

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e le strategie aziendali **73**

3.1 Politiche e gestione del fattore produttivo “farmaci”	74
3.1.1 Distribuzione per conto	76
3.1.2 Erogazione diretta dei farmaci	77
3.1.3 Prontuario terapeutico regionale	78
3.1.4 Regolamento per l’informazione scientifica	79
3.1.5 Sicurezza nell’uso dei farmaci	79
3.2 Specialistica e Liste di attesa	80
3.2.1 Visite	80
3.2.2 Prestazioni diagnostiche	81
Area gastroenterologica	82
Ecodoppler arterioso e venoso	83
Visita oculistica	83
Mammografie	83
TAC e RM	83
Ecografie addome inferiore, tiroidea e osteoarticolare	83
Prestazioni ambulatoriali cardiologiche	83
Semplificazione dell’accesso alle prestazioni specialistiche e Day Service	84
3.3 Sviluppo del ruolo dei Medici di Medicina Generale	84
3.3.1 Progetto Sole	85
3.4 Sanità pubblica	88
3.4.1 Screening oncologici	88
3.4.2 Prevenzione delle malattie infettive	89
3.5 Assistenza ospedaliera	90
3.5.1 Indici di dipendenza	92
3.5.2 Pronto Soccorso	94

3.6 Salute Mentale	95
3.7 Percorsi integrati Ospedale-Distretto	97
3.7.1 Prevenzione cardiovascolare	97
3.7.2 Gestione integrata del paziente diabetico	98
3.7.3 La celiachia	98
3.7.4 Percorso nascita	98
3.7.5 La qualificazione dell'assistenza ai pazienti stomizzati	99
3.7.6 La nutrizione artificiale	99
3.8 Integrazione socio-sanitaria	100
3.8.1 Assistenza odontoiatrica	100
3.8.2 Area anziani	101
3.8.3 Rete integrata per le persone con gravissime disabilità acquisite	102
3.8.4 Disabili adulti	103
3.8.5 Demenze	103
3.8.6 Consultori Familiari e Pediatria territoriale	103
Allattamento al seno	104
Bambino con diabete	104
Malattie rare	104
Prevenzione dell'esposizione al fumo passivo nei bambini	104
Facilitazione dell'accesso e integrazione sociale e sanitaria	104
3.9 Obiettivi della Direzione Generale	105
3.10 Ricerca e Innovazione	107

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Nella presente Sezione, si rendicontano i risultati della gestione 2006, con riferimento prevalente agli obiettivi negoziati a Budget 2006, con ogni struttura aziendale.

Le linee della programmazione aziendale, per l'esercizio in oggetto, sono propriamente derivate da una molteplicità di fonti, interne ed esterne, ovvero da:

- gli obiettivi e i progetti posti dalla Regione;
- le linee programmatiche emerse dal confronto con le Istituzioni Locali (Piano per la Salute; Piano Attuativo Locale; Piani di Zona; ecc.);
- gli obiettivi annuali e pluriennali, derivanti dalle specificità aziendale e di ciascun Dipartimento (sviluppo e/o miglioramento).

Le "aree di obiettivo" assegnate ai Dipartimenti a Budget 2006 possono così essere sintetizzate:

- politiche e gestione del fattore produttivo "farmaci";
- miglioramento dei tempi massimi di attesa, sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, considerate critiche dalla Regione, sia per gli interventi chirurgici per neoplasie;
- mantenimento dei risultati già raggiunti sul piano quali/quantitativo;
- miglioramento della capacità di attrazione e contenimento della mobilità passiva, in particolare nell'Area Chirurgica. A questo proposito, si anticipa che l'AUSL di Imola, durante l'anno 2006, ha attivato un programma di riorganizzazione e riordino delle "attività di Sala Operatoria", al fine di migliorare la disponibilità delle Sedute;
- controllo dell'accesso al Pronto Soccorso, delle correlate funzioni di "filtro" e "accettazione dei ricoveri", da parte delle strutture ospedaliere;
- miglioramento dell'appropriatezza (attivazione del Day Service, relativamente a percorsi di presa in carico complessi, per pazienti con esigenze di prestazioni multiple e integrate, come alternativa al Day hospital e al ricovero ospedaliero; miglioramento dei risultati raggiunti per l'attività di Day Surgery; Individuazione di percorsi integrati territorio e ospedale, quali le dimissioni protette).

Nei seguenti paragrafi si riepilogano obiettivi, azioni e risultati, i quali nel loro insieme "rendono conto" dell'effettività sostanziale conseguita negli scopi di "centralità del cittadino"; "universalità ed equità d'accesso"; "qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale".

3.1 Politiche e gestione del fattore produttivo "farmaci"

Per le Aziende Sanitarie Locali della Regione, la spesa farmaceutica territoriale si compone di:

- a) farmaceutica esterna convenzionata;
- b) distribuzione diretta, effettuata da parte delle Strutture del SSR;
- c) "distribuzione per conto", ovvero i farmaci di classe A erogati dalle Farmacie del territorio, previo accordi locali.

La spesa di cui ai punti a) e b) della Azienda USL di Imola, nell'anno 2006, raffrontata con l'anno precedente, registra le seguenti variazioni:

- spesa lorda € 24.039.807,16 corrispondente a +1,82%, rispetto al 2005;
- spesa netta € 22.846.900,98 corrispondente a +4,51%, rispetto al 2005.

Tra il 2005 e il 2006, si rileva un incremento del numero totale di ricette (+6,93%) in parte compensato dalla riduzione del costo medio per ricetta (-3,35%).

Il dato medio regionale si posiziona a -0,84%, riguardo alla spesa lorda, e +1,88% per quella netta: pur registrandosi un tasso di incremento superiore a quello medio regionale, la spesa netta pro capite della Azienda USL di Imola - come si evince dalla Tabella 3.1 - si mantiene significativamente al di sotto della media regionale: -3,60% come spesa netta pro-capite "grezza"; -4,04% come spesa netta pro capite pesata.

Tabella 3.1 – Farmaceutica esterna convenzionata e distribuzione per conto: indici di consumo e spesa pro capite 2006, a confronto tra le AUSL della Regione

AUSL	abitanti al 31.12.05	pop. pesata al 31/12/05	spesa netta	spesa netta pro capite	scost media reg 1	spesa netta p c pesata	scost media reg. 2
Cesena	195.693	186.790	37.784.161,15	193,08	1,91%	202,28	6,77%
Bologna	824.502	851.976	171.693.209,16	208,24	9,91%	201,52	6,37%
Forlì	178.977	183.913	36.856.934,55	205,93	8,69%	200,4	5,78%
Ravenna	369.425	384.156	76.007.965,48	205,75	8,59%	197,86	4,43%
Parma	416.832	419.877	81.225.893,32	194,86	2,85%	193,45	2,11%
Rimini	290.029	273.643	51.965.566,83	179,17	-5,43%	189,9	0,23%
Ferrara	351.463	379.323	71.717.492,98	204,05	7,70%	189,07	-0,21%
Imola	125.094	125.663	22.846.900,98	182,64	-3,60%	181,81	-4,04%
Modena	665.272	634.664	115.091.023,97	173	-8,69%	181,34	-4,29%
Piacenza	275.947	287.217	50.407.521,84	182,67	-3,58%	175,5	-7,37%
R. Emilia	494.310	460.320	77.786.677,80	157,36	-16,94%	168,98	-10,81%
R.E.R.	4.187.544	4.187.544	793.383.348,06	189,46		189,46	

La spesa territoriale netta pro capite pesata (comprensiva di erogazione diretta e "per conto") vede l'Azienda USL di Imola al 3° posto, con € 208,32, a fronte di una media regionale di € 220,14, realizzando un significativo scostamento, pari a -5,37%.

Il positivo risultato 2006 dell'Azienda USL di Imola continua a essere determinato da molteplici fattori, sia esterni (normative e accordi a livello nazionale e regionale, sui prezzi e sulla prescrivibilità) sia interni (interventi formativi; soluzioni gestionali/organizzative proprie; ecc.).

Rientrano tra i primi:

- le manovre sui prezzi e sugli sconti dei farmaci, introdotte nel 2006, tramite 3 successivi provvedimenti;
- l'inserimento di specialità medicinali a elevata prescrizione, tra i farmaci generici (ad esempio, lansoprazolo o amoxicillina + acido clavulanico).

Rientrano tra i secondi:

- il monitoraggio continuo della prescrizione farmaceutica in capo ai Medici di Medicina Generale (MMG), anche al fine della verifica degli obiettivi di budget, riguardanti l'appropriatezza;
- la condivisione di linee guida sui farmaci di prima scelta, anche in relazione al miglior rapporto costo-beneficio;
- l'incremento della distribuzione diretta di farmaci in dimissione: (i) da reparto; (ii) a seguito di visita specialistica; (iii) in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- l'implementazione della distribuzione diretta all'utenza esterna, gestita dalla Farmacia dell'Azienda, riguardante i farmaci previsti nei Piani Terapeutici Specialistici;
- l'ampliamento della Convenzione con le Farmacie territoriali, pubbliche e private, per la "distribuzione per conto", mediante l'inserimento di nuovi prodotti con duplice via di dispensazione e, da novembre 2006, delle eparine a basso peso molecolare.

Le categorie di farmaci individuate nell'Accordo aziendale con i MMG sono quelle per le quali l'Azienda USL di Imola ha i maggiori consumi, rispetto agli standard regionali e, nello specifico, riguardano:

- Antiipertensivi di prima scelta (Diuretici e Beta-bloccanti);
- ACE-inibitori isolati o in associazione;
- Sartani, isolati o in associazione;
- Doxazosina;
- Antibiotici di "uso comune";
- Glicocorticoidi per via inalatoria;
- Beta2-agonisti *long acting* in associazione, per via inalatoria;
- Inibitori della pompa protonica.

Al fine di monitorare gli obiettivi di budget, è stato implementato un sistema di reporting periodico, con gli andamenti dei consumi per singolo medico prescrittore.

Sul contenimento della spesa farmaceutica pro-capite sono stati coinvolti anche i professionisti dei Dipartimenti Ospedalieri.

Le categorie di farmaci e le unità operative coinvolte sono evidenziati nella Tabella 3.2.

