quello della mobilità passiva: valori dell'indicatore superiori a 1 esprimono la prevalenza della mobilità attiva e, di conseguenza, a valori più alti corrisponde un tasso di attrattività maggiore. Tuttavia, la significatività e l'omogeneità dell'indicatore per l'Azienda USL di Imola – posto a confronto, in Tabella 2.5, con quello consolidato regionale – viene inficiata da due variabili:

1. il peso consistente, sulla mobilità attiva, dell'attività di Montecatone Srl., eseguita per cittadini *extra-AUSL*, che dovrebbe costituire per l'Azienda "partita di giro" e fa registrare tassi di incremento annuale molto elevati;

2. l'effetto dell'incorporazione - avvenuta a fine esercizio 2003 - del Comune di Medicina, nel territorio "aziendale", con conseguente repentino incremento di mobilità passiva, a partire dall'anno 2004 e successivo graduale recupero, a seguito della progressiva attrazione degli assistiti del nuovo Comune, verso le strutture aziendali imolesi.

**Tabella 2.5 - Grado di attrazione: mobilità attiva/mobilità passiva a confronto con dato regionale**

Mobilità attiva /mobilità passiva	ANNO 2003		ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA
	1,84	1,10	1,18	1,06	1,36	1,10	1,25



Il peso delle due variabili "esogene" appena descritte spiega, in gran parte, le variazioni nell'indicatore "grado di attrazione" rappresentato nella Tabella 2.5: in particolare, dà ragione della sensibile riduzione tra il 2003 e il 2004 e degli scostamenti degli anni seguenti, rendendo il confronto – sia spaziale sia temporale - poco significativo.

Pertanto, appare opportuno approfondire l'analisi, anticipando alcune considerazioni afferenti il terzo capitolo, con particolare riguardo all'obiettivo aziendale di incremento dell'autosufficienza, in area ospedaliera.

**Tabella 2.6 – Indice di dipendenza della popolazione della AUSL di Imola**

Disciplina	Numero dimessi						Indice di dipendenza della popolazione					
	gen-set 2004		gen-set 2005		gen-set 2006		gen-set 2004		gen-set 2005		gen-set 2006	
	Mobilità Passiva	Ns Strutture	Mobilità Passiva	Ns Strutture	Mobilità Passiva	Ns Strutture	Mobilità Passiva	Ns Strutture	Mobilità Passiva	Ns Strutture	Mobilità Passiva	Ns Strutture
MEDICINA GEN	442	1.879	384	2.122	350	1.819	19%	81%	15%	85%	16%	84%
OSTETRICIA E GIN.	465	1.620	429	1.579	398	1.539	22%	78%	21%	79%	21%	79%
CHIRURGIA GEN.	603	1.431	549	1.354	602	1.300	30%	70%	29%	71%	32%	68%
ORTOPEDIA	687	887	672	785	686	749	44%	56%	46%	54%	48%	52%
PEDIATRIA	84	526	119	510	94	543	14%	86%	19%	81%	15%	85%
GERIATRIA	17	710	21	790	25	714	2%	98%	3%	97%	3%	97%
CARDIOLOGIA	448	599	304	634	244	646	43%	57%	32%	68%	27%	73%
LUNGODEGENTI	59	715	48	633	47	568	8%	92%	7%	93%	8%	92%
MEDICINA D'URGENZA	35	437	35	429	41	471	7%	93%	8%	92%	8%	92%
ORL	299	362	315	350	316	329	45%	55%	47%	53%	49%	51%
UROLOGIA	261	410	359	325	286	354	39%	61%	52%	48%	45%	55%
ONCOLOGIA	339	78	344	115	181	153	81%	19%	75%	25%	54%	46%
PSICHIATRIA	69	190	74	172	73	181	27%	73%	30%	70%	29%	71%
OCULISTICA	201	187	147	172	80	258	52%	48%	46%	54%	24%	76%
<b>Totale complessivo</b>	<b>4.259</b>	<b>10.160</b>	<b>4.022</b>	<b>10.127</b>	<b>3.643</b>	<b>9.776</b>	<b>30%</b>	<b>70%</b>	<b>28%</b>	<b>72%</b>	<b>27%</b>	<b>73%</b>

Fonte: Banca dati SDO interna (esclusa mobilità extraregionale)

Nel corso del 2006, è proseguito il recupero della "fuga" per specialità presenti, con un indice di dipendenza della popolazione dalle strutture aziendali pari al 73%.

In particolare, tra 2005 e 2006, si registrano evidenti miglioramenti nell'autosufficienza, per le specialità di: Cardiologia; Urologia; Oncologia; Oculistica.

Le specialità in controtendenza – rispetto al calo dei casi in mobilità passiva - risultano essere la Chirurgia Generale e l'Ortopedia, che nel 2006 peggiorano il dato 2005, confermando il valore 2004. A proposito della UO di Chirurgia, risulta utile sottolineare come nel corso dell'esercizio sia avvenuto il "cambio influente" nella Direzione della tale Struttura complessa.

### 2.1.2 Sostenibilità finanziaria

Si è già visto dalle prime tavole della Sezione 2 (vedi in particolare la Tabella 2.1) come il 2006 abbia rappresentato – per il sistema nel suo complesso – un anno difficile dal punto di vista economico. Ciò ha avuto inevitabili ripercussioni sul piano finanziario, sia in termini di incidenza sul Conto Economico della gestione finanziaria (vedi il commento alla Tabella 2.1, sul contributo della gestione non caratteristica al risultato economico) sia come allungamento dei tempi di pagamento dei fornitori.

In Tabella 2.6 si riportano i tempi medi di pagamento, per categorie, da cui si evincono le politiche aziendali per cercare di minimizzare l'impatto "sociale" dei ritardi.

**Tabella 2.7 – Sostenibilità finanziaria: ritardo nel pagamento dei fornitori al 31.12**

<b>Ritardi medi nei pagamenti</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>ANNO 2006</b>
Beni economici	360	420
Prodotti farmaceutici	360	420
Servizi in appalto	360	420
Farmaceutica convenzionata	30	30
Case di Cura	210	330
Assistenza termale	300	270
Cooperative sociali	120	150
Enti Gestori Case Protette	270	180
Protesica	360	420
Attrezzature	360	420

Il rendiconto di liquidità (vedi Tabella 2.8) evidenzia un saldo negativo della gestione extracorrente, che si somma all'effetto negativo del risultato di esercizio, depurato delle poste non monetarie.

**Tabella 2.8 – Sostenibilità finanziaria: rendiconto di liquidità 2006**

<b>Rendiconto di liquidità</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>ANNO 2006</b>
Disponibilità liquide iniziali	€ 736.014,00	-€ 6.745.887,00
Gestione di cassa corrente	€ 2.257.631,00	€ 16.689.072,00
Gestione di cassa extracorrente	€ 404.097,00	€ 2.193.819,00
Totale impieghi	-€ 10.143.629,00	-€ 15.953.912,00
Contributi per ripiano perdite		€ 805.906,00
<b>Disponibilità liquide finali</b>	<b>-€ 6.745.887,00</b>	<b>-€ 3.011.002,00</b>

Alla copertura del disavanzo finanziario ha contribuito la riduzione dei crediti, per euro 10.961.026 (in prevalenza nei confronti della Regione) e l'incremento – visto in Tabella 2.6 - dei debiti verso fornitori. Tali manovre hanno rideterminato un saldo positivo della gestione corrente per euro 16.689.072, il che ha consentito di conseguire un miglioramento complessivo della situazione di liquidità.

### 2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

Lo Stato Patrimoniale riclassificato dell'Azienda USL di Imola - rappresentato nelle sue grandezze più significative in Tabella 2.9 - mostra un peggioramento dell'equilibrio patrimoniale (espresso come quota di attività immobilizzate, coperte da fonti di finanziamento a medio o lungo termine) tra 2005 e 2006, analogo peraltro a quello registrato a livello di Sistema regionale.

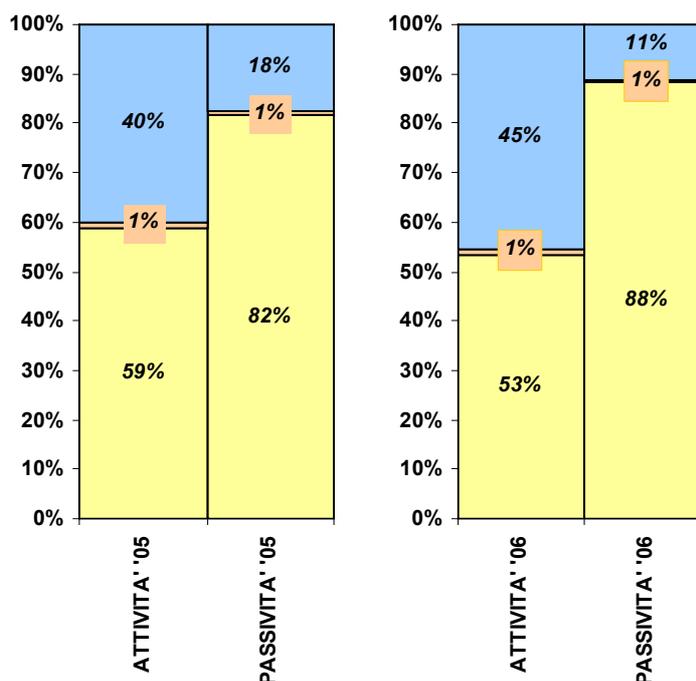
Nel 2005 - anno per il quale sono disponibili i dati di confronto - per l'Azienda si registra:

- un migliore rapporto fra fonti di finanziamento a medio-lungo termine (soprattutto patrimonio netto e contributi) e attività immobilizzate (45% per l'AUSL di Imola, contro una media regionale del 25%);
- una più elevata patrimonializzazione (18% contro 13% di incidenza del patrimonio netto).

Nel corso del 2006, la situazione patrimoniale di tutte le Aziende del Sistema regionale è gradualmente peggiorata, quale inevitabile riflesso della sofferenza economico-finanziaria.