Tabella 3.2 – Appropriatelyzza d'uso dei farmaci: andamento spesa pro-capite anni 2005-2006

Indicatore	2005	2006	%var 2006/2005	Unità operativa
Dipartimento Medico				
Spesa pro-capite per farmaci per il respiro (gr.terap R03)	15,27	14,48	-5%	PNEUMOLOGIA
Spesa pro-capite per antiulcera (gr.terap A02)	16,22	17,18	6%	MEDICINA/ LUNGODEGEN ZA C.S.P.T.
Spesa pro-capite per farmaci per il respiro (gr.terap R03)	15,27	14,48	-5%	MEDICINA/ LUNGODEGEN ZA C.S.P.T.
Spesa pro-capite per antiulcera (gr.terap A02)	16,22	17,18	6%	GASTROENTER OLOGIA DIGESTIVA
Dipartimento Chirurgico				
Spesa pro-capite per farmaci per colliri antiglaucomatosi (gr.terap S01)	5,24	5,32	2%	U.O. OCULISTICA
Spesa pro-capite per farmaci per cortisonici aerosol	2,99	3,62	21%	UO OTORINOLARIN GOIATRIA
Spesa pro-capite per farmaci per difosfonati (gr.terap M05)	3,64	4,23	16%	UO ORTOPEDIA
Spesa pro-capite per farmaci urologici (gr.terap G04)	7,01	6,72	-4%	UO UROLOGIA
Dipartimento Emergenza				
Urgenza				
Spesa pro-capite per farmaci per ACE e sartani (gr terap C09)	29,52	30,59	4%	CARDIOLOGIA
Spesa pro-capite per farmaci per antitrombotici (gr.terap B01)	5,61	5,64	1%	CARDIOLOGIA

3.1.1 Distribuzione per conto

Così come già anticipato, la Convenzione con le Farmacie, pubbliche e private, per la "distribuzione per conto" è stata ampliata, mediante inserimento nel corso dell'anno di nuovi

prodotti con duplice via di dispensazione e, nei mesi di novembre e dicembre, delle eparine a basso peso molecolare: la manovra ha determinato una riduzione di circa il 3,75% sulla spesa netta esterna, ed ha consentito un risparmio reale di circa € 244.000,00.

Tabella 3.3 – Determinazione del risparmio derivante dalla distribuzione per conto

spesa lorda SSN (A)	€ 985.203,71 (valorizzazione dei farmaci erogati per conto alle condizioni previste in regime di convenzione)
ipotesi spesa netta SSN (B)	€ 890.056,28 (valorizzazione dei farmaci erogati per conto alle condizioni previste in regime di convenzione al netto degli sconti e del ticket)
spesa interna iva compresa (C)	€ 508.515,78 (costo dei farmaci distribuiti dalle Farmacia per conto dell'Azienda)
costo servizio mensile (Iva c.) (D)	€ 138.218,60 (costo del Servizio per la distribuzione per conto effettuato dalle Farmacie)
totale spesa diretta (E = C+D)	€ 646.734,38
risparmio reale (B-E)	€ 243.321,90

L'incidenza percentuale della distribuzione per conto è pari al 2,23%, sulla spesa netta totale di cui alla Tabella 3.1.

Nell'ambito del Progetto regionale di *"incremento degli accordi con le Farmacie per la distribuzione per conto"*, l'Azienda USL di Imola e l'Azienda USL di Bologna hanno realizzato un corso di formazione - dal titolo *"Le note AIFA e la gestione professionale integrata dei piani terapeutici, fra Azienda USL e farmacie territoriali"* - rivolto a tutti i farmacisti operanti sui territori "aziendali" e finalizzato alla corretta gestione delle prescrizioni soggette a Piano Terapeutico Specialistico.

3.1.2 Erogazione diretta dei farmaci

Ormai da anni, l'Azienda USL di Imola pratica la distribuzione diretta di farmaci.

Il potenziamento di questa modalità erogativa ha costituito "obiettivo aziendale", anche per l'anno 2006:

- il costo sostenuto per la somministrazione diretta di farmaci ammonta a € 3.872.181,00, pari a circa il 20% dei costi per "beni sanitari";
- il valore complessivo dei farmaci erogati dalle strutture aziendali aumenta, rispetto all'anno precedente, del 5%.

Tabella 3.4 – Farmaci in distribuzione diretta

Area di distribuzione	ANNO 2005	PRECONS . 2006	SCOST.VAL.AS S. 05/06	SCOST .%
POLIAMBULATORI ospedalieri	32.935	33.106	171	1%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	212.364	235.395	23.031	11%
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA	121.593	125.621	4.028	3%
DIPARTIMENTO SERVIZI INTERMEDI	1.491.535	1.594.462	102.927	7%
DIPARTIMENTO MEDICO	1.505.884	1.524.560	18.675	1%
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	71.067	55.225	-15.842	-22%
IGIENE PUBBLICA	818	561	-257	-31%
SALUTE MENTALE	258.632	303.251	44.619	17%
TOTALE	3.694.829	3.872.181	177.353	5%

3.1.3 Prontuario terapeutico regionale

L'Azienda USL di Imola fa parte della Commissione Terapeutica Provinciale di Bologna (CTP) che, nel giugno 2006, ha portato a termine l'elaborazione del primo Prontuario Terapeutico Provinciale. Detto Prontuario - che ha come elementi fondanti l'equivalenza terapeutica, le prove d'efficacia, il rapporto costo/efficacia, il profilo "rischio/beneficio", il grado di innovatività terapeutica - ha direttamente influenzato l'effettuazione di un'unica gara a livello provinciale, per l'acquisto dei farmaci.

La gara si è conclusa con importanti risultati economici, conseguiti a seguito dell'introduzione di innovativi meccanismi concorsuali, quali:

- la succitata equivalenza terapeutica;
- la messa in competizione di principi attivi, su indicazioni d'uso prevalente;
- il punteggio del prezzo offerto, fondato sia sul costo ospedaliero sia su quello territoriale.

La composizione della Commissione Terapeutica Regionale (CTR) è stata adeguata il 29/12/2006, secondo le indicazioni contenute nella Delibera istitutiva del 6/11/2006, tra le quali: (i) l'ambito di applicazione (Aziende Sanitarie Locali; Aziende Ospedaliere; Strutture assistenziali private accreditate; Amministrazione Penitenziaria); (ii) i regimi di assistenza (degenza ordinaria; day hospital; ADI; Hospice); (iii) l'obiettivo di assicurare la qualità della cura e il miglior uso delle risorse.

L'Azienda USL di Imola ha partecipato alla nomina dei componenti e alla definizione dei rapporti fra la CTR e la CTP.

3.1.4 Regolamento per l'informazione scientifica

In attesa della deliberazione del Regolamento regionale, si è avviato presso il Presidio di Imola un progetto di analisi e verifica delle prescrizioni in dimissione, da reparto e da alcuni ambulatori, al fine di verificarne l'appropriatezza, in relazione alle note AIFA.

Nel corso del 2006, si è realizzata la messa in operatività del *Punto unico di distribuzione diretta* dei farmaci in dimissione, a cui afferiscono tutte le strutture ospedaliere. Tale soluzione organizzativa permette di monitorare le "modalità" prescrittive ed effettuare gli scarichi personalizzati, per ogni singolo assistito, in ottemperanza alle disposizioni regionali sul nuovo flusso FED.

A seguito degli esiti "intermedi" del monitoraggio sulla appropriatezza nella compilazione delle ricette, rispetto alle note CUF, sono stati promossi audit specifici con i Dipartimenti Ospedalieri, al fine della analisi, verifica ed eventuale ri-orientamento delle loro *performance* di specie.

3.1.5 Sicurezza nell'uso dei farmaci

Nell'ambito del Progetto di informatizzazione del percorso clinico di ricovero, l'Azienda USL di Imola ha acquistato un software per la personalizzazione delle terapie dei pazienti ricoverati.

Il programma - presentato e installato nel 2006 – possiede le seguenti funzionalità:

- inserimento della terapia da somministrare, con nome del farmaco, posologia, via di somministrazione, orario di somministrazione, data di prescrizione, data di sospensione;
- inserimento "facilitato" del farmaco, con indicazione della molecola, dei nomi commerciali in vendita, dei farmaci "preferiti", ed evidenziazione *on line* della disponibilità del prodotto nella Farmacia dell'Ospedale;
- controllo sull'interazione tra i farmaci e sulle allergie/intolleranze del paziente;
- visualizzazione "a schermo" e stampa del "piano di distribuzione" della terapia, per i singoli pazienti, nei diversi turni infermieristici e nei diversi orari, con "spunto terapia" e indicazione del nome dell'infermiere, che ha effettuato la distribuzione;
- stampa delle etichette adesive per flebo e somministrazioni endovenose, con indicazione del nome del paziente, numero del letto, farmaci infusi e orari di infusione;
- gestione armadietto farmaceutico di reparto;
- possibilità di controllo della quantità di farmaci consumati;
- richiesta automatica degli ordini in Farmacia, in base al consumo e alla giacenza minima di reparto (ovvero "punto di riordino").

Gran parte delle funzionalità sopra esposte possono essere "agite" anche mediante dispositivi tipo "palmare".

Per quanto riguarda l'adattamento a livello locale delle raccomandazioni ministeriali sulla corretta gestione delle *soluzioni concentrate di potassio cloruro e di altre soluzioni saline concentrate, definite "ad alto livello di attenzione"* (concentrazioni = 0 > a 1 mEq/ml), è stata elaborata una procedura aziendale, che ne governa il processo di utilizzo, dalla richiesta, all'approvvigionamento e alla conservazione, fino alla preparazione e somministrazione del farmaco. Tra le misure adottate vanno ricordate:

- la conservazione presso la Farmacia, in posizione separata dagli altri farmaci;
- l'acquisto di armadi dedicati, per la conservazione, nelle singole Strutture ospedaliere;
- l'acquisto di fiale di soluzione fisiologica in PLASTICA, sostitutive di quelle in vetro, onde evitare lo scambio tra le fiale stesse;
- l'acquisto di soluzioni già diluite di potassio cloruro;
- l'adozione del registro di carico e scarico, per la movimentazione delle soluzioni concentrate, nelle singole Strutture ospedaliere.