**Tabella 2.9 – Stato Patrimoniale riclassificato (2005-2006)**

	ATTIVITA' '05	ATTIVITA' '06	PASSIVITA' '05	PASSIVITA' '06	
Liquidità immediate e differite	59%	53%	82%	88%	Finanziamenti a breve
Scorte	1%	1%	1%	1%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	40%	45%	18%	11%	Patrimonio netto
<b>TOTALE ATTIVITA'</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>TOTALE PASSIVITA'</b>



Tra il 2005 e il 2006 - a fronte di un aumento del "peso" delle attività immobilizzate, cresciute dal 40% al 45% dell'attivo - vi è stata una riduzione del patrimonio netto, dal 18% al 11%, dovuta:

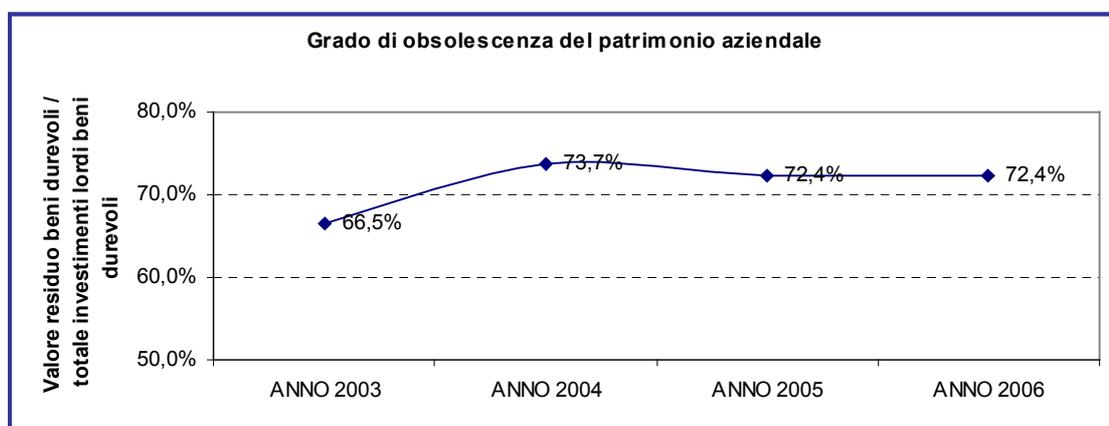
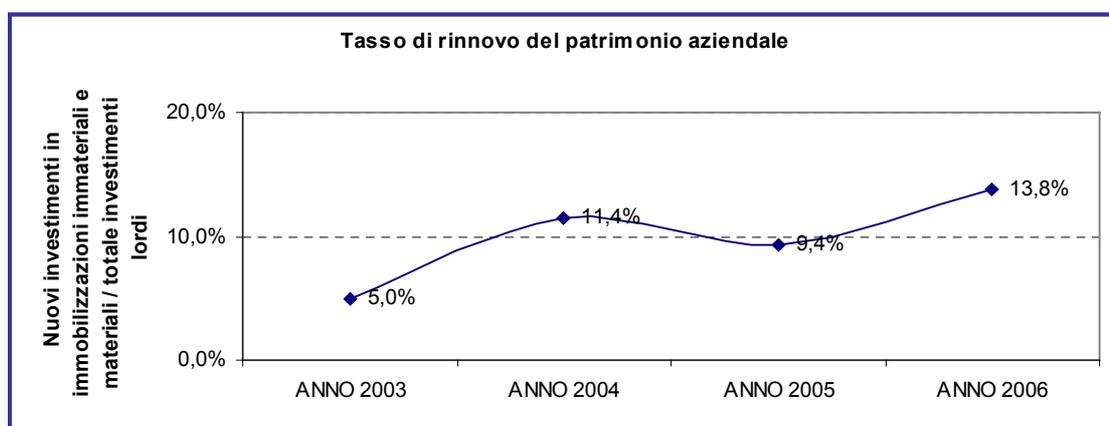
- al progressivo utilizzo dei Contributi in conto capitale iniziali;
- al mancato ripiano degli ammortamenti;
- al diverso criterio di copertura della perdita di esercizio 2006.

Il rapporto fra i finanziamenti a medio e lungo termine e le immobilizzazioni - indicatore di equilibrio e sostenibilità patrimoniale - si è di conseguenza ridotto al 24%.

Per quanto riguarda il grado di rinnovo e obsolescenza del patrimonio aziendale, dalla Tabella 2.10 risulta evidente il trend positivo, nel periodo 2003-2006: e proprio nel 2006, il tasso di rinnovo - ossia la quota di nuovi investimenti realizzati nell'esercizio - raggiunge il picco massimo, pari a poco meno del 14%.

**Tabella 2.10 – Grado di rinnovo e obsolescenza del patrimonio aziendale**

Indicatore	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
<b>Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi</b>	5,0%	11,4%	9,4%	13,8%
<b>Valore residuo beni durevoli / totale investimenti lordi beni durevoli</b>	66,5%	73,7%	72,4%	72,4%



## 2.2 Impatto sul contesto territoriale

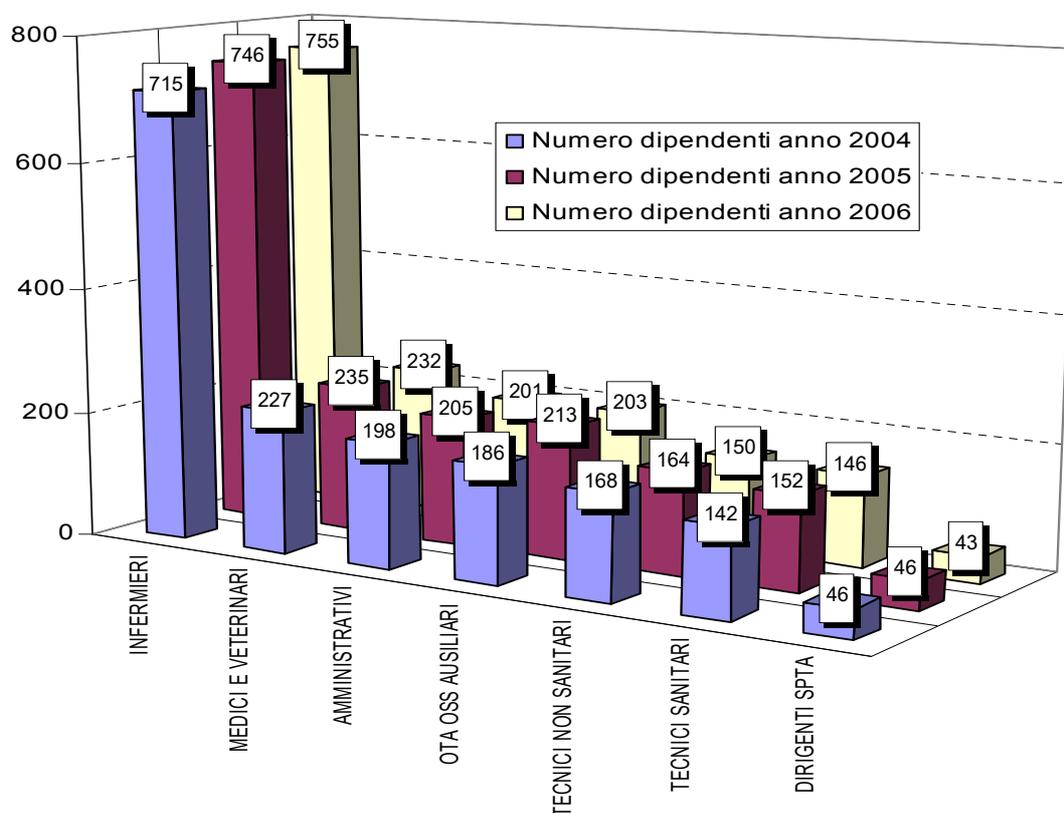
### 2.2.1 Impatto economico

L'Azienda USL di Imola – ancor più che negli altri contesti, trattandosi di un ambito territoriale con dimensione relativamente ridotte e infra-provinciale – ha indubbiamente un impatto economico e occupazionale di assoluta preminenza.

La grande maggioranza dei dipendenti è anche residente nell'ambito territoriale (circa l'85%), rappresentando poco meno del 3% del numero totale di occupati, nel territorio di competenza.

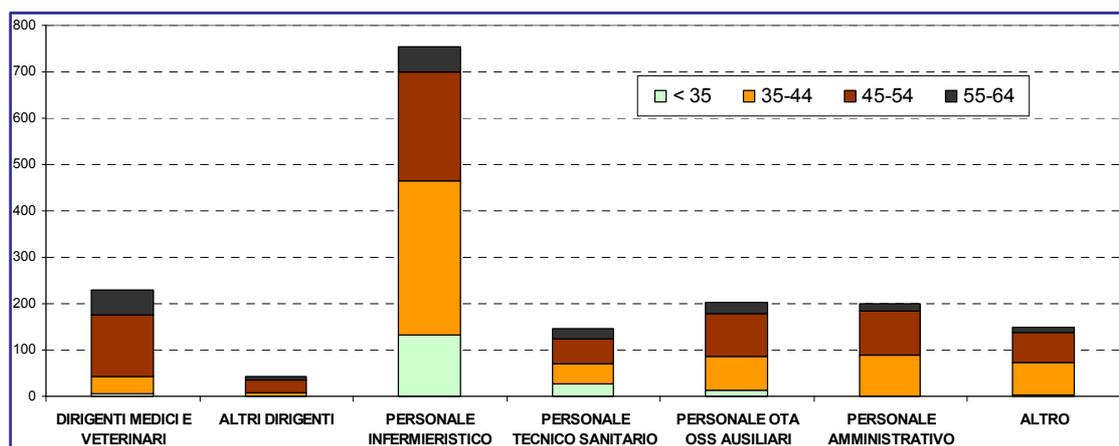
**Tabella 2.11 – Dipendenti suddivisi per ruolo e quota % dei residenti**

Ruolo	Numero dipendenti anno 2004	Numero dipendenti anno 2005	Numero dipendenti anno 2006
INFERMIERI	715	746	755
MEDICI E VETERINARI	227	235	232
AMMINISTRATIVI	198	205	201
OTA OSS AUSILIARI	186	213	203
TECNICI NON SANITARI	168	164	150
TECNICI SANITARI	142	152	146
DIRIGENTI SPTA	46	46	43
<b>Totale</b>	<b>1682</b>	<b>1761</b>	<b>1730</b>
<b>Totale dipendenti residenti</b>	<b>1.415</b>	<b>1.493</b>	<b>1.456</b>
<b>% dipendenti residenti</b>	<b>84,1%</b>	<b>84,8%</b>	<b>84,2%</b>



Analizzando la composizione per fasce di età, rappresentata nella Figura 2.12, si nota la prevalenza di addetti di età media relativamente avanzata, soprattutto nei ruoli amministrativi e della dirigenza sanitaria (nessun addetto di età inferiore a 35 anni) ed anche - seppur in misura fisiologicamente minore - in quelli infermieristici e dell'assistenza di base.

**Figura 2.12 – Dipendenti suddivisi per ruolo e fascia di età, anno 2006**



**Tabella 2.13 – Medici medicina generale, Pediatri libera scelta e Medici ambulatoriali (al 31/12 di ogni anno)**

Convenzione	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
Medici medicina generale	98	98	96
Pediatri libera scelta	18	18	20
Medici ambulatoriali	29	27	27
Guardie mediche	n.r.	21	15
<b>TOTALE</b>	<b>145</b>	<b>164</b>	<b>158</b>

A conclusione della disamina dell'impatto economico dell'Azienda USL di Imola, si presenta nella Tabella 2.14 l'ammontare degli emolumenti corrisposti al personale, nel suo complesso, quale indicatore delle risorse distribuite nel territorio, e del sostegno ai consumi e al reddito (PIL), direttamente e indirettamente fornito all'economia locale.