3.2 Specialistica e Liste di attesa

Nel 2006, si conferma "obiettivo critico" la riduzione delle liste di attesa, per la specialistica territoriale, relativamente alle prestazioni oggetto ormai di costante monitoraggio della Regione Emilia Romagna.

Nel Budget 2006 sono stati attribuiti obiettivi specifici, strutturati per singola Unità Operativa, sia per le prestazioni diagnostiche sia per le visite.

Nei paragrafi successivi si riepilogano i risultati ottenuti e le azioni intraprese.

3.2.1 Visite

Nella Tabella 3.5 vengono mostrati gli indici di *performance* a 30 giorni per le visite specialistiche.

L'indice "cumulativo" delle visite specificate nel Budget 2006 migliora in modo sostanziale, rispetto al 2005, rilevandosi pari al 62%, nonostante volumi complessivi prestazionali in diminuzione (-11%).

Tabella 3.5 – Indice di performance a 30 giorni per visite specialistiche

Titpologia	anno 2005	anno 2006	delta %	anno 2005	anno 2006	delta %
	Indice di performance			Volumi erogati		
Endocrinologiche	86%	73%	-15%	486	368	-24%
Nefrologiche	88%	89%	1%	1.467	1.687	15%
Neurologiche	74%	65%	-13%	3.214	2.698	-16%
Penumologiche	54%	65%	22%	3.471	3.533	2%
Chirurgiche	61%	63%	3%	2.715	3.158	16%
Oculistiche	40%	52%	30%	9.444	7.095	-25%
Ostetrico ginecologiche	70%	64%	-8%	1.366	1.153	-16%
Indice di performance cumulativo	56%	62%	12%	22.163	19.692	-11%

In positivo, si evidenzia che:

- per la visita nefrologica si consolida e migliora la buona *performance* 2005 (89%);
- per le visite oculistiche e pneumologiche si rileva un importante miglioramento, passando rispettivamente dal 40% al 52% e dal 54% al 65%;
- per le visite endocrinologiche, neurologiche e ostetrico ginecologiche si evidenzia un calo, pur mantenendo un indice superiore al 60%.

3.2.2 Prestazioni diagnostiche

L'indice di performance "cumulativo" per eco-addome, eco-doppler ed eco-tiroide risulta essere una criticità non ancora risolta. Nel 2006, si rileva:

- il 42% per l'ecografia dell'Addome;
- il 45% per l'ecodoppler;
- il 24% per l'eco-tiroide.

Tabella 3.6 – Indice di performance a 30 giorni per prestazioni diagnostiche

Prestazione diagnostica:	ANNO	ANNO	delta	ANNO	ANNO	delta
	2005	2006	%	2005	2006	%
	Indice di performance a 60			Volumi erogati		
ECO ADDOME						
U.O. Geriatria	57%	42%	-26%	1.040	996	-4%
U.O. Lungodegenza post acuti Imola e CSP	77%	50%	-35%	440	437	-1%
U.O. Medicina Lungodegenza CSP	31%	23%	-27%	181	208	15%
Indice di performance cumulativo	59%	42%	-30%	1.661	1.641	-1%
ECO DOPPLER						
U.O. Geriatria	57%	49%	-15%	847	701	-17%
U.O. Lungodegenza post acuti Imola e CSP	46%	28%	-40%	309	240	-22%
U.O. Medicina Imola	58%	52%	-9%	2.140	1.887	-12%
U.O. Medicina Lungodegenza CSP	38%	32%	-14%	1.058	980	-7%
Indice di performance cumulativo	52%	45%	-13%	4.354	3.808	-13%
ECO TIROIDE						
U.O. Medicina Lungodegenza CSP	19%	24%	24%	155	153	-1%
ECO OSTETRICO GINECOLOGICHE						
U.O. Ostetricia Ginecologia	88%	82%	-6%	3.841	2.678	-30%
EEG e EEM						
U.O. Neurologia	80%	79%	-2%	6.002	6.868	14%
RM e TAC						
U.O. Radiologia	96%	84%	-13%	14.278	12.318	-14%

I buoni risultati ottenuti nel 2005 per l'ecografia ostetrico ginecologica, l'ECG e EEM, la RM e TAC sono in diminuzione, nell'anno 2006, pur confermandosi indici di *performance* ben oltre la soglia di criticità.

Di seguito si riportano le azioni 2006 rivolte al contenimento del fenomeno dei tempi di attesa, per le principali aree di prestazioni specialistiche.

In termini generali, è stata richiesta ai professionisti la definizione dello "*standard di servizio*" dell'attività, per pazienti esterni e ricoverati, al fine di programmare l'offerta per l'anno in corso, e porre in essere azioni mirate alla riduzione dei tempi massimi di attesa, riportate nello specifico Piano aziendale, la cui esecuzione è stata dichiarata e condivisa tra le "priorità 2007".

Area gastroenterologica

Le gastroscopie e le visite gastroenterologiche non rappresentano, per quanto riguarda i tempi di attesa, una criticità aziendale, mentre le colonscopie registrano tempi di attesa molto più critici. Pertanto, nel 2006 si è ri-modulata l'offerta, così da riequilibrare i "picchi".

Ecodoppler arterioso e venoso

Per gli ecodoppler - in particolare, cerebrale e periferico - i tempi di attesa risultano critici. Nel 2006, gli interventi per una temporanea soluzione sono stati:

- l'acquisizione, negli ultimi mesi dell'esercizio, dal Centro Privato Accreditato di Castel San Pietro Terme, di circa 250-300 esami;
- la riorganizzazione di parte dell'offerta prestazionale, distinguendo gli esami sul sistema venoso, da quelli sul sistema arterioso, e privilegiando la tempestività per questi ultimi, stante il maggior grado di inappropriatazza dei primi;
- l'apertura di una agenda specifica presso il Centro Fisiolaser (acquisizione di 15 esami aggiuntivi settimanali) con un'offerta/anno in incremento pari a +700 esami.

Visita oculistica

Presso la UO di Oculistica, si è predisposta la riapertura di alcuni ambulatori, dedicati all'attività di "visita", conseguente alla temporanea diminuzione dell'attività di sala operatoria.

Mammografie

A fine 2006, a causa di un evento contingente (guasto macchina) si è verificato l'allungamento dei tempi di attesa per "mammografie", a fronte del quale è stato acquisito un pacchetto di 500 esami in Simil-ALP: in tal modo si è incrementato il tasso di utilizzo, nel periodo successivo al guasto, e si è ridotta la lista d'attesa.

TAC e RM

Nel 2006 si è provveduto a una rimodulazione dell'offerta di TAC e RM, sia per pazienti esterni sia per interni. A fine anno, i tempi di attesa per le TAC erano entro gli standard, mentre permanevano alti i tempi medi di attesa per le RM.

Ecografie addome inferiore, tiroidea e osteoarticolare

A fine 2006, sono stati acquisiti circa 250 esami ecografici dal "Privato accreditato". Relativamente all'ecografia tiroidea, si è sviluppato il modello di presa in carico dei pazienti (percorso endocrinologico).

Prestazioni ambulatoriali cardiologiche

Nel 2006, si è implementato il percorso di presa in carico dei pazienti cardiopatici complessi; si è inoltre completato il processo di riorganizzazione complessiva dell'attività della Unità Operativa di Cardiologia. Si registra, quale esito, il mantenimento di un buon livello di accessibilità e tempi di attesa performanti per le prime visite cardiologiche, parzialmente compensati da tempi di attesa leggermente oltre gli standard, per prestazioni strumentali.

Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e Day Service

Gli ambulatori Oculistici, di Otorinolaringoiatria e Cardiologici sono stati trasferiti nella nuova sede del Poliambulatorio di Castel San Pietro Terme, costituendo un unico punto di accettazione e prenotazione, così come espressamente indicato nella DGR 2142/2000.

Relativamente ai percorsi di presa in carico complessa - Day Service - si evidenzia l'incremento della attività di specie, nell'esercizio 2006, rispetto al 2005, e precisamente:

- nel Dipartimento Medico, il numero di pazienti trattati è aumentato del 40,9% (+292 casi trattati);
- nel Dipartimento Chirurgico, il numero dei casi è rimasto sostanzialmente invariato;
- nel Dipartimento di Salute Mentale, il Day hospital territoriale psichiatrico ha registrato un incremento del 170,4% (pari a +230 pazienti in carico).

3.3 Sviluppo del ruolo dei Medici di Medicina Generale

Nel marzo del 2006, è stato firmato l'Accordo aziendale con i Medici di Medicina Generale, nel quale si conferma il coinvolgimento dei professionisti, che operano sul territorio attraverso i Nuclei di Cure Primarie (NdCP).

Tuttora, si sta procedendo alla revisione quali/quantitativa dei NdCP, che da 8 dovranno diventare 5, riorganizzati secondo il modello previsto nell'Accordo regionale con i MMG, ovvero da "funzionali", a "strutturali". A questo proposito, si evidenzia che due NdCP sono già operanti in strutture sanitarie aziendali, e precisamente nei Comuni di Medicina e Castel San Pietro Terme.

La Porta Medicalizzata nel Comune di Medicina è stata ristrutturata e aperta proprio nel 2006.

La Porta Medicalizzata di Castel San Pietro Terme rappresenta una esperienza esemplare, anche già in prospettiva delle Case della Salute.

Tra l'altro, nell'ambito aziendale, quasi tutti i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta risultano già operanti in équipe, secondo le varie forme previste:

- il 14,6% dei Medici è in associazione;
- il 25% è in rete;
- il 56% è in gruppo;
- solo il 4% non appartiene a nessuno dei modelli associativi.

Tabella 3.7 – Forme associative nella Medicina di base

	ANNO 2005	ANNO 2006	% var.
N° Medici di Medicina Generale	98	96	-2%
- di cui medici in associazione	14	14	0%
- di cui medici in rete	32	24	-25%
- di cui medici in gruppo	40	54	35%
- di cui medici non associati	12	4	-67%
N° Pediatri di Libera Scelta *	19	20	5%
- di cui pediatri in gruppo	11	11	0%
- di cui pediatri non associati	8	9	13%
N° Medici di Continuità Ass.le (titolari+sostituti)	38	25	-52%

* N° 1 P.L.S. con incarico provinciale, dal mese di novembre 2006, per 6 mesi

L'Accordo aziendale conferma il criterio fondante e fondamentale su cui si è costruita la trattativa di budget, ovvero l'appropriatezza prescrittiva, basata sulle conoscenze tratte dalla Evidence Based Medicine, per migliorare:

- la prescrizione farmacologica;
- la richiesta di prestazioni specialistiche e strumentali;
- i comportamenti clinici, nell'ambito della attività del professionista, che opera sul territorio.

La logica del sistema premiante, relativo agli obiettivi di qualità di *performance*, da un lato, valorizza una base acquisita di appropriatezza, in modo permanente; dall'altro, incentiva miglioramenti "per gradini", rispetto alla *performance* dell'anno precedente.

3.3.1 Progetto Sole

Innanzitutto è opportuno ricordare che l'Azienda USL di Imola ha in capo a sé il coordinamento regionale del Progetto Sole: in tal senso, nella presente rendicontazione, si riporta l'attività svolta nel 2006.

La pianificazione dell'attività è stata fortemente focalizzata sulla diffusione dei Servizi SOLE ai MMG e al completamento dell'infrastruttura funzionale, presso tutte le Aziende regionali.

In particolare, la fase di *deployment* prevedeva l'attivazione dell'intera infrastruttura e la "messa in rete" di 800 MMG, nonché l'attivazione dei Servizi di Supporto ad Aziende e MMG e l'attuazione di un importante intervento di formazione/comunicazione, rivolto agli stessi professionisti.

Si rileva che l'attivazione raggiunta conta 650 MMG e per questi si registra un utilizzo effettivo del sistema del 75%.

Per quanto riguarda la realizzazione del software, si registra il completamento delle attività di test dell'infrastruttura Gestione/consultazione IREC e l'avvio del relativo *deployment* presso le Aziende sperimentatrici.

Nell'ultimo semestre 2006, l'implementazione dell'infrastruttura tecnologica/applicativa registra il seguente avanzamento:

- completato lo sviluppo software del "Percorso Diabete";
- completato il test dell'IREC;
- completato il perfezionamento del Sistema Statistico e del Sistema Gestione Servizi ai MMG;
- completato lo sviluppo software del sistema gestionale Catalogo SOLE e dei relativi servizi di aggiornamento;
- in fase di completamento la realizzazione del nuovo sistema "Cedolino MMG/PLS";
- definito il piano di "Comunicazione" focalizzato su Aziende, MMG e Pediatra di Libera Scelta;
- completato lo sviluppo dell'infrastruttura applicativa, per la notifica del referto di Pronto Soccorso;
- in fase di completamento gli studi di fattibilità relativi a Prescrizioni Farmaceutiche, SERT, INAIL, Vaccinazioni.

Relativamente al processo di "Attivazione Aziende e MMG" si continua a registrare uno stato di avanzamento non ancora in linea con il Piano: ad oggi, si stima l'85% di attivazione per le Aziende e il 17% per i MMG.

Punti di Forza

Il progetto ha raggiunto un livello di realizzazione tale, da rappresentare ormai una realtà consolidata e accettata da tutti gli attori in gioco.

Punti di Debolezza

Le funzionalità di base previste dal Progetto non sono realizzate e fruibili uniformemente in tutto il territorio regionale e, anzi, la piena funzionalità non è ancora disponibile in tutte le Aziende della Regione. Le motivazioni che determinano tali difformità sono molteplici e ascrivibili, in proporzioni differenti, a tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione del Progetto.

Pertanto, si ritiene di procedere ad un più stringente controllo verso tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione, con verifiche periodiche rivolte ai referenti CUP 2000, referenti tecnici aziendali, referenti organizzativi aziendali e referenti dei MMG, per ciascuna Azienda Sanitaria, al fine di identificare al meglio i problemi e le relative soluzioni praticabili.

Per la realizzazione del Progetto, nell'ambito dell'Azienda USL di Imola, si rileva che al 31/12/2005 erano attivi a Imola gli 8 medici sperimentatori, i quali hanno generato un volume di scambio messaggi mensile, così come di seguito riportato:

[< Torna indietro](#)

Risultato Statistiche per Servizio | Dati relativi al mese: Dicembre 2005 ed all'azienda Imola

Le statistiche sulle Richieste mostrano il numero di volte in cui è stato chiamato un determinato servizio di SOLE per il quale da SOLE è pervenuta risposta.

Nota: i dati visualizzati sono aggiornati al 31/03/2007 06:03.

Azienda	Aggiornamento Stato Notifica	Identificazione Assistito	Invio Notifiche	Trasmissione Aggiornamenti	Trasmissione Avvenuta Dimissione	Trasmissione Avvenuto Ricovero	Trasmissione Prescrizione Elettronica	Totale
AUSL Imola	2	9	1	5260	1448	161	948	7831
Totali	2	9	3	5260	1448	161	948	7831

[< Torna indietro](#)

Nel corso del 2006, sono state svolte le attività necessarie a procedere all'avvio, in successione, di tutti i MMG, ovvero:

- sono stati definiti i criteri di selezione per partecipare al progetto SOLE;
- è stata definita la sequenza di priorità nell'attivazione delle postazioni, all'interno del sistema SOLE;
- è stata fatta la formazione a circa 40 professionisti, per l'utilizzo del sistema SOLE;
- è stato allineato il catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale al catalogo SOLE.

Il catalogo è stato adottato da tutti i MMG in SOLE;

- sono state allineate le anagrafiche dei pazienti dei Medici attivati in SOLE.

Al 31/12/2006, risultavano attivati, nel sistema SOLE, per l'Azienda USL di Imola 41 medici e 50 studi (ogni medico può avere anche più di un ambulatorio) i quali hanno generato un volume di scambio messaggi mensile così come di seguito riportato:

[< Torna indietro](#)

Risultato Statistiche per Servizio | Dati relativi al mese: Dicembre 2006 ed all'azienda Imola

Le statistiche sulle Richieste mostrano il numero di volte in cui è stato chiamato un determinato servizio di SOLE per il quale da SOLE è pervenuta risposta.

Nota: i dati visualizzati sono aggiornati al 31/03/2007 06:03.

Azienda	Aggiornamento Stato Notifica	Aggiornamento Stato Prescrizione Elettronica	Identificazione Assistito	Invio Notifiche	Recupero Istanza di Ricovero	Recupero Prescrizione Elettronica	Recupero Referto	Trasmissione Aggiornamenti	Trasmissione Avvenuta Dimissione	Trasmissione Avvenuto Ricovero	Trasmissione Prescrizione Elettronica	Trasmissione Referto	Totale
AUSL Imola	153	71	154	304	1197	184	471	5109	1332	1050	1891	9850	21766
Totali	153	71	154	304	1197	184	471	5109	1332	1050	1891	9850	21766

[< Torna indietro](#)

3.4 Sanità pubblica

3.4.1 Screening oncologici

Nel 2006 è proseguito l'impegno del Presidio e del Dipartimento di Sanità Pubblica nell'attività degli screening oncologici.

Ai due screening "storici" di prevenzione e diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero e della mammella femminile, si è aggiunto, a partire da marzo 2005, lo screening del carcinoma del colon-retto.

Durante l'esercizio 2006, sono stati perseguiti gli obiettivi individuati nel Piano specifico regionale, e in particolare:

- è stata garantita la continuità dei programmi di screening attivati e il mantenimento dei buoni risultati raggiunti (vedi di seguito e Sezione 2, paragrafo 2.3.2);
- è stato garantito il monitoraggio dei tre screening e sono stati assolti i debiti informativi nei confronti del Centro di Riferimento Regionale Screening;
- è stato attivato il processo per l'estensione degli screening alle persone domiciliate e alle fasce di popolazione più svantaggiata.

Nel 2004, l'Azienda USL di Imola ha definito - in coerenza con le linee-guida proposte dalla Regione Emilia Romagna - il programma di screening per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del colon-retto. Detto programma è stato presentato ai Medici di Medicina Generale, nel gennaio 2005.

Nell'anno 2006, la risposta all'invito è risultata del 42,5% e la quasi totalità dei soggetti risultati positivi ha accettato l'approfondimento diagnostico di secondo livello (visita gastroenterologica e successiva pancoloscopia o clisma opaco).

Il Laboratorio Analisi ha partecipato al controllo di qualità organizzato dal CSPO di Firenze, relativo alla ricerca del sangue occulto fecale (FOBT).

I tempi di attesa sul processo hanno registrato l'andamento di cui alla Tabella 3.8.

Tabella 3.8 – Tempi di attesa per approfondimenti diagnostici screening colon retto

Prestazioni	Tempo in giorni			
	<20	21-30	31-60	>60
Colonscopia	9%	11%	48%	32%
Clisma opaco	27%	9%	39%	24%
	entro 60 giorni			>60
Intervento chirurgico	6%			94%
	entro 30 giorni		31-60	>60
Tempo tra colonscopia e intervento chirurgico	18%		71%	12%

Riguardo allo screening mammografico, nel 2006, si è riscontrata una percentuale di risposta all'invito del 68,8%; il tasso di adesione alle indagini si è attestato sul 78,5% (costituito dal numero di esami eseguiti nello screening associati alle mammografie cliniche); sono stati effettuati 177 richiami; il numero di interventi chirurgici eseguiti è stato di 41 (che rappresentano il 23% dei richiami): tra questi il 78% è rappresentato da lesioni maligne e il 22% da quelle benigne. La partecipazione dei gruppi di popolazione più svantaggiata è stata garantita riservando dei posti alle donne extracomunitarie residenti, contattate attraverso le Associazioni di volontariato.

Per il 2007, si prevede l'estensione dell'invito anche alle donne domiciliate.

Nell'ambito delle iniziative relative al controllo di qualità, vanno evidenziate: la partecipazione al Programma nazionale di studio "cancro intervallo"; i controlli giornalieri dei parametri tecnici del mammografo e della catena di sviluppo delle lastre mammografiche, effettuati dal personale tecnico della UO di Radiologia.

Per lo screening della cervice uterina, la risposta all'invito è stata del 57,8%, con una percentuale di adesione da parte della popolazione target (ovvero copertura del test nella popolazione target) pari al 90,2%. Le donne invitate a visita colposcopica per approfondimento sono state 274.