**Tabella 2.14 – Volume emolumenti erogati per personale dipendente e convenzionato (importi netti)**

<b>Personale</b>	<b>ANNO 2004</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>ANNO 2006</b>
Dipendente	€ 34.840,00	€ 39.913,00	€ 45.743,00
Convenzionato	€ 7.937,00	€ 8.854,00	€ 9.413,00
<b>Totale</b>	<b>€ 42.777,00</b>	<b>€ 48.767,00</b>	<b>€ 55.156,00</b>
tasso di incremento %		14%	13%

Il tasso di incremento del monte salari complessivo è particolarmente elevato, risentendo sia delle dinamiche contrattuali a livello nazionale e integrativo aziendale, sia della crescente anzianità media del personale, come sopra commentato.

### 2.2.2 Impatto culturale

L'impatto culturale rappresenta il contributo dell'Azienda allo sviluppo di politiche di valorizzazione del patrimonio storico, artistico, culturale, presente sul territorio, sia direttamente sia in collaborazione con altri soggetti.

Nel Bilancio di Missione 2005 si era svolta una rendicontazione puntuale degli interventi svolti negli anni 2001-2005, in campo archivistico e, soprattutto, attraverso l'alienazione di beni che non risultavano più indispensabili al perseguimento degli obiettivi aziendali e che rappresentavano un patrimonio disponibile alla fruizione da parte della collettività.

Nel presente documento, pertanto, ci si limita all'aggiornamento relativo al 2006, e precisamente sono da segnalare le seguenti iniziative:

- la mostra "*Vita da Pazzi*", sulla quotidianità dei pazienti rinchiusi in manicomio e sull'esperienza del superamento di detta istituzione totale. La mostra è stata allestita presso l'ex Ospedale Psichiatrico ed è stata organizzata dal Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL di Imola, in occasione del decennale della chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici "Osservanza" e "Lolli", con esposizione di oggetti, materiali e opere di pregio sia artistico sia storico;
- la donazione dell'opera unica devozionale "Madonna degli Ospedalieri", da parte del Lions. L'opera è stata esposta presso l'Ospedale di Imola.

### 2.2.3 Impatto sociale

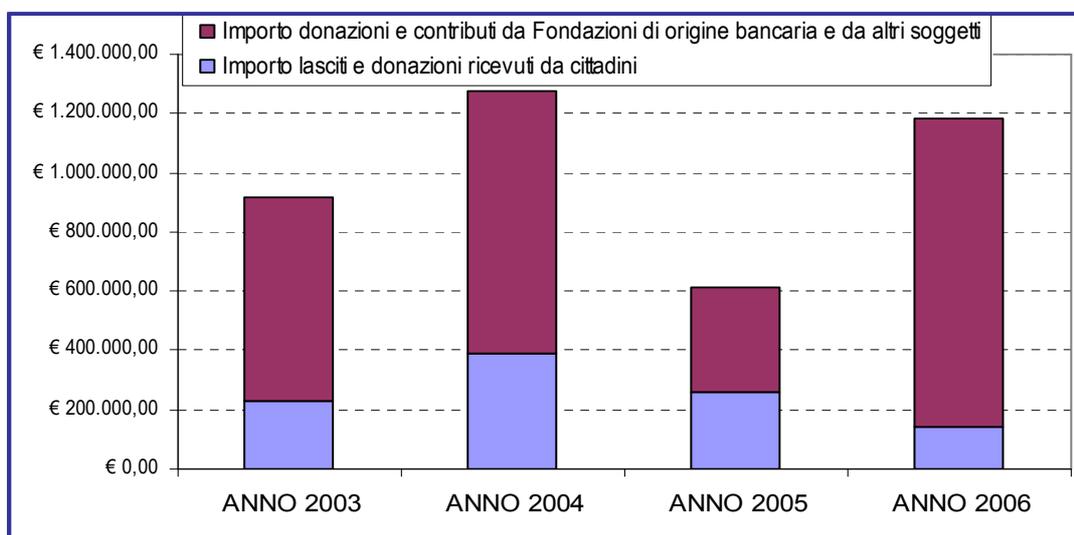
A conclusione del paragrafo 2.2, si rappresenta in Tabella 2.15 l'andamento del numero e dell'importo di lasciti, donazioni e contributi liberali, effettuati da parte della comunità afferente l'Azienda USL di Imola (cittadini e fondazioni) negli anni 2003-2006.

Il livello e l'andamento di questi indicatori vengono interpretati quale *proxy* del riconoscimento, da parte della comunità, della funzione sociale svolta dall'Azienda Sanitaria del territorio.

Il buon dato economico dei ricavi 2006, relativi a dette voci (quasi 1,2 milioni di euro) - che eguaglia sostanzialmente il picco massimo registrato nel 2004 - non deve far trascurare il segnale negativo, costituito dalla riduzione progressiva nel numero di lasciti e donazioni, ricevuti dai cittadini.

**Tabella 2.15 – Lasciti, donazioni e contributi da cittadini e Fondazioni**

Lasciti e donazioni	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
Numero lasciti e donazioni ricevuti da cittadini	3.517	3.153	2.700	2.191
Importo lasciti e donazioni ricevuti da cittadini	229.507	391.184	261.210	141.756
Numero donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti	245	58	104	74
Importo donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti	685.145	885.290	349.721	1.044.408



Il buon dato complessivo 2006 è *in toto* attribuibile alla forte contribuzione da parte di Enti e Fondazioni, che compensa ampiamente il dato – in forte riduzione – del valore di lasciti e donazioni da parte dei singoli cittadini.

## 2.3 Livelli essenziali di assistenza

### 2.3.1 Costi per livelli di assistenza: trend e confronto con i valori medi regionali

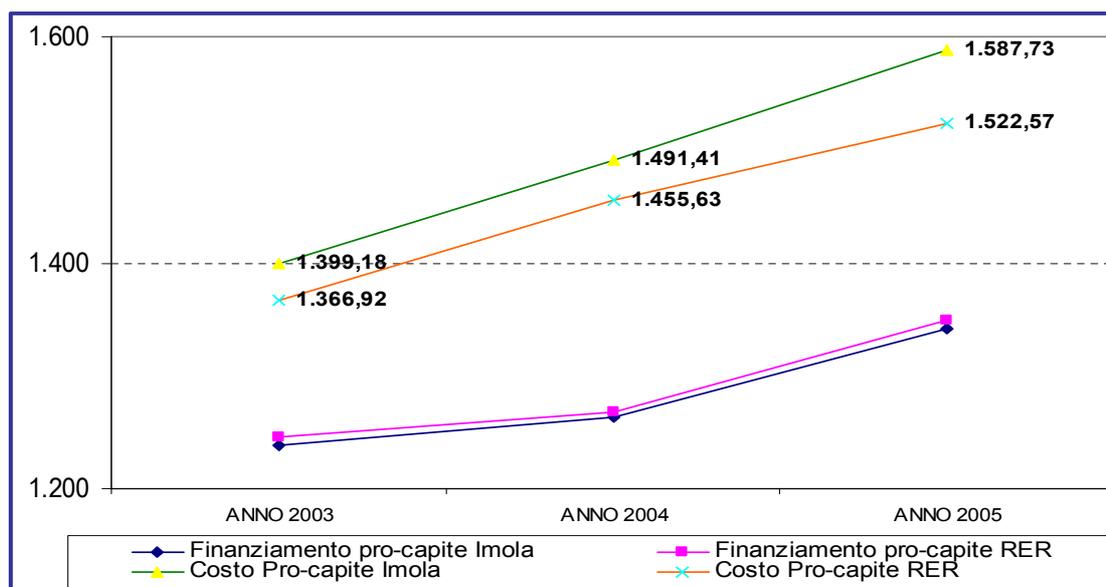
Il costo sostenuto complessivamente dall'Azienda USL di Imola per Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), rapportato alla popolazione pesata, è costantemente superiore a quello medio regionale, con un allargamento della "forbice" nell'esercizio 2005 (+4,3% di scostamento, rispetto al +2,5% dei due esercizi precedenti).

Il finanziamento pro-capite ricevuto, peraltro, è sovrapponibile a quello medio regionale, anzi risulta - in tutti gli esercizi considerati - lievemente inferiore.

Tale andamento è del resto coerente con quanto visto sopra, relativamente alla *performance* della gestione tipica o caratteristica, che per l'Azienda di Imola risulta lievemente e costantemente peggiore di quella media "di riferimento".

**Tabella 2.16 – Finanziamenti e costi pro-capite ponderati a confronto con quelli regionali**

Finanziamenti e costi	ANNO 2003		ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006
	IMOLA	R.E.R.	IMOLA	R.E.R.	IMOLA	R.E.R.	IMOLA
Finanziamento complessivo (valori in migliaia)	133.590	5.059.502	155.165	5.200.000	166.403	5.600.000	171.692
Popolazione al 1° gennaio	107.826	4.059.416	122.777	4.101.324	124.060	4.151.335	125.094
<b>Finanziamento pro-capite</b>	<b>1.238,94</b>	<b>1.246,36</b>	<b>1.263,79</b>	<b>1.267,88</b>	<b>1.341,31</b>	<b>1.348,96</b>	<b>1.372,50</b>
Costi (valori in migliaia)	149.970	5.548.909	182.602	5.969.996	195.676	6.320.685	
Popolazione pesata	107.184	4.059.417	122.436	4.101.324	123.242	4.151.335	
<b>Costo Pro-capite</b>	<b>1.399,18</b>	<b>1.366,92</b>	<b>1.491,41</b>	<b>1.455,63</b>	<b>1.587,73</b>	<b>1.522,57</b>	
Maggior costo pro-capite di Imola	32,26		35,78		65,17		
Maggior costo pro-capite di Imola %	2,4%		2,5%		4,3%		



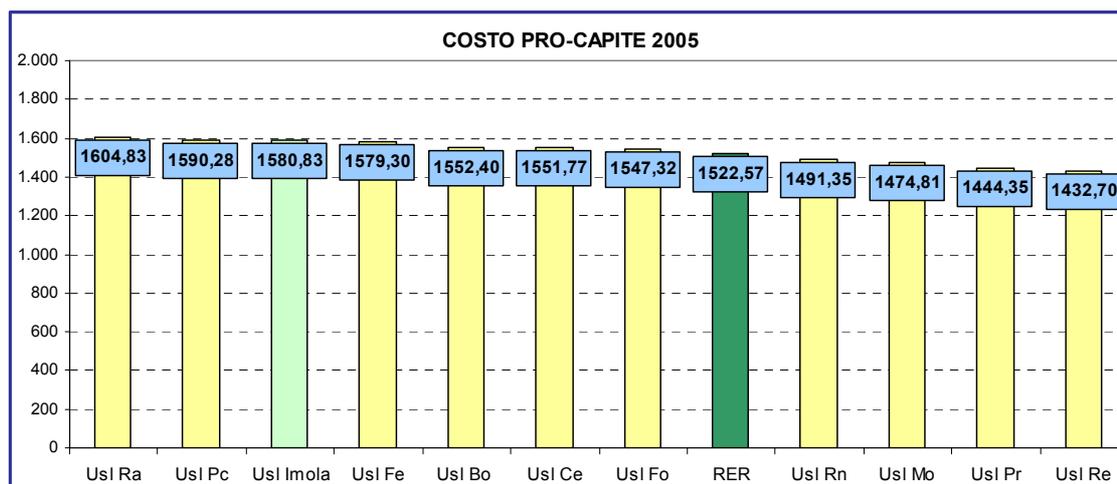
Approfondendo l'analisi di confronto per LEA, lo scostamento negativo appare concentrato sull'area Distrettuale, il cui costo pro-capite nell'Azienda USL di Imola appare costantemente al di sopra di quello medio regionale.