Nel 2006, sono state inserite nelle liste di convocazione anche le donne extracomunitarie domiciliate; inoltre sono stati riservati degli appuntamenti, per l'esecuzione del pap-test, alle donne extracomunitarie residenti, contattate attraverso le Associazioni di volontariato.

L'UO di Anatomia Patologica ha partecipato alle iniziative regionali relative al controllo di qualità.

Nel periodo gennaio-aprile, il tempo di attesa medio tra il referto del Pap-test e la visita colposcopica è stato di 15 giorni circa; nel periodo maggio-dicembre il tempo medio di attesa è stato di 28 giorni circa: l'aumentato tempo di attesa, tra i due periodi, è da imputarsi alla chiusura dell'ambulatorio colposcopico della UO di Ostetricia e Ginecologia, a causa di insorte criticità relative al personale; ciò ha comportato che le visite colposcopiche siano state effettuate solamente presso gli ambulatori della UO di Oncologia.

I tempi di attesa medio tra la visita colposcopica e l'eventuale trattamento chirurgico (conizzazione) sono stati compresi tra i 15 e i 30 giorni.

3.4.2 Prevenzione delle malattie infettive

La Pediatria di Comunità ha perseguito nel 2006 gli obiettivi di politica vaccinale indicata dalla Regione, mediante:

- l'applicazione del nuovo calendario vaccinale dell'infanzia;

- la collaborazione e l'integrazione con i Pediatri di Libera Scelta, per l'offerta "attiva" delle vaccinazioni raccomandate ai bambini a rischio;
- il potenziamento del "front office", gestito in autonomia dalle assistenti sanitarie e dalle infermiere della Pediatria di Comunità, per l'attività di consulenze vaccinali.

Per quanto attiene agli eccellenti risultati dell'Azienda USL di Imola, espressi in tassi di copertura vaccinale dell'infanzia, sia per le vaccinazioni obbligatorie sia per le vaccinazioni raccomandate, si rinvia alla Sezione 2 paragrafo 2.3.2.

3.5 Assistenza ospedaliera

Gli standard di utilizzo stabiliti a livello nazionale dall'Intesa del 23/03/2005 - e confermati dalla Legge Finanziaria 2006 - fissano un tasso di ospedalizzazione pari a 180/1000 abitanti e un tasso di Day Hospital del 20% dei ricoveri complessivi. Con riferimento agli indicatori di utilizzo ottimale, l'Azienda USL di Imola migliora ulteriormente, nel corso del 2006, la già eccellente *performance* dell'esercizio precedente, quale esito:

- della promozione delle modalità più appropriate di assistenza (Day Service; chirurgia ambulatoriale; assistenza domiciliare; ecc.);
- dell'azione di filtro complessivo al ricovero, sviluppata attraverso l'organizzazione del Dipartimento Emergenza e Accettazione.

Tabella 3.9 – Ricoveri dei residenti AUSL Imola, esclusa mobilità extraregionale (trend 2005-2006)

N.ro ricoveri ordinari su residenti Ausl Imola	gen-set 2006	gen-set 2005	var %
AFO Medicina	6537	5931	-9,3%
AFO Chirurgica	5502	5463	-0,7%
AFO Materno-Infantile	2876	2769	-3,7%
AFO Terapie intensive	278	267	-4,0%
AFO Lungodeg. Riabilitazione	120	114	-5,0%
TOTALE	15313	14544	-5,0%

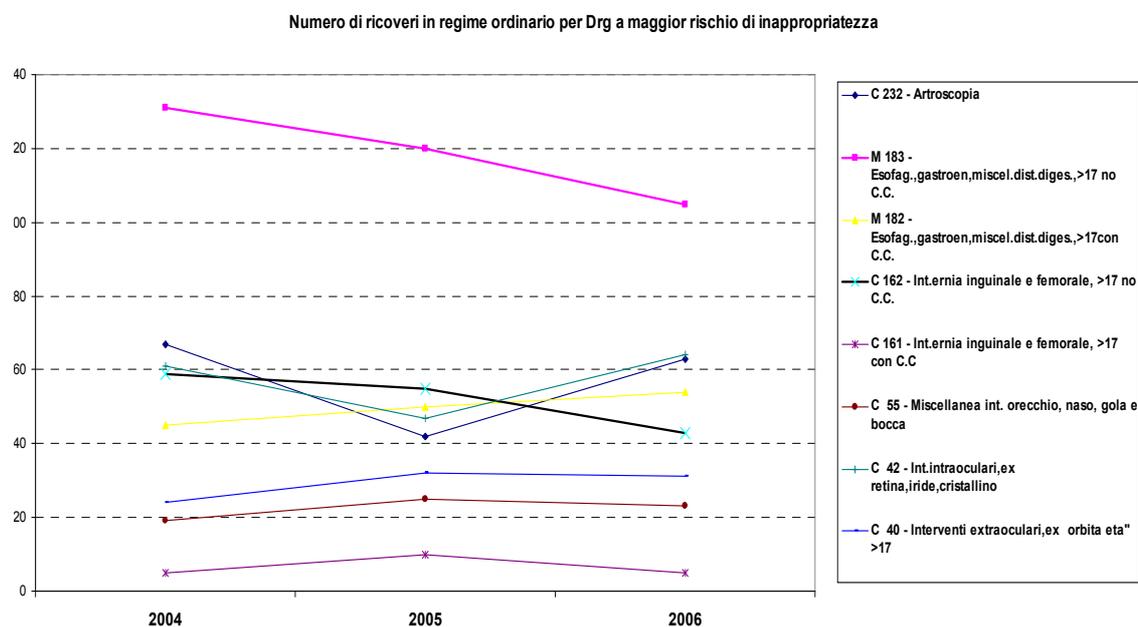
Fonte: Banca dati SDO interna (comprensiva della mobilità intraregionale: primi 9 mesi degli anni indicati)

Nel 2006, la tendenza alla de-ospedalizzazione si è ulteriormente consolidata, in particolare grazie al "filtro" al ricovero realizzato nell'area dell'Emergenza-Urgenza, attraverso la rimodulazione di Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva: l'esito è risultato pari ad una

ulteriore riduzione del 5% dei ricoveri complessivi dei residenti, rispetto al 2005, concentrata nelle specialità mediche, così come evidenziato in tabella 3.9.

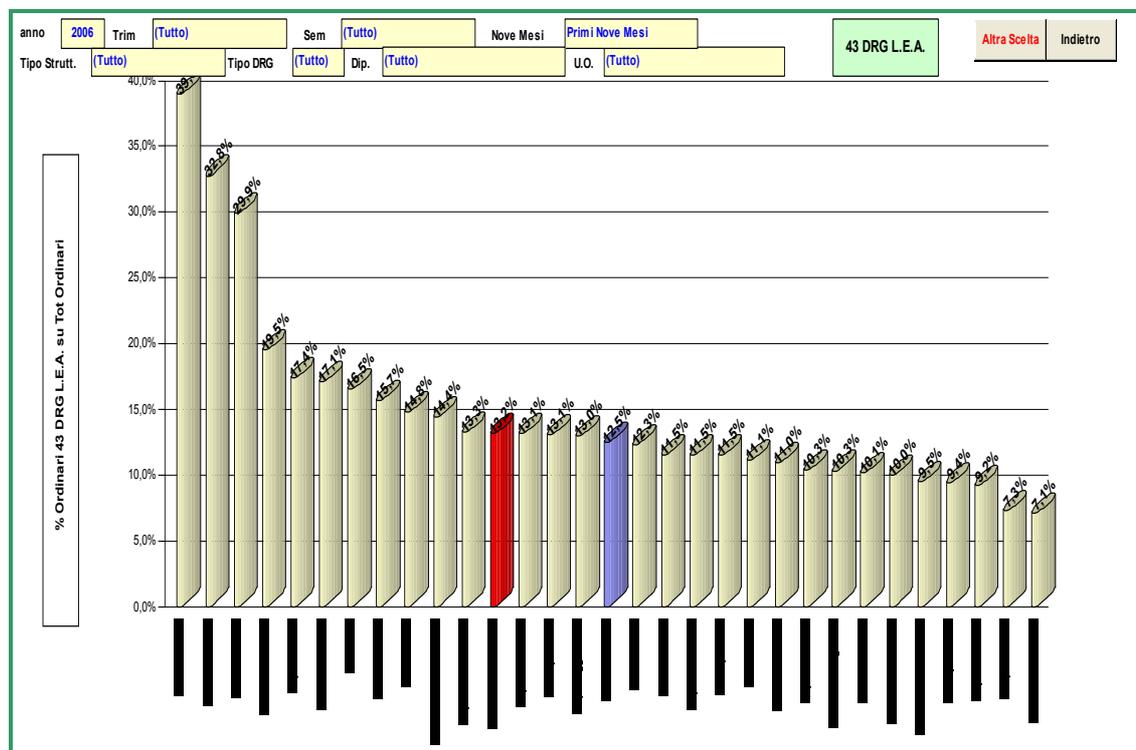
Per quanto riguarda l'appropriatezza dei ricoveri, nel grafico di Figura 3.10, si mostra la tendenziale riduzione dei DRG a maggiore rischio di inappropriatazza, indicati dall'*Atlante dell'appropriatezza* (16 settembre 2005).

Figura 3.10 - Numero di ricoveri per DRG a rischio di inappropriatazza (trend 2004-2006)



Nella Figura 3.11, si evidenzia la *performance* comparativa della Azienda USL di Imola, in termini di incidenza dei ricoveri potenzialmente inappropriati, in regime ordinario, secondo il Decreto "LEA": tale incidenza è per l'AUSL di Imola pari al 12,5%, inferiore al dato medio regionale (13,2%).

Figura 3.11 - Incidenza di ricoveri potenzialmente inappropriati in regime ordinario secondo il Decreto "LEA" (confronto tra strutture RER)



Fonte: Banca dati SDO interna (primi 9 mesi degli anni indicati)

3.5.1 Indici di dipendenza

Per quanto riguarda l'obiettivo aziendale di incremento dell'autosufficienza, in area ospedaliera, 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 72,4%: tale risultato – di cui alla Tabella 3.12, "disaggregato" per Dipartimento – è in linea con il dato per AFO, periodo gennaio-settembre 2006 (73%), che si rendiconta in Sezione 2, paragrafo 2.1.1.

Tabella 3.12 - Indice di dipendenza della popolazione dell'AUSL di Imola per specialità presenti

Disciplina	Casi				Indice di dipendenza della popolazione			
	2005		2006		2005		2006	
	Mobilità Passiva	Ns Strutture	Mobilità Passiva	Ns Strutture	Mobilità Passiva	Ns Strutture	Mobilità Passiva	Ns Strutture
CHIRURGIA GENERALE	740	1.852	777	1.760	28,55%	71,45%	30,63%	69,37%
OCULISTICA	190	256	124	357	42,60%	57,40%	25,78%	74,22%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	894	1.051	928	1.005	45,96%	54,04%	48,01%	51,99%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	564	2.092	566	2.059	21,23%	78,77%	21,56%	78,44%
OTORINOLARINGOIATRIA	467	470	446	442	49,84%	50,16%	50,23%	49,77%
UROLOGIA	456	451	410	474	50,28%	49,72%	46,38%	53,62%
Dipartimento Chirurgico	3.311	6.172	3.251	6.097	34,92%	65,08%	34,78%	65,22%
CARDIOLOGIA	395	855	339	894	31,60%	68,40%	27,49%	72,51%
MEDICINA D'URGENZA	45	552	52	634	7,54%	92,46%	7,58%	92,42%
TERAPIA INTENSIVA	44	179	40	189	19,73%	80,27%	17,47%	82,53%
UNITA' CORONARICA	16		12		100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Dipartimento Emergenza Urgenza	500	1.586	443	1.717	23,97%	76,03%	20,51%	79,49%
GASTROENTEROLOGIA	68	6	59	9	91,89%	8,11%	86,76%	13,24%
GERIATRIA	33	1127	29	954	2,84%	97,16%	2,95%	97,05%
LUNGODEGENTI	62	805	71	776	7,15%	92,85%	8,38%	91,62%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	87		99		100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
MEDICINA GENERALE	497	2.849	474	2.438	14,85%	85,15%	16,28%	83,72%
ONCOLOGIA	501	281	347	320	64,07%	35,93%	52,02%	47,98%
PEDIATRIA	168	857	143	900	16,39%	83,61%	13,71%	86,29%
PNEUMOLOGIA	98	19	123	15	83,76%	16,24%	89,13%	10,87%
Dipartimento Medico	1.514	5.944	1.345	5.412	20,30%	79,70%	19,91%	80,09%
Psichiatria	101	228	91	230	30,70%	69,30%	28,35%	71,65%
Totale complessivo	5.426	13.930	5.130	13.456	28,03%	71,97%	27,60%	72,40%

A Budget 2006 era stato posto quale obiettivo di estrema rilevanza il controllo e la riduzione dei fenomeni di mobilità passiva, in particolare nel settore chirurgico, anche attraverso un programma specifico riguardante la riorganizzazione e il riordino delle attività di sala operatoria. Nel settore, in termini complessivi, si registra un "mantenimento"; per il 2007, l'obiettivo è stato riproposto e tradotto operazionalmente quale "miglioramento".

L'indice di dipendenza della popolazione residente dalla struttura, per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche, è stabile tra 2005 e 2006, su valori di poco superiori all'86%.

I valori più alti si registrano sulle prestazioni Riabilitative (94,69%) e su quelle laboratoristiche (87,45%).

Tabella 3.13- Indice di dipendenza della popolazione residente dalla struttura per prestazioni ambulatoriali (fatto 100 la richiesta di prestazioni)

Indice di dipendenza			
Prestazioni specialistiche	Tipo Strutture.	2005	2006
Laboratorio	ASL Imola	87,77%	87,45%
	Altre	12,23%	12,55%
Riabilitazione	ASL Imola	85,88%	94,69%
	Altre	14,12%	5,31%
Diagnostica	ASL Imola	83,59%	82,87%
	Altre	16,41%	17,13%
Prestazioni terapeutiche	ASL Imola	77,45%	77,25%
	Altre	22,55%	22,75%
Visite	ASL Imola	83,17%	82,41%
	Altre	16,83%	17,59%
Indice di dipendenza	ASL Imola	86,27%	86,22%
	Altre	13,73%	13,78%

3.5.2 Pronto Soccorso

Anche nella programmazione operativa 2006, grande rilievo è stato assegnato al controllo dell'accesso da Pronto Soccorso e, pertanto, alle correlate funzioni di "filtro" e "accettazione" dei ricoveri da parte delle strutture ospedaliere.

Nonostante le azioni intraprese, il numero di accessi al PS e l'incidenza – tra questi - dei codici bianchi e verdi sul totale, aumenta, passando dal 67,12% del 2005, al 70,22% del 2006.

Tabella 3.14 - Andamento degli accessi in Pronto Soccorso e % dei codici bianchi e verdi (anni 2005 e 2006)

Descrizione ambulatorio di PS	anno 2005			anno 2006		
	Totale referti con codice bianco / verde	Totale Referti	% codici bianchi e verdi	Totale referti con codice bianco / verde	Totale referti	% codici bianchi e verdi
AREA PS	27.503	46.445	41,91%	28.685	45.034	43,26%
GINECOLOGIA	2.851	3.780	4,34%	3.344	4.450	5,04%
OCULISTICA	3.632	3.771	5,53%	3.811	3.924	5,75%
ORTOPEDIA	5.301	5.861	8,08%	5.531	6.239	8,34%
PEDIATRIA	4.763	5.769	7,26%	5.190	6.660	7,83%
Totale complessivo	44.050	65.626	67,12%	46.561	66.307	70,22%

L'indice di filtro sotto riportato pari a 13,27%, evidenzia una riduzione del valore pari a 0,71%: la migliore performance, in termini di filtro per i ricoveri si è realizzata nel PS decentrato di "Ginecologica".

Tabella 3.15 - Andamento dell'indice di filtro dei diversi "Box" di Pronto

Box di Pronto Soccorso	anno 2005			anno 2006		
	Numero Referti	di cui con esito "Ricoverato"	%	Numero Referti	di cui con esito "Ricoverato"	%
AREA PS	46.445	7.081	15,25%	45.034	6.502	14,44%
GINECOLOGIA	3.780	1.451	38,39%	4.450	1.564	35,15%
OCULISTICA	3.771	8	0,21%	3.924	25	0,64%
ORTOPEDIA	5.861	121	2,06%	6.239	139	2,23%
PEDIATRIA	5.769	511	8,86%	6.660	570	8,56%
Totale complessivo	65.626	9.172	13,98%	66.307	8.800	13,27%

3.6 Salute Mentale

Come dato influente 2006, si sottolinea innanzi tutto la conclusione positiva del processo di accreditamento del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Azienda USL di Imola.

Durante il precedente esercizio, il DSM ha partecipato al percorso regionale di riconversione dei posti letto della ospedalità privata, definendo - pur in assenza di convenzioni con il privato imprenditoriale (non sussistendo un fabbisogno di posti letto tale da giustificare questo rapporto con Case di Cura) - un possibile utilizzo di 4 posti letto per trattamenti residenziali prolungati (RTP). Relativamente alla eventuale offerta del privato di posti letto "specialistici", dedicati a disturbi del comportamento alimentare in adolescenti e al trattamento di pazienti con abuso di sostanze e/o alcol, si è ipotizzato un fabbisogno aggiuntivo di 2 posti letto.

La revisione regionale del fabbisogno di posti letto, in strutture residenziali psichiatriche (pubbliche e private) di tipo sanitario e socio-assistenziale, si è collocata all'interno di un percorso già avviato a livello aziendale dal DSM da oltre due anni e che aveva portato, nel 2005, alla definizione delle tipologie strutturali e dei relativi bisogni. Ciò anche tenendo conto del processo di riduzione dei posti letto dedicati a pazienti *ex OP* e alla parziale riconversione di alcune strutture in Residenze socio-riabilitative psichiatriche, per nuovi utenti del DSM (già accreditate nel 2006).

Coerentemente con gli obiettivi regionali, è stata valorizzata l'integrazione, già in fase progettuale, con il privato sociale, attraverso un percorso di concertazione, che ha coinvolto la Direzione Aziendale e di Distretto.

La realizzazione del programma regionale "G. Leggieri" - che prevede iniziative di formazione sul campo volte a consolidare la collaborazione in piccoli gruppi - ha incontrato numerosi ostacoli da parte dei Medici di Medicina Generale, che si sono dichiarati non disponibili ad assumere impegni, in assenza di un accordo contrattuale (la negoziazione con i MMG si è protratta praticamente per tutto il 2006). Ugualmente il DSM ha sviluppato iniziative formative, collegate alla revisione del protocollo d'intesa per il trattamento condiviso dei disturbi psichiatrici e alla conduzione di gruppi Balint.

L'UO di Neuro-psichiatria infantile ha continuato, in linea con il progetto regionale, a sviluppare la collaborazione in atto con la Pediatria di Base.

Relativamente al Sistema Informativo, il DSM di Imola - che fa parte del gruppo di progetto regionale nato per la definizione degli Standard di prodotto - ha completato la messa a regime della raccolta dati. Il primo invio, già effettuato sperimentalmente per i dati 2005, ha consentito ulteriori miglioramenti nel sistema, fermo restando problemi di integrazione con altri sistemi informativi aziendali, la soluzione dei quali rappresenta obiettivo di Budget 2007.

Come previsto il DSM di Imola (Azienda sede dei lavori di preparazione per la 2° Conferenza di organizzazione sulla Salute Mentale) ha partecipato attivamente ai gruppi di lavoro e alla elaborazione e stesura delle prime bozze di programmazione, sia sulla organizzazione dipartimentale sia sul tema della integrazione socio-sanitaria.