Questo dato contrasta "apparentemente" (come si evincerà dal paragrafo 2.3.3) con la buona *performance* economica e di appropriatezza rilevata per alcune delle voci di costo più incidenti dell'ambito distrettuale, ovvero:

- la spesa farmaceutica esterna pro-capite risulta essere, per l'AUSL di Imola, la terza meno "costosa" della Regione;
- l'indice di consumo per prestazioni specialistiche da parte degli assistiti della AUSL di Imola è, nel 2005, il terzo più basso della Regione (subito dopo Rimini e Piacenza).

**Tabella 2.17 – Costo pro-capite ponderato per livelli di assistenza a confronto con quello regionale**

Costo pro-capite ponderato per livelli di assistenza	ANNO 2003		ANNO 2004		ANNO 2005	
	IMOLA	R.E.R.	IMOLA	R.E.R.	IMOLA	R.E.R.
Costo Pro-Capite Assistenza Ospedaliera	577	573	615	608	624	628
Costo Pro-Capite Assistenza Distrettuale	770	748	823	799	906	843
Costo Pro-Capite Sanità Pubblica	49	46	49	48	52	51



### 2.3.2 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro

#### Programmi regionali di screening e coperture vaccinali

Come appare evidente in Tabella 2.18, l'adesione ai due screening consolidati, per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella, registra per l'ASL di Imola dati soddisfacenti e - costantemente e in misura sostanziale - superiori a quelli medi regionali.

**Tabella 2.18 – % adesione screening per la prevenzione dei tumori a confronto con la media regionale**

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero e mammella	ANNO 2003		ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006	
	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
Screening tumore collo dell'utero	80,5%	72,0%	96,3%	72,5%	98,7%	65,5%	89,2%	64,8%
Screening tumore della mammella	78,5%	71,7%	77,4%	70,1%	82,6%	72,3%	78,6%	71,7%

Per quanto nell'esercizio 2006 si registri una flessione, rispetto al "picco" del 2005, sono confermati livelli di gran lunga superiori a quelli medi, in particolare per lo screening del tumore del collo dell'utero.

Analoghe considerazioni si possono fare con riguardo ai tassi di copertura vaccinale nell'infanzia: nell'anno 2006 detta copertura ha interessato il 98,1% della popolazione target,

per le vaccinazioni obbligatorie, con un piccolo decremento rispetto al 2005, e comunque sempre al di sopra della media regionale. Tutte le coperture per vaccinazioni facoltative hanno abbondantemente superato il valore soglia – ovvero l'obiettivo nazionale - del 95%.

**Tabella 2.19 – Tasso copertura per 100 bambini per vaccinazioni contro alcune malattie (bambini di 2 anni)**

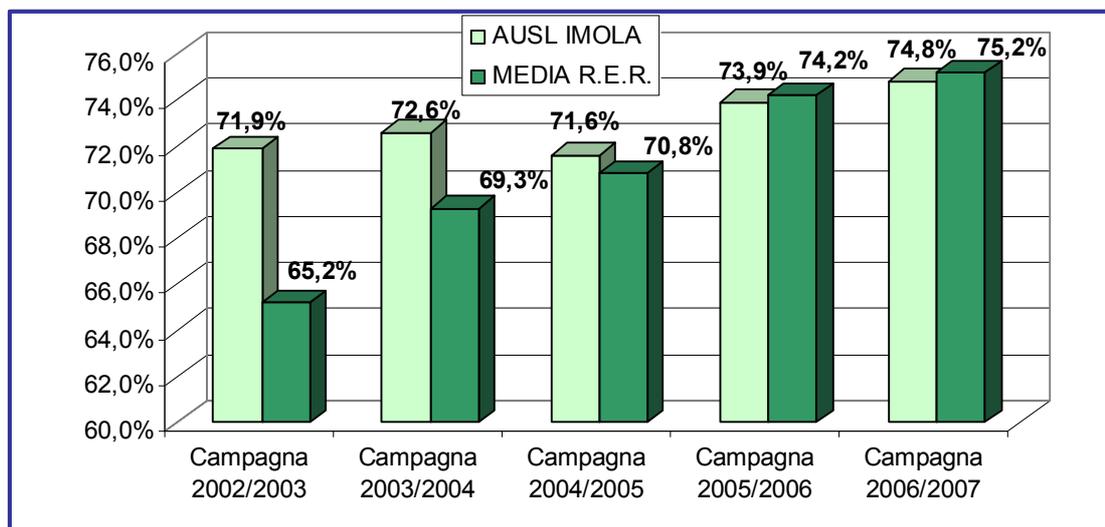
Copertura vaccinale nei bambini	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.	ANNO 2006	MEDIA R.E.R.
Meningite da emofilo	<b>95,9%</b>	92,1%	<b>97,4%</b>	97,0%	<b>98,3%</b>	96,7%*	<b>97,3%</b>	96,8%
Poliomelite	<b>99,1%</b>	98,0%	<b>98,9%</b>	97,9%	<b>99,2%</b>	97,7%	<b>98,2%</b>	97,7%
Morbillo	<b>96,2%</b>	92,5%	<b>97,5%</b>	92,6%	<b>97,7%</b>	92,9%	<b>96,7%</b>	93,7%
Pertosse	<b>98,5%</b>	96,9%	<b>98,6%</b>	97,3%	<b>98,8%</b>	97,2%	<b>97,9%</b>	97,3%
Vaccinazioni obbligatorie	<b>98,4%</b>	97,5%	<b>98,7%</b>	97,6%	<b>99,1%</b>	**	<b>98,1%</b>	97,4%
Rosolia	<b>96,2%</b>	92,1%	<b>97,1%</b>	92,5%	<b>97,7%</b>	**	<b>96,4%</b>	93,5%

\* nel sito della regione è denominato: "Hib"

\*\* non vengono richieste nelle linee guida

Per quanto concerne la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione anziana, l'ASL di Imola ha conseguito tassi elevati già da un quinquennio.

**Figura 2.20– Tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana con più di 65 anni**



La campagna vaccinale antinfluenzale, nel 2006/2007, ha interessato il 74,8% della popolazione ultra sessantacinquenne, confermando il trend in costante aumento della copertura vaccinale registrato negli ultimi anni.

## Controlli sugli ambienti di lavoro

L'indicatore utilizzato per misurare l'attività di controllo nelle aziende appartenenti ai singoli comparti (metalmeccanico; edilizio; legno; sanità; ecc.) è l'incidenza percentuale delle Aziende sottoposte a controllo, sul totale delle Aziende che insistono sul territorio dell'AUSL.

Per l'Azienda USL di Imola, tale incidenza è costantemente inferiore a quella regionale, con allargamento della forbice nel 2005.

**Tabella 2.21– % aziende controllate e di aziende con infrazioni**

Controlli sugli ambienti di lavoro	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.	ANNO 2006
aziende controllate sulle esistenti*100	2,7	3	2,6	2,9	2,7	3,4	2,9
aziende con infrazioni su numero di aziende controllate*100	0,3	0,2	0,2	0,2			

Nel 2006, l'Azienda USL di Imola recupera sul dato storico, pur permanendo inferiore al livello regionale 2005. Per quanto riguarda la percentuale di Aziende controllate nelle quali è stata rilevata una infrazione, gli ultimi dati disponibili, riferiti al 2004, evidenziano un livello in linea con quello regionale.

## Controlli su allevamenti e industrie alimentari

La percentuale di aziende alimentari controllate - che nel 2005 aveva subito un sostanziale decremento - è risalita nel 2006, su valori prossimi a quelli medi regionali. L'incidenza percentuale delle aziende alimentari con infrazione, sul totale di quelle sottoposte a controlli, è per Imola costantemente e significativamente inferiore alla media regionale (11,3% contro 30,4%, nel 2006).

Per quanto riguarda le aziende di ristorazione, l'attività di controllo svolta dall'Azienda è mediamente superiore a quella media regionale, e l'incidenza di infrazioni risulta estremamente contenuta (15%, contro il 30% a livello regionale).

**Tabella 2.22– Aziende alimentari e di ristorazione: % aziende controllate e con infrazioni**

<b>Controlli sulle aziende alimentari e di ristorazione</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>	<b>ANNO 2004</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>	<b>ANNO 2006</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>
aziende alimentari controllate	<b>46,0%</b>	42,5%	<b>45,2%</b>	38,9%	<b>26,7%</b>	37,5%	<b>32,7%</b>	32,9%
aziende alimentari controllate con infrazioni	<b>10,3%</b>	23,9%	<b>13,8%</b>	20,8%	<b>18,7%</b>	26,8%	<b>11,3%</b>	30,4%
aziende controllate nell'ambito della ristorazione	<b>44,6%</b>	41,9%	<b>43,7%</b>	40,3%	<b>41,8%</b>	38,3%	<b>37,0%</b>	35,4%
aziende controllate nell'ambito della ristorazione con infrazioni	<b>14,3%</b>	24,9%	<b>12,5%</b>	32,5%	<b>21,5%</b>	29,1%	<b>15,0%</b>	30,6%

In sintesi dunque, si può riscontrare una correlazione positiva tra l'attività di controllo e l'indicatore di outcome relativo alle irregolarità riscontrabili nel "sette settore alimentare".

La Tabella 2.23 evidenzia il numero medio di sopralluoghi realizzati per allevamento, insistente nell'ambito territoriale dell'AUSL di Imola.

I valori - sostanzialmente sovrapponibili per gli anni considerati - sono regolarmente superiori all'unità, in quanto in ogni allevamento vengono eseguiti più controlli, nel corso dell'anno.

**Tabella 2.23– % sopralluoghi per allevamento**

<b>Controlli sugli allevamenti</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>	<b>ANNO 2004</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>
sopralluoghi per allevamento	<b>3,55</b>	4,57	<b>3,50</b>	5,11	<b>3,55</b>	5,12

Il confronto con la media regionale - almeno fino al 2005 - rileva, tuttavia, un costante scostamento negativo.

### 2.3.3 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza distrettuale

#### Anziani

Come già evidenziato in Tabella 2.17, il costo complessivo pro-capite per l'assistenza distrettuale degli assistiti dell'AUSL di Imola ammonta a circa € 906,00, risultando significativamente superiore al costo medio pro-capite del consolidato regionale.

L'analisi dell'offerta di posti letto residenziali e semi-residenziali per anziani e disabili, proposta nella Tabella 2.24 - collegata all'analisi della "domanda" effettuata nella Sezione 1, in particolare al paragrafo 1.3.2 - fornisce una delle principali motivazioni di tale scostamento.

La maggiore incidenza di popolazione anziana nel territorio imolese - unita a una superiore dotazione media di posti letto, in rapporto alla popolazione anziana stessa - genera costi che sono solo in parte coperti dalla correzione per età del finanziamento a quota capitaria.

Il maggiore costo derivante, a carico del Distretto, è tale da superare ampiamente le "economie" rilevabili, per l'Azienda di Imola, nelle altre macro-voci di spesa distrettuale, di cui si è detto sopra (farmaceutica convenzionata esterna; specialistica).

**Tabella 2.24 – Posti Letto AUSL di Imola, per tipologia**

#### Assistenza residenziale e semiresidenziale: numero posti letto

Assistenza residenziale	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
Posti letto (anziani)	431	493	496	496
Posti letto (disabili)	17	17	17	17
Posti letto (psichiatria)	131	104	91	91
Assistenza semi-residenziale	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
Posti letto (anziani)	36	48	48	48
Posti letto (disabili)	58	58	45	45
Posti letto (psichiatria)	10	8	8	8

#### Assistenza residenziale e semiresidenziale: numero posti letto per 1.000 abitanti

Assistenza residenziale	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.	ANNO 2006
Posti letto per 1000 abitanti (anziani)	31,7	31,6	35,5	31,0	34,9	31,5	34,2
Posti letto per 1000 abitanti (disabili)	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1		0,1
Posti letto per 1000 abitanti (psichiatria)	1,0		0,8		0,6		0,7
Assistenza semi-residenziale	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.	ANNO 2006
Posti letto per 1000 abitanti (anziani)	2,6	5,2	3,5	5,3	3,4	5,3	3,3
Posti letto per 1000 abitanti (disabili)	0,5	0,7	0,5	0,8	0,4		0,4
Posti letto per 1000 abitanti (psichiatria)	0,1		0,1		0,1		0,1

In termini di trend, va comunque evidenziata la tendenza alla riduzione progressiva dei posti letto, tra 2004 e 2006, sia in valore assoluto sia – in misura maggiore - in rapporto alla popolazione target.

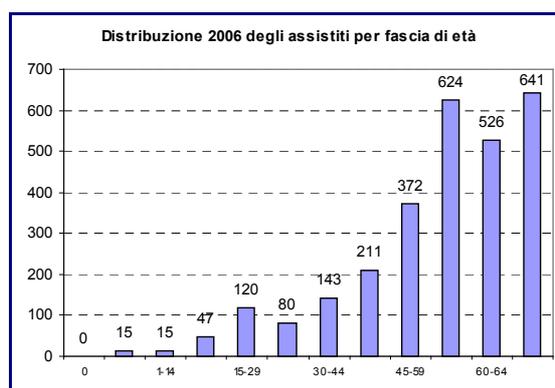
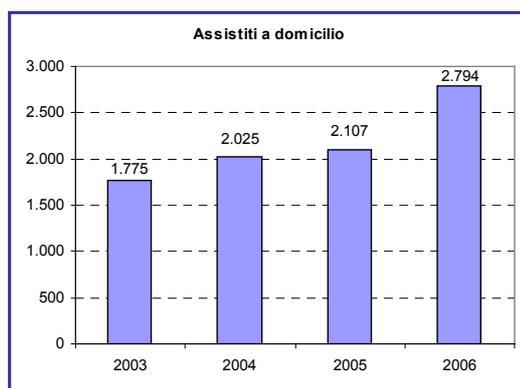
## Assistenza domiciliare

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, si ripropongono le analisi riguardanti:

- la distribuzione degli utenti per età;
- la composizione degli interventi per livello di intensità assistenziale;
- la composizione per tipologia di assistenza erogata.

**Tabella 2.25 – Assistiti a domicilio: composizione per fascia di età**

ANNO	0		1-14		15-29		30-44		45-59		60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		≥ 90		TOT
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
2003	3	0,2%	15	0,8%	16	0,9%	54	3,0%	71	4,0%	67	3,8%	90	5,1%	135	7,6%	229	12,9%	327	18,4%	337	19,0%	431	24,3%	1.775
2004	1	0,0%	17	0,8%	9	0,4%	44	2,2%	88	4,3%	63	3,1%	118	5,8%	148	7,3%	268	13,2%	440	21,7%	335	16,5%	494	24,4%	2.025
2005	2	0,1%	14	0,7%	8	0,4%	46	2,2%	94	4,5%	65	3,1%	111	5,3%	151	7,2%	283	13,4%	460	21,8%	346	16,4%	527	25,0%	2.107
2006	0	0,0%	15	0,9%	15	0,9%	47	1,7%	120	4,3%	80	2,9%	143	5,1%	211	7,9%	372	13,3%	624	22,6%	526	18,8%	641	22,9%	2.794



In primo luogo, dalla lettura della Tabella 2.25, si evidenzia il forte e costante incremento del numero di assistiti a domicilio, concentrati nelle fasce di età superiori ai 75 anni. Anche questo dato conforta l'analisi svolta sopra, relativa alla motivazione del maggior costo sostenuto dall'AUSL di Imola per il livello di assistenza distrettuale:

- da un lato, la maggiore incidenza di popolazione anziana;
- dall'altro, il grado quali-quantitativo di copertura dei bisogni assistenziali garantito alla popolazione medesima, in misura spesso superiore alla media regionale, e caratterizzato da forti tassi di crescita.

I dati comparativi desumibili dalle successive Tabelle 2.26 e 2.27 confermano ulteriormente la tesi appena esposta:

- l'incidenza di prestazioni ad alta intensità è, per l'Azienda di Imola, molto superiore a quella media regionale (20,3%, contro 13,8%);
- l'incidenza di prestazioni domiciliari classificate come "sociali" è, per Imola, pari al 14,7%, contro il 3% appena della media regionale.

**Tabella 2.26 – Assistiti a domicilio: composizione per livello di intensità assistenziale**

	<b>ANNO 2003</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>	<b>ANNO 2004</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>	<b>ANNO 2006</b>
BASSA	<b>52,1%</b>	42,7%	<b>61,5%</b>	44,9%	<b>43,9%</b>	32,4%	<b>50,6%</b>
MEDIA	<b>22,3%</b>	14,7%	<b>19,9%</b>	15,3%	<b>16,8%</b>	22,7%	<b>16,8%</b>
ALTA	<b>18,9%</b>	12,1%	<b>18,3%</b>	11,1%	<b>23,7%</b>	13,8%	<b>20,3%</b>
NON DEFINITA	<b>6,7%</b>	30,5%	<b>0,3%</b>	28,7%	<b>15,6%</b>	31,1%	<b>12,3%</b>

**Tabella 2.27 – Assistiti a domicilio: composizione per tipologia di assistenza**

	<b>ANNO 2004</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>MEDIA R.E.R.</b>	<b>ANNO 2006</b>
MEDICINA GENERALE	<b>64,6%</b>	59,9%	<b>55,8%</b>	60,1%	<b>48,1%</b>
INFERMIERISTICA	<b>35,4%</b>	35,9%	<b>26,5%</b>	35,2%	<b>40,3%</b>
SPECIALISTICA	<b>0,0%</b>	1,0%	<b>0,0%</b>	14,0%	<b>0,0%</b>
SOCIALE	<b>0,0%</b>	3,2%	<b>14,7%</b>	3,0%	<b>11,5%</b>

Analoghe considerazioni possono trarsi dall'analisi dello sviluppo dell'Hospice, che risulta maggiore - sia in termini assoluti sia in termini di tasso di crescita - nella Azienda USL di Imola, rispetto al valore medio regionale.

**Tabella 2.28 – Livelli di attività dell'Hospice a confronto con quelli medi regionali**

<b>Attività hospice</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>R.E.R.</b>	<b>ANNO 2006</b>	<b>R.E.R.</b>
N. posti letto	<b>12</b>	137	<b>12</b>	n.p.
N. pazienti dimessi	<b>148</b>	2.389	<b>217</b>	2.852
Degenza media	<b>17,9</b>	17,8	<b>16,9</b>	18,6

L'incidenza di dimissioni dall'Hospice nella AUSL di Imola, rispetto al totale della Regione Emilia Romagna, passa dal 6%, all'8%, tra 2005 e 2006, a fronte di una popolazione "aziendale" complessiva pari al 3% di quella regionale. A questo proposito occorre sottolineare che gli Hospice della regione hanno ambito sovra-aziendale.

### Consultori familiari

Per quanto riguarda l'attività dei Consultori Familiari, si registrano tassi di copertura della popolazione target inferiori a quelli medi regionali, pur in tendenziale crescita, particolarmente nell'esercizio 2006:

- la percentuale di donne in gravidanza seguite dal Consultorio è pari al 29,6% nel 2006, contro il 37,2% medio regionale, nel 2005;
- la percentuale di utenti seguiti dai Consultori, per le branche ostetrico-ginecologica e psicologica, rispetto alla popolazione target, è complessivamente del 9% circa, contro il 16,4% della media regionale.

**Tabella 2.29 – Consultori familiari: indicatori di attività**

Indicatori di attività	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.	ANNO 2006
% donne in gravidanza seguite dai consultori familiari su totale "nati vivi" *	<b>26,3%</b>	34,7%	<b>29,4%</b>	35,0%	<b>21,5%</b>	37,2%	<b>29,6%</b>
% utenti seguiti dai consultori familiari su popolazione target - Ostetricia e Ginecologia	<b>4,8%</b>	15,1%	<b>4,5%</b>	14,6%	<b>6,5%</b>	15,8%	<b>8,1%</b>
% utenti seguiti dai consultori familiari su popolazione target - Psicologia	<b>0,6%</b>	0,5%	<b>0,6%</b>	0,6%	<b>0,7%</b>	0,6%	<b>0,8%</b>

\* Il dato 2003 dell'Azienda non comprende il territorio del Comune di Medicina; il dato 2005 dell'Azienda è riferito solo ai nuovi casi presi in carico nel corso dell'anno.