Per quanto concerne alcuni significativi dati/indicatori di attività 2006, è rilevante segnalare:

- l'aumento della degenza media nell'SPDC (15,5 giorni, nel 2005 vs 17,7 giorni, nel 2006) essenzialmente imputabile a: (i) esordi di disturbi psicotici gravi in giovani (fascia d'età 16-25) con rischio di agiti autolesivi e/o eteroaggressivi; (ii) disturbi psichiatrici maggiori e/o disturbi del comportamento in anziani, già in carico ai Servizi Sociali e per i quali, l'incompatibilità con la dimensione familiare o residenziale specifica determina un rallentamento nella dimissione, necessariamente protetta; (iii) l'aumento dei casi trattati in acuto tra gli immigrati di origini nord africana e dell'est europeo; (iiii) l'aumento di casi con transitori gravi disturbi antisociali e di personalità, che possono sfociare in conseguenze penali, e per i quali è richiesta la presa in cura, anche in alternativa alle misure di sicurezza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario;
- l'elevata appropriatezza nei ricoveri in SPDC (DRG "LEA" 3%), ovvero la quasi totalità dei casi ascrivibile alla "coorte gravi";
- la garanzia della copertura pressoché totale dei casi in Emergenza/Urgenza. Nel 2006, solo un paziente è stato ricoverato in altro SPDC;
- il contenimento nel ricorso al ricovero in Casa di Cura Privata: mobilità passiva 2006 +5% (ovvero +6 casi) rispetto al 2005;
- la diminuzione della degenza media nell'RTI (26,5 giorni, nel 2005 vs 23,30 giorni, nel 2006) con un aumento dei casi trattati (+15,2%, rispetto al 2005) e un aumento di soluzioni innovative quali il Night Hospital (+23,8%, rispetto al 2005);
- l'aumento del DH del CSM Territoriale, praticamente raddoppiando nel 2006 i casi trattati, rispetto al 2005;
- l'incremento delle prime visite, con un indice di *performance* del 95%, rispetto allo standard di "entro 8 giorni", e con una notevole attività di filtro (solo il 36% degli utenti che accedono al CSM Territoriale vengono presi in carico).

3.7 Percorsi integrati Ospedale-Distretto

3.7.1 Prevenzione cardiovascolare

Nel 2006, si è positivamente concluso un Progetto Pilota, condotto dal Distretto, dal Dipartimento di Sanità Pubblica e dalla UO di Cardiologia, relativo alle strategie per la prevenzione cardiovascolare. Tale intervento si fonda sulle indicazioni riportate nello specifico Progetto Nazionale e sulle evidenze scientifiche illustrate nel corso del Convegno "Stili di Vita e Rischio Cardiovascolare: Strategie per la prevenzione" (Bologna, 29 Novembre 2005), organizzato dalla Regione Emilia-Romagna.

Il Progetto Pilota si è articolato in:

- una fase formativa, rivolta ai MMG;
- l'implementazione informatica delle cartelle utilizzate dagli stessi Medici, con l'adozione dell'algoritmo per il calcolo del Rischio Cardiovascolare Globale.

Al momento, i processi di prevenzione risultano attivati in tutto l'ambito aziendale, compreso il Comune di Castel del Rio, coinvolto proprio nell'esercizio 2006.

3.7.2 Gestione integrata del paziente diabetico

I pazienti affetti da diabete mellito vengono presi in carico secondo una gestione per "progetto integrato", predisposto da: Centro Antidiabetico; Laboratorio Analisi; Servizio Dietetico; Ufficio di Distretto; Medici di Medicina Generale.

La presa in carico è differenziata in percorsi appropriati, per livelli di complessità della patologia.

Nel corso del 2006, si è portato a regime il modello di "gestione integrata", con un numero di pazienti diabetici direttamente seguiti dal Centro Antidiabetico - in collaborazione con i MMG - in costante aumento.

3.7.3 La celiachia

L'Azienda USL di Imola partecipa al Progetto regionale CE.RE.RE.

Nell'ambito di tale Progetto, per quanto attiene gli alimenti per celiaci, si è prevista la stipula di convenzioni tra i Grande Centri Commerciali e le Aziende "sperimentatrici", al fine di affiancare una nuova modalità di distribuzione degli alimenti stessi, a quella già esistente presso le Farmacie.

Nel territorio "aziendale", la Convenzione è attiva dal 1 aprile 2007 e già da fine marzo i cittadini sono stati invitati presso gli Sportelli Unici, per il ritiro dei nuovi buoni spesa.

3.7.4 Percorso nascita

Nell'ambito del Progetto "Percorso nascita", per il 2006, si sottolinea l'implementazione di:

1. Progetto per la presa in carico precoce del neonato sano e del neonato a rischio, in collaborazione tra le Unità Operative ospedaliere di Pediatria e Ostetricia-ginecologia, il

- Consultorio Familiare, la Pediatria di Comunità, i Pediatri di Libera Scelta e il Consorzio dei Servizi Sociali;
2. Protocollo comune di presa in carico integrata, da parte del personale medico e ostetrico, nella gravidanza fisiologica, con il contributo della UO di Ostetricia e Ginecologia e il Consultorio Familiare. Nel 2006, le gravidanze fisiologiche "prese in carico" sono state 334, di cui 141 cittadine straniere;
 3. Protocollo per favorire l'accesso dei cittadini stranieri, ai servizi per la maternità, in collaborazione tra il Consultorio Familiare, il Servizio Sociale ospedaliero e il Consorzio dei Servizi Sociali;
 4. Protocollo per la contraccezione in emergenza, con la collaborazione tra i ginecologi del Distretto e quelli ospedalieri, la UO di Pediatria e il Servizio Sociale ospedaliero.

3.7.5 La qualificazione dell'assistenza ai pazienti stomizzati

Nel 2006, si è dato impulso al percorso aziendale di presa in carico dei pazienti con patologia tumorale del colon retto, sia nella fase pre-operatoria (semplificazione dell'accesso) sia post-operatoria, con un ambulatorio dedicato al follow-up precoce e alla distribuzione diretta dei farmaci, la quale poi prosegue presso il Servizio di Farmacia Ospedaliera.

3.7.6 La nutrizione artificiale

Allo scopo di gestire in maniera integrata il percorso dei pazienti che necessitano di nutrizione artificiale, è stato istituito un *team* nutrizionale, composto da medici, farmacisti, dietisti, infermieri, sia di strutture ospedaliere (Medicina, Chirurgia, Geriatria) sia distrettuali (MMG, RSA). Il gruppo di lavoro ha promosso, tra l'altro, eventi formativi per il personale medico e infermieristico, che opera nelle Unità Operative dove più frequentemente si rende necessario effettuare prestazioni di nutrizione artificiale.

In particolare, si riportano le seguenti attività:

- programmazione integrata dell'attività formativa all'interno del *team*;
- audit sull'integrazione effettiva Ospedale-Territorio, in casi specifici;
- coinvolgimento del Distretto, per garantire la nutrizione artificiale a domicilio;
- elaborazione di una bozza di "Guida per la nutrizione enterale a domicilio", indirizzata al paziente, ai familiari e al personale che assiste al domicilio.

Il proseguimento del Progetto prevede:

- il potenziamento dei membri del *team* nutrizionale;
- l'approvazione della stesura definitiva di "Guida per la nutrizione enterale a domicilio";

- la presentazione della "Guida" ai MMG, con coinvolgimento dei referenti dei NdCP;
- la stesura della Procedura generale sulla Nutrizione Artificiale.

3.8 Integrazione socio-sanitaria

3.8.1 Assistenza odontoiatrica

La DGR 2678 del 20/12/2004, in materia di "assistenza odontoiatrica", delinea un quadro complessivo, entro cui vengono individuate: (i) le prestazioni facenti parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (in particolare, la protesica mobile e fissa); (ii) le fasce di popolazione aventi diritto (cittadini vulnerabili, per ragioni sociali o sanitarie); (iii) i tempi massimi di attesa per la visita e per il completamento del piano terapeutico, riferiti alle singole aree dell'attività odontoiatrica.

In attuazione di quanto indicato dal Programma regionale, l'Azienda USL di Imola ha implementato un Piano di azioni – a partire dalla complessiva ri-organizzazione della attività odontoiatrica – che, nel 2006, ha consentito l'erogazione di tutte le prestazioni previste in Delibera (in particolare quelle di assistenza protesica) e ha modificato - secondo le nuove direttive - il target di popolazione destinatario dell'assistenza di specie.

Si sono inoltre realizzati gli interventi necessari per l'innovazione strutturale e tecnologica, così da garantire attualmente l'assistenza odontoiatrica su 3 sedi (Poliambulatori dei Comuni di Imola, Castel San Pietro Terme e Medicina; in quest'ultimo l'attività odontoiatrica è fornita dal Centro Medico Bolognese).

Nella sede di Imola è in itinere il progetto di ristrutturazione di un padiglione ospedaliero, da dedicare all'attività ambulatoriale distrettuale, all'interno del quale verrà ri-collocato anche il servizio odontoiatrico.

In ottemperanza a quanto indicato dalla D.C.R. 615/04, che prevede la realizzazione di un programma integrato socio-sanitario per l'assistenza protesica, a favore di soggetti in condizione di povertà, nel 2006, sono state prese iniziative indirizzate a rilevare la necessità di assistenza protesica in soggetti anziani o giovani/adulti "indigenti", con problemi masticatori gravi: sono state individuate le fasce di popolazione in cui tali condizioni possono essere più frequenti (pazienti istituzionalizzati presso strutture pubbliche o convenzionate; utenti del SERT e della psichiatria territoriale; soggetti in condizione di povertà seguiti dai Servizi Sociali), per ognuna delle quali sono stati attivati percorsi di segnalazione e presa in carico.

3.8.2 Area anziani

Nel corso del 2006, si è resa pienamente operativa la rete di servizi per gli anziani.

I posti disponibili in strutture residenziali convenzionate per anziani sono attualmente 496, con un parametro posti/popolazione >75 anni tra i più elevati della RER (circa 3,6%). Le ragioni di tale maggiore dimensionamento sono riportate nella Sezione 1, paragrafo 1.3.1 e le ricadute economico-gestionali sono analizzate nella Sezione 2, paragrafo 2.3.3.

All'interno dei posti convenzionati è prevista la possibilità di inserire fino a 5 disabili gravi, in attuazione della DRG 2068 del 18/10/2004.

Durante l'esercizio, si è confermata la tendenza alla riduzione del numero di domande di residenzialità definitiva, e una progressiva modificazione della tipologia dei richiedenti, con incremento della complessità sanitaria e con livelli elevati di non autosufficienza.

Tale andamento trova in gran parte spiegazione nella diffusione della cultura della domiciliarità, dovuta alla differenziazione delle risorse, alla maggiore possibilità di personalizzazione dei programmi assistenziali e alla attività dei Servizi di assistenza domiciliare formali e informali.