**Tabella 2.30 – Consultori familiari: composizione per tipologia di attività**

Tipologia attività	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.	ANNO 2006
Contraccezione	<b>6,7%</b>	7,3%	<b>5,7%</b>	6,6%	<b>8,5%</b>	6,4%	<b>5,4%</b>
Gravidanza	<b>15,1%</b>	17,2%	<b>15,2%</b>	17,6%	<b>22,7%</b>	18,2%	<b>30,7%</b>
I.V.G.	<b>1,6%</b>	1,9%	<b>1,4%</b>	1,9%	<b>1,8%</b>	1,9%	<b>2,8%</b>
Menopausa	<b>1,6%</b>	4,6%	<b>1,9%</b>	4,0%	<b>5,4%</b>	3,6%	<b>1,9%</b>
Prevenzione tumori femminili	<b>7,1%</b>	38,3%	<b>5,5%</b>	34,5%	<b>4,1%</b>	32,3%	<b>0,7%</b>
Psicologia	<b>13,6%</b>	6,6%	<b>15,2%</b>	12,1%	<b>13,6%</b>	12,0%	<b>15,5%</b>
Puerperio	<b>12,7%</b>	2,2%	<b>21,7%</b>	3,4%	<b>17,1%</b>	4,0%	<b>13,8%</b>
Specialistica ginecologica	<b>41,7%</b>	21,8%	<b>33,4%</b>	20,0%	<b>27,7%</b>	21,7%	<b>29,1%</b>

## Salute mentale

Per quanto riguarda il livello assistenziale "Salute Mentale", nella Tabella 2.31, si evidenzia un tasso di ospedalizzazione mediamente più elevato di quello regionale, sebbene la forbice tenda a ridursi. Il ricorso al TSO, per converso, è meno frequente nel territorio "aziendale", rispetto alla media della RER.

**Tabella 2.31 – Attività di ricovero del DSM e incidenza di TSO**

Attività salute mentale	ANNO 2003	R.E.R.	ANNO 2004	R.E.R.	ANNO 2005	R.E.R.	ANNO 2006	R.E.R.
dimissioni	<b>266</b>	6.922	<b>258</b>	7.073	<b>306</b>	6.979	<b>277</b>	6.461
n.ro T.S.O.	<b>20</b>	954	<b>28</b>	950	<b>23</b>	1.015	<b>30</b>	1.164
tasso di ospedalizzazione su 10.000 abitanti	<b>24,1</b>	17,1	<b>20,8</b>	17,2	<b>18,8</b>	16,8	<b>18,9</b>	15,4
T.S.O. su totale ricoveri	<b>7,5%</b>	13,1%	<b>10,8%</b>	12,2%	<b>7,5%</b>	13,2%	<b>10,8%</b>	16,6%

Nella tabella 2.32 si fornisce una "carta d'identità" dei 630 nuovi utenti del Centro Salute Mentale territoriale per il 2006.

**Tabella 2.32 – Centro Salute Mentale Territoriale:  
nuovi utenti 2006 per caratteristiche socio-demografiche**

ANNO	FASCE DI ETA'	NUOVI UTENTI			% SUL TOT
		F	M	TOT	
2006	> 65	72	52	124	19,68%
	18-24	20	15	35	5,56%
	25-34	60	42	102	16,19%
	35-44	103	50	153	24,29%
	45-54	83	55	138	21,90%
	55-64	53	25	78	12,38%
	<b>TOTALE</b>	<b>391</b>	<b>239</b>	<b>630</b>	<b>100,00%</b>
	<b>STATO CIVILE</b>	<b>NUOVI UTENTI</b>			<b>% SUL TOT</b>
		<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOT</b>	
	Celibe/nubile	82	87	169	26,83%
	Conuig/Convivente	197	81	278	44,13%
	Separ/Divorziato	46	24	70	11,11%
	Vedovo	26	15	41	6,51%
	NR	40	32	72	11,43%
	<b>TOTALE</b>	<b>391</b>	<b>239</b>	<b>630</b>	<b>100,00%</b>
	<b>SCOLARITA'</b>	<b>NUOVI UTENTI</b>			<b>% SUL TOT</b>
		<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOT</b>	
	Analfabeta	3	2	5	0,79%
	Alfabeta no titoli	16	4	20	3,17%
	Lic. Elementare	61	35	96	15,24%
Media Inferiore	114	71	185	29,37%	
Diploma	127	67	194	30,79%	
Laurea	26	10	36	5,71%	
NR	44	50	94	14,92%	
<b>TOTALE</b>	<b>391</b>	<b>239</b>	<b>630</b>	<b>100,00%</b>	
<b>PROFESSIONE</b>	<b>NUOVI UTENTI</b>			<b>% SUL TOT</b>	
	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOT</b>		
Disoccupato	24	28	52	8,25%	
Casalinga	53	0	53	8,41%	
Pensionato/Invalid	69	52	121	19,21%	
Studiante	18	8	26	4,13%	
Occupato	184	106	290	46,03%	
NR	43	45	88	13,97%	
<b>TOTALE</b>	<b>391</b>	<b>239</b>	<b>630</b>	<b>100,00%</b>	
<b>COLLOCAZIONE</b>	<b>NUOVI UTENTI</b>			<b>% SUL TOT</b>	
	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOT</b>		
Famiglia d'origine	48	43	91	14,44%	
Solo	37	38	75	11,90%	
Famiglia propria	267	110	377	59,84%	
Comunità/Residenz	4	3	7	1,11%	
NR	35	45	80	12,70%	
<b>TOTALE</b>	<b>391</b>	<b>239</b>	<b>630</b>	<b>100,00%</b>	

## Tossicodipendenze

In Tabella 2.33 si riepilogano alcuni indicatori relativi all'assistenza ai tossicodipendenti: sia l'incidenza di nuovi casi e sia la prevalenza sulla popolazione risultano, per l'Azienda USL di Imola, superiori al dato medio regionale

**Tabella 2. 33 – Attività del Sert**

Attività Sert	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.	ANNO 2006
n.ro nuovi utenti in carico ai Sert	<b>111</b>	2.072	<b>108</b>	2.288	<b>95</b>	2.730	<b>185</b>
tasso di incidenza per 1.000 abitanti	<b>1,73</b>	0,97	<b>1,68</b>	1,01	<b>1,47</b>	1,25	<b>2,86</b>
utenza tossicodipendente in carico ai Sert	<b>385</b>	10.774	<b>366</b>	11.231	<b>395</b>	12.210	<b>392</b>
tasso di prevalenza per 1.000 abitanti	<b>6,00</b>	5,02	<b>5,70</b>	5,20	<b>6,10</b>	5,60	<b>6,05</b>

## Assistenza Specialistica

Nella Tabella 2.34 viene rappresentato l'indice di consumo della popolazione imolese, per le macro categorie di prestazioni specialistiche (diagnostiche; laboratoristiche; riabilitative; terapie; visite) e la correlata *performance* rispetto ai tempi di attesa rilevati: l'una e l'altra dimensione vengono confrontate con i valori medi della Regione Emilia-Romagna.

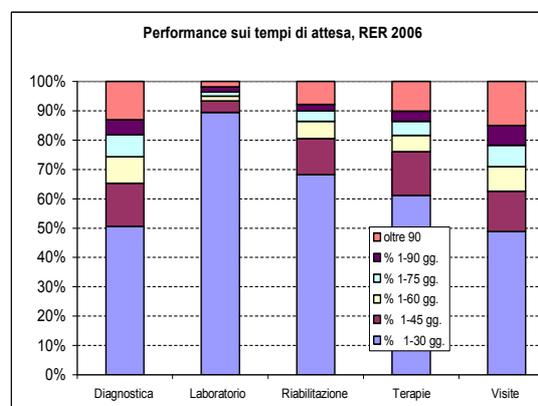
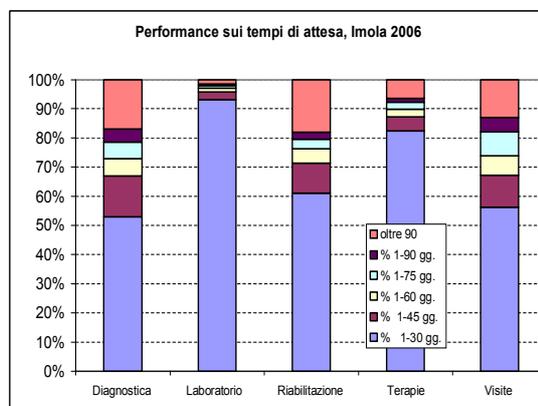
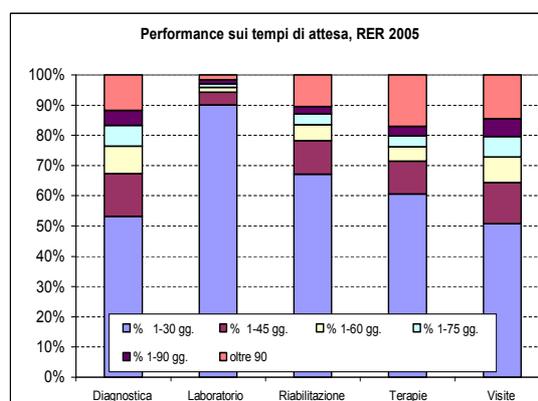
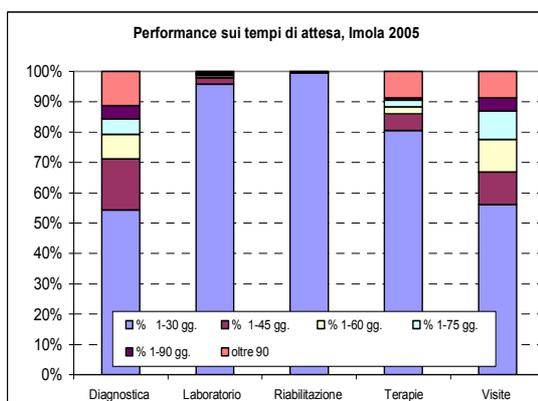
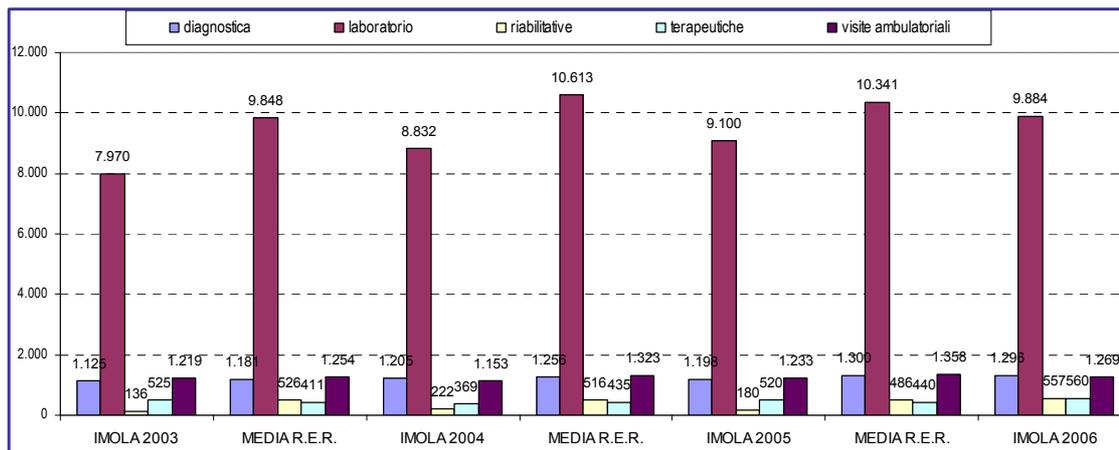
L'indice di consumo standardizzato di prestazioni specialistiche - come già anticipato - è per l'Azienda USL di Imola significativamente basso, se confrontato con quello medio regionale (terzo più basso consumo tra le Aziende USL della RER).

Nell'esercizio 2006, si confermano sostanzialmente i dati storici, con l'eccezione rappresentata da un forte incremento nell'aggregato "prestazioni specialistiche riabilitative", che in un anno passano da 180, a 557, posizionandosi sui valori medi regionali.

I tempi di attesa - anche grazie al consumo mediamente più "appropriato" di prestazioni - risultano visibilmente più contenuti rispetto a quelli medi regionale (vedi i grafici comparativi in Tabella 2.34), per quanto sia opportuno notare come il maggiore consumo di prestazioni riabilitative - appena evidenziato - determini correlativamente un peggioramento della *performance* sugli specifici tempi di attesa.

**Tabella 2.34 – Indice di consumo standardizzato e tempi di attesa**

Assistenza specialistica ambulatoriale	IMOLA 2003	MEDIA R.E.R.	IMOLA 2004	MEDIA R.E.R.	IMOLA 2005	MEDIA R.E.R.	IMOLA 2006
diagnostica	1.125	1.181	1.205	1.256	1.198	1.300	1.296
laboratorio	7.970	9.848	8.832	10.613	9.100	10.341	9.884
riabilitative	136	526	222	516	180	486	557
terapeutiche	525	411	369	435	520	440	560
visite ambulatoriali	1.219	1.254	1.153	1.323	1.233	1.358	1.269



### 2.3.4 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza ospedaliera

Come già evidenziato in Tabella 2.17, il costo complessivo pro-capite, per l'assistenza ospedaliera degli assistiti dell'Azienda USL di Imola, ammonta a circa € 624,00, e risulta di poco inferiore al costo medio pro-capite del consolidato regionale.

A fronte di ciò, come si evidenzia nell'analisi presentata in questo paragrafo, la AUSL di Imola presenta livelli di "offerta" e di "domanda" ospedaliera – approssimata questa dagli indicatori di utilizzo, che misurano la domanda espressa – più contenuti (e appropriati) rispetto a quanto si riscontra mediamente nelle altre Aziende Sanitarie.

Va sempre tenuto conto - in questa e in altre analisi di offerta e domanda - della peculiare situazione della AUSL di Imola che, a partire dal 2004, ha incrementato del 15% il bacino di utenza, con l'incorporazione del territorio del Comune di Medicina. In relazione a questo sostanziale incremento della "domanda" potenziale, l'Azienda ha necessariamente dovuto gradualmente adeguare la propria offerta, re-indirizzando progressivamente quote di assistenza ai nuovi assistiti, precedentemente erogate da strutture "terze" (mobilità passiva).

Come evidente in Tabella 2.35, il numero dei posti letto, dal 2004, è incrementato in misura meno che proporzionale, rispetto all'incremento del bacino di utenza (+3,2%, contro il +15%), con una gradualità coerente con il progressivo recupero di attrazione, sull'ambito territoriale del Comune di Medicina.

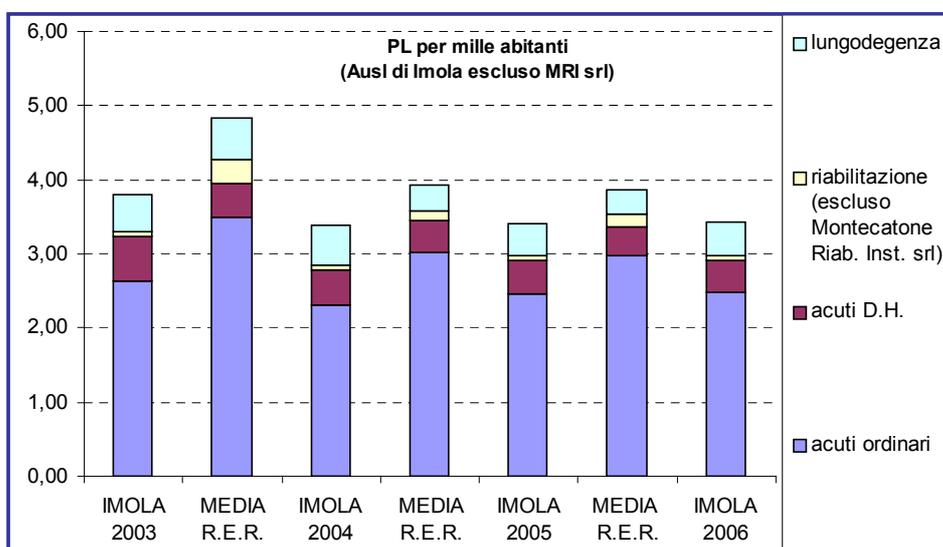
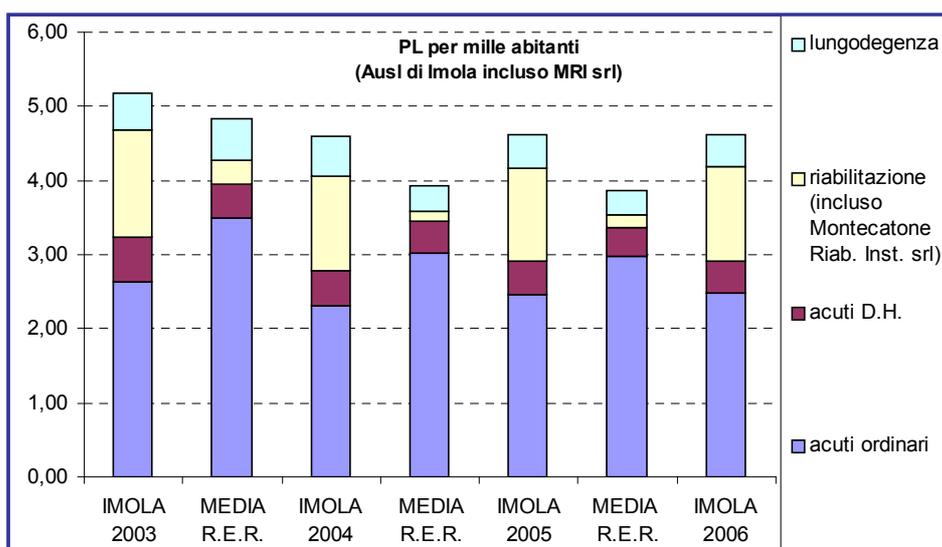
Per quanto riguarda la dotazione di posti letto in rapporto al numero di abitanti, dall'analisi presentata in Tabella 2.35, si osserva:

- una dotazione di posti letto per acuti significativamente inferiore alla media regionale, per tutti gli anni indicati;
- una dotazione di posti letto per riabilitazione e lungodegenza – depurando il dato dai posti letto della Montecatone Srl, società mista pubblico-privata, che lavora prevalentemente per pazienti *extra*-regionali e quasi esclusivamente per pazienti *extra*-aziendali - sovrapponibile, nel complesso, a quella media regionale (nel 2005, 0,49 posti letto per mille abitanti, contro 0,50 a livello regionale);
- di conseguenza, il dato depurato complessivo di posti letto per 1000 abitanti, per l'Azienda USL di Imola, è pari a 3,41 nel 2005 (praticamente lo stesso rilevato nel 2006) contro il 3,87 a livello regionale (-12%).

In sintesi, la sottodotazione di posti letto complessiva è stata spesso "nascosta" dal dato riferito alla riabilitazione (vedi il primo grafico, dove tra i posti letto dell'Azienda sono compresi quelli della Società pubblico-privata), che compensa "teoricamente" l'evidente sottodimensionamento dei posti per acuti.

**Tabella 2.35 – Posti Letto AUSL di Imola, per tipologia**

Posti letto/1.000 abitanti	IMOLA 2003	MEDIA R.E.R.	IMOLA 2004	MEDIA R.E.R.	IMOLA 2005	MEDIA R.E.R.	IMOLA 2006
acuti ordinari	2,64	3,49	2,31	3,03	2,47	2,97	2,49
acuti D.H.	0,59	0,47	0,48	0,43	0,44	0,40	0,44
<b>Totale acuti</b>	<b>3,23</b>	<b>3,96</b>	<b>2,78</b>	<b>3,45</b>	<b>2,91</b>	<b>3,38</b>	<b>2,92</b>
riabilitazione (incluso Montecatone Riab. Inst. srl)	1,46	0,32	1,27	0,13	1,26	0,16	1,25
riabilitazione (escluso Montecatone Riab. Inst. srl)	0,07		0,06		0,06		0,06
lungodegenza	0,51	0,55	0,54	0,34	0,44	0,33	0,44
<b>Totale riabilitazione e lungodegenza (incluso MRI srl)</b>	<b>1,96</b>	<b>0,87</b>	<b>1,81</b>	<b>0,47</b>	<b>1,70</b>	<b>0,49</b>	<b>1,69</b>
<b>Totale riabilitazione e lungodegenza (escluso MRI srl)</b>	<b>0,58</b>		<b>0,60</b>		<b>0,50</b>		<b>0,50</b>
<b>Totale PL/ 1.000 abitanti (incluso MRI srl)</b>	<b>5,19</b>	<b>4,83</b>	<b>4,59</b>	<b>3,92</b>	<b>4,61</b>	<b>3,87</b>	<b>4,61</b>
<b>Totale PL/ 1.000 abitanti (escluso MRI srl)</b>	<b>3,81</b>		<b>3,38</b>		<b>3,41</b>		<b>3,42</b>



Proposto ciò sull'argomento "posti letto" – e sottolineando come il tema sia attualmente in fase di studio, anche ai fini della imminente programmazione triennale (PAL 2007-2009) – è opportuno ricordare che l'autosufficienza aziendale non prevede, per scelta ragionata, Alte Specialità, le quali sono "offerte" agli assistiti partecipando alla Reti Hub&Spoke di area vasta, ovvero regionali.

La "sottodotazione" di posti letto per acuti appena rilevata è indubbiamente una delle determinanti del risultato – che peraltro esprime elevati livelli di appropriatezza - evidenziato nella seguente Tabella 2.36: il tasso di ospedalizzazione degli assistiti dell'AUSL di Imola è, in assoluto, il più basso della Regione Emilia Romagna.