Tabella 3.16 - Assistenza domiciliare: numero accessi infermieristici e prestazioni medie per paziente

Numero accessi infermieristici	Anno 2005	Anno 2006	Var %
Alta intensità	20.224	22.757	13%
Media intensità	6.232	9.614	54%
Bassa intensità	9.479	8.064	-15%
Occasionali	2.111	2.084	-1%
Totale	38.046	42.519	12%
Prestazioni medie per paziente	Anno 2005	Anno 2006	Var %
Alta intensità	47,13	47,37	1%
Media intensità (= 1acc.sett.)	40,91	41,55	2%
Bassa intensità (< 1acc.sett.)	13,72	10,41	-24%
Occasionali	2,15	2,10	-2%

La Tabella successiva mostra l'andamento dei nuovi casi in ADI, sulla popolazione con età > 64 anni, e il numero di Medici di Medicina Generale con almeno un caso attivato.

Tabella 3.17 - Assistenza Domiciliare Integrata

ADI	Anno 2005	Anno 2006	Var %
N. nuovi casi (età > 64 anni)	205	215	5%
N. MMG con almeno un caso attivato per NCP	54	69	28%

Ulteriori opportunità nella rete per gli anziani sono:

- il ricovero temporaneo, possibile sia in casa protetta sia in RSA. Nella RSA "Fiorella Baroncini" di Imola sono dedicati 7 posti a ricoveri temporanei, totalmente in carico all'AUSL, su orientamento della Commissione Unità di Valutazione Geriatrica e con autorizzazione amministrativa del Servizio Assistenza Anziani, facente capo al Consorzio dei Servizi Sociali;
- i Centri Diurni, presenti nei Comuni di Imola, Castel San Pietro Terme e Medicina, con 48 posti, di cui 15 destinati a pazienti di tipo A. Il miglioramento della flessibilità del servizio (orari e fasce di presenza) ha progressivamente permesso l'aumento del numero delle domande di accesso a detti Centri.

3.8.3 Rete integrata per le persone con gravissime disabilità acquisite

La rete integrata per le gravissime disabilità acquisite prevede la presa in carico riabilitativa dell'utente da parte dell'Unità Operativa Medicina Riabilitativa (UOMR), già nella fase acuta, presso l'Ospedale Santa Maria della Scaletta di Imola: il Fisiatra predispone il percorso riabilitativo intraospedaliero e il programma di trasferimento in una struttura riabilitativa, secondo l'organizzazione della rete Hub and Spoke (UOMR; Ospedale San Giorgio di Ferrara; Montecatone Rehabilitation Institute; Casa di Cura San Pier Damiano di Faenza; Lungodegenze di Imola e Castel San Pietro); per l'attivazione della rete integrata Ospedale-Territorio, è prevista, dopo la dimissione ospedaliera, la convocazione di una équipe multiprofessionale, comprendente il Medico di Medicina Generale, che elabora un progetto individuale post-dimissione, con l'individuazione del setting e dell'intensità assistenziale, in base ai bisogni rilevati.

Per i casi assistiti a domicilio, da anni sono attive équipe multiprofessionali, che attuano interventi integrati sanitari e sociali, condividendoli con i famigliari, per favorire la permanenza a domicilio del disabile.

A fine 2006, gli utenti a cui veniva erogato l'assegno di cura risultavano 7, ognuno seguito da un'équipe assistenziale, con un progetto individuale, in base ai bisogni rilevati; gli utenti ricoverati presso le strutture socio sanitarie erano 4 (n. 1 in Casa protetta e n. 3 in RSA), oltre a un disabile grave da anni ricoverato presso la UO di Rianimazione dell'Ospedale di Imola.

3.8.4 Disabili adulti

Nel 2006 si sono ulteriormente articolati i percorsi integrati per i disabili adulti, e precisamente ai fini:

- della "presa in carico" in regime di degenza e alla dimissione (vedi sopra);
- dell'assistenza a domicilio. Il Fisiatra dell'UOMR partecipa alla équipe multiprofessionale socio- sanitaria, denominata UVH (Unità di valutazione dell'handicap) che valuta i gravi disabili presenti al domicilio e, in base ai bisogni rilevati, formula un piano assistenziale personalizzato, comprendente anche l'erogazione dell'assegno di cura, secondo la normativa vigente. Vengono effettuate a domicilio visite fisiatriche, interventi riabilitativi, sopralluoghi da parte del Fisioterapista del Centro gestione ausili, per le valutazioni relative al superamento delle barriere architettoniche e all'adattamento dell'ambiente domestico, anche con prescrizione e consegna degli ausili appropriati.

3.8.5 Demenze

Nell'ambito del Progetto Demenze, nel 2006 si è registrato il progressivo miglioramento della qualificazione dei servizi della rete, attraverso:

- l'organizzazione dell'assistenza secondo piani assistenziali personalizzati (PAI) formalizzati e verificati;
- il miglioramento strutturale degli spazi di vita;
- la realizzazione di percorsi di formazione per il personale sanitario e sociale, sia sugli aspetti tecnici della malattia sia sugli aspetti relazionali.

L'Azienda USL di Imola partecipa attivamente a tutti i progetti di qualificazione dell'assistenza al "paziente demente", promossi dalle Strutture convenzionate, anche grazie alla scelta aziendale di garantire l'assistenza infermieristica alla rete territoriale, in gran parte mediante personale dipendente.

3.8.6 Consulori Familiari e Pediatria territoriale

Nel 2006, si sono promossi audit di incontro-confronto multidisciplinare tra Pediatria di Comunità, Pediatri di Libera Scelta e UO di Pediatria - nonché altre figure professionali aziendali, coinvolte negli specifici percorsi diagnostici assistenziali - sui temi di seguito esposti.

Allattamento al seno

Allo scopo di monitorare la pratica dell'allattamento al seno - e per valutare l'apporto della presa in carico precoce del neonato, da parte dei Pediatri di Libera Scelta - la Pediatria di Comunità ha realizzato 2 indagini, rivolte rispettivamente:

- alla rilevazione della prevalenza dell'allattamento al seno (sulla base delle schede compilate dagli stessi Pediatri, in occasione dei Bilanci di Salute);
- alle modalità di utilizzo dei "latti in formula".

Nel 2006, i risultati delle due ricerche sono stati presentati e discussi, al fine di avviare un progetto multidisciplinare, teso a incrementare la prevalenza dell'allattamento al seno.

Bambino con diabete

Nel 2006, la Pediatria di Comunità ha promosso e coordinato un gruppo di lavoro multidisciplinare, per la stesura di Linee guida aziendali in materia di "*inserimento scolastico del bambino affetto da diabete*". Il punto qualificante del lavoro è stata la partecipazione al gruppo di tutti i soggetti coinvolti, compreso i rappresentanti dei genitori, il personale scolastico, le Associazioni dei diabetici e gli Enti Locali.

Malattie rare

Nel 2006, sono state definite le Linee guida aziendali sulle "*malattie rare*", con la condivisione dei protocolli diagnostico-assistenziali integrati ospedale-territorio, per le malattie rare a esordio in età pediatrica, di cui la Azienda USL di Imola è riferimento regionale.

Prevenzione dell'esposizione al fumo passivo nei bambini

Nel 2006 è stato elaborato un progetto di prevenzione dell'esposizione al fumo passivo nei bambini, implementato dalla Pediatria di comunità in occasione delle vaccinazioni.

Facilitazione dell'accesso e integrazione sociale e sanitaria

Nell'anno 2006, il Consultorio Familiare ha attivato un progetto di volontariato dal titolo "*Progetto donne che aiutano donne*". Tale iniziativa prevede l'utilizzo di personale volontario, opportunamente formato, con funzioni di sostegno alle donne che vivono situazioni di particolare disagio psico-sociale, durante il puerperio. Un'attenzione particolare viene rivolta all'assistenza delle puerpere straniere, le quali ricevono anche una serie di visite domiciliari, da parte dell'ostetrica e la mediatrice culturale, qualora si ritenga necessario.

Al corso di formazione regionale sulla contraccezione transculturale, attuato nel mese d'ottobre 2006, hanno partecipato gli operatori del Consultorio Familiare che gestiscono lo spazio per la salute della donna migrante.

L'accettazione consultoriale dell'AUSL di Imola ha tre sedi definite, presso le quali si gestisce la "prima accoglienza", con particolare attenzione alle prime gravidanze, alle adolescenti, alle straniere e alle donne che vivono condizioni di particolari disagio. Le attività degli ambulatori consultoriali sono programmate a CUP, con volumi d'offerta dedicati alla gestione diretta da parte del Consultorio, per assicurare la continuità dei percorsi assistenziali.

3.9 Obiettivi della Direzione Generale

Premesso che ovviamente la Direzione Generale è responsabile del complessivo risultato di missione – a cui è dedicato proprio il presente Bilancio - di seguito si riportano i soli macro obiettivi specificatamente assegnati all'attuale Direttore Generale, con indicazione del grado di raggiungimento.

"Rispettare i tempi fissati per la realizzazione del Dipartimento dell'Emergenza presso l'Ospedale nuovo di Imola, per i programmi per la libera professione intramuraria e per le cure palliative (hospice)"

Nel corso del 2006 si è realizzato il sostanziale rispetto dei tempi programmati, portando a conclusione i seguenti lavori:

- la sala operatoria n. 7;
- il riassetto della Centrale di sterilizzazione;
- la nuova sede dell'Associazione "Cicoria" (padiglione 10 presidio Lolli);
- le nuove aule corsi, presso il Polo Formativo;
- la realizzazione di ambienti per la LP intramoenia, ovvero n. 15 ambulatori nella ex Casa di Riposo presso l'Ospedale di Castel San Pietro Terme;
- la manutenzione per l'ampliamento del Centro Prelievi di Castel San Pietro Terme;
- la realizzazione di nuovi spogliatoi per il personale e la sistemazione degli ex ambulatori e dell'ex reparto di Oculistica e Otorino per lungodegenza (CSPT);
- la realizzazione degli ambulatori medici e degli Uffici CUP, con conseguente attivazione della porta medicalizzata nel Comune di Medicina;
- la ristrutturazione della Palestra e l'adeguamento impiantistico, sempre della sede di Medicina.

Sono attualmente in corso i lavori per:

- l'ampliamento e completamento del Nuovo Ospedale