**Tabella 2.36 – Tasso standardizzato di ospedalizzazione**

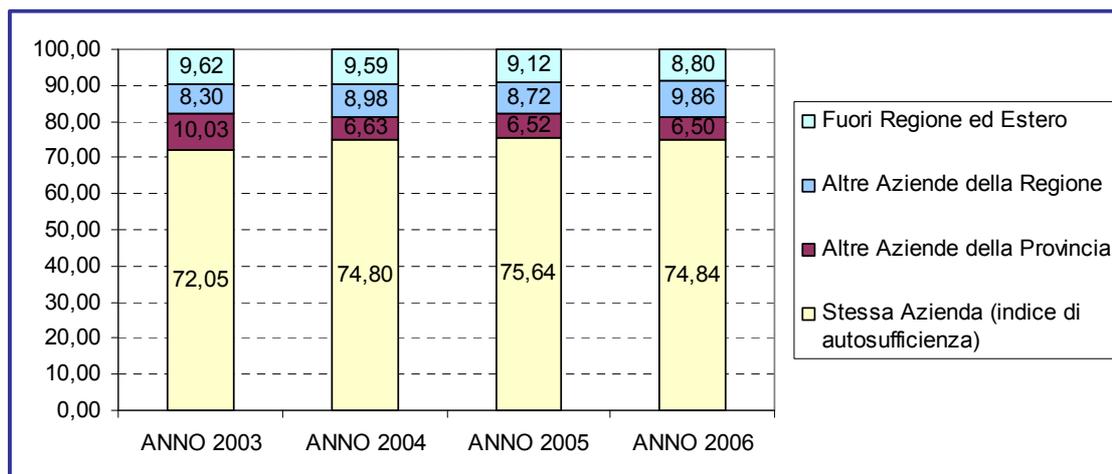
<b>Ausl RER in ordine decrescente per tasso di ospedalizzazione totale</b>	<b>Ord.</b>	<b>DH Med.</b>	<b>DH Chir.</b>	<b>Tot. DH</b>	<b>Tasso osped.</b>	<b>% DH</b>
<b>FERRARA</b>	149,8	27,7	35,5	63,2	213,0	29,7%
<b>PIACENZA</b>	143,4	28,5	28,1	56,6	200,0	28,3%
<b>REGGIO EMILIA</b>	129,6	24,0	37,8	61,8	191,4	32,3%
<b>PARMA</b>	139,9	22,6	25,5	48,1	188,0	25,6%
<b>RER</b>	<b>139,6</b>	<b>22,5</b>	<b>25,9</b>	<b>48,4</b>	<b>188,0</b>	<b>25,8%</b>
<b>BOLOGNA</b>	145,3	19,8	22,3	42,1	187,4	22,4%
<b>AREA METROPOLITANA</b>	144,3	19,6	21,9	41,5	185,7	22,3%
<b>RIMINI</b>	135,9	22,2	26,9	49,0	184,9	26,5%
<b>RAVENNA</b>	140,3	22,6	20,6	43,2	183,5	23,5%
<b>CESENA</b>	139,6	21,8	19,1	40,9	180,5	22,6%
<b>MODENA</b>	135,2	21,5	23,7	45,2	180,4	25,1%
<b>FORLÌ</b>	134,8	19,7	20,6	40,3	175,1	23,0%
<b>IMOLA</b>	<b>137,33</b>	<b>18,08</b>	<b>19,16</b>	<b>37,23</b>	<b>174,56</b>	<b>21,3%</b>

Il dato "apparentemente" negativo, emergente dalla stessa Tabella, relativo allo "scarso" sviluppo della chirurgia di un giorno (DS), è in realtà falsato dalla consistente attività realizzata in "chirurgia ambulatoriale" (non compresa, quindi, tra i "ricoveri" computati nel tasso di ospedalizzazione).

A conclusione della disamina sintetica del quadro dell'offerta e della domanda ospedaliera, si evidenzia, in Tabella 2.37, l'elevato indice di autosufficienza dell'Azienda, con riguardo all'assistenza ospedaliera: quasi il 75%, contro un dato medio regionale di poco superiore al 50%. L'autosufficienza rimane elevata anche se si depura il confronto dalla componente determinata dalla non insistenza di Aziende Ospedaliere nel territorio.

**Tabella 2.37 – Grado di autosufficienza e attrazione**

Provenienza dimessi residenti	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.	ANNO 2006
Stessa Azienda (indice di autosufficienza)	<b>72,05</b>	48,06	<b>74,80</b>	52,11	<b>75,64</b>	52,07	74,84
Altre Aziende della Provincia	<b>10,03</b>	32,99	<b>6,63</b>	25,66	<b>6,52</b>	25,16	6,50
Altre Aziende della Regione	<b>8,30</b>	7,99	<b>8,98</b>	8,99	<b>8,72</b>	8,98	9,86
Fuori Regione ed Estero	<b>9,62</b>	10,96	<b>9,59</b>	13,24	<b>9,12</b>	13,79	8,80



In sintesi, si può concludere che:

- l'Azienda USL di Imola mantiene una forte capacità di soddisfare la domanda del bacino di riferimento;
- il Presidio lavora su elevati standard di appropriatezza di ricovero;
- la necessità di proseguire nell'adeguamento dell'offerta, conseguente all'incremento della domanda "fisiologica" (incremento dell'ambito territoriale; tasso d'invecchiamento della popolazione) pone, inevitabilmente, tensioni tra richieste/interessi concorrenti, a fronte dei quali, comunque, l'Azienda USL di Imola dovrà trovare e perseguire strategie, che consentano un accettabile punto di equilibrio.

Le tensioni dal lato dell'offerta trovano riscontro, dal lato della domanda, nel fenomeno delle code, ovvero delle liste di attesa. Si è già analizzato il fenomeno con riguardo alle prestazioni ambulatoriali e specialistiche. Con riguardo ai ricoveri programmati, in Tabella 2.38, vengono riportati gli indicatori di *performance* sui tempi di attesa, limitatamente agli interventi monitorati sulla base dell'Accordo Stato-Regioni.

**Tabella 2.38 – Distribuzione delle attese per gli interventi monitorati nell'Accordo Stato-Regioni**

INTERVENTO	ANNO 2005					ANNO 2006				
	0 gg.	1-30 gg.	1-90 gg.	1-180 gg.	oltre180 gg.	0 gg.	1-30 gg.	1-90 gg.	1-180 gg.	oltre180 gg.
Cataratta	22,2%	35,7%	64,3%	85,7%	14,3%	18,8%	34,6%	80,8%	100%	0,0%
Chemioterapia	4,8%	96,8%	100%	100%	0,0%	7,4%	96,7%	100%	100%	0,0%
Coronarografia / PTCA per il 2006	12,7%	53,6%	99,3%	100%	0,0%	20,3%	54,9%	96,1%	100%	0,0%
Neoplasia colon-retto	10,8%	94,8%	100%	100%	0,0%	3,8%	85,7%	98,7%	98,7%	1,3%
Neoplasia mammella	1,3%	79,6%	93,9%	95,9%	4,1%	0,0%	96,3%	96,3%	100%	0,0%
Protesi d'anca	1,1%	11,4%	40,2%	63,6%	36,4%	0,0%	13,8%	30,8%	57,2%	42,8%

L'andamento 2005-2006 è diversificato per tipologia di intervento: a un netto miglioramento per quanto riguarda la cataratta e la neoplasia della mammella, si contrappone un peggioramento nella neoplasia del colon-retto e negli interventi per protesi d'anca. Per quest'ultima prestazione chirurgica, il 42% circa dei pazienti in coda viene trattato dopo più di 180 giorni dalla data di prenotazione.

Si presentano infine alcuni indicatori di qualità dell'assistenza, aggiornati al 2006. Il confronto è per ora possibile solamente su base temporale, non essendo disponibili – salvo che sull'incidenza di parti cesarei - indicatori omogenei riferiti ad altre Aziende Sanitarie.

**Tabella 2.39 – Qualità dell'assistenza: indicatori di processo e risultato**

<b>Basso peso alla nascita</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>ANNO 2006</b>
Nati con peso inferiore a 2.500 grammi	0	0	0	0
Nati vivi	1.039	1.098	1.116	1.144
<b>Nati con peso &lt;=2.500/pop residente</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Ricoveri polmoniti e influenza anziani</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>ANNO 2006</b>
Dimissioni pazienti di età > = 65 anni	13	8	17	7
Popolazione residente di età > = 65 anni	27.643	28.211	28.586	28.586
<b>% Dimissioni pazienti di età &gt; = 65 anni/pop residente di età &gt; = 65 anni</b>	<b>0,470</b>	<b>0,284</b>	<b>0,595</b>	<b>0,245</b>
<b>Diabete, complicazioni a breve termine</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>ANNO 2006</b>
Dimissioni pazienti con età > = 18 anni	32	37	42	33
Popolazione residente	108.472	124.060	125.012	125.903
<b>% Dimissioni pazienti con età &gt; = 18 anni /pop residente</b>	<b>0,295</b>	<b>0,298</b>	<b>0,336</b>	<b>0,262</b>
<b>Diabete, complicazioni a lungo termine</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>ANNO 2006</b>
Dimissioni pazienti con età > = 18 anni	71	88	97	80
Popolazione residente	108.472	124.060	125.012	125.903
<b>% Dimissioni pazienti con età &gt; = 18 anni /pop residente</b>	<b>0,655</b>	<b>0,709</b>	<b>0,776</b>	<b>0,635</b>
<b>Parti con taglio cesareo</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>ANNO 2006</b>
Parti con taglio cesareo (DRG 370 - 371)	343	337	327	352
Dimissioni con DRG di parto (370 - 375)	1.030	1.073	1.115	1.130
<b>% Parti con taglio cesareo/dimissioni con DRG di parto (370 - 375)</b>	<b>0,333</b>	<b>0,314</b>	<b>0,293</b>	<b>0,312</b>
<b>Tasso di ospedalizzazione evitabile</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>	<b>ANNO 2005</b>	<b>ANNO 2006</b>
Dimessi per "ricoveri evitabili"	2024	1821	1677	1545
Totale dimessi	19.251	18.655	18.289	17.953
<b>% Dimessi per "ricoveri evitabili"/totale dimessi</b>	<b>0,105</b>	<b>0,098</b>	<b>0,092</b>	<b>0,086</b>

Nel 2006 migliorano gli indicatori riferiti ai ricoveri per polmonite, come "esito" di complicità dell'influenza negli anziani, e quelli relativi alle complicazioni a breve e lungo termine in pazienti diabetici. Migliora costantemente anche l'indicatore relativo alle ospedalizzazioni evitabili, e si conferma pari a zero il numero di nati con basso peso alla nascita.

Unico segnale negativo – limitatamente alla batteria di indicatori esaminata – viene dall'incidenza di cesarei, rispetto alla quale, nel 2006, si inverte la costante tendenza alla riduzione, registrata nel triennio precedente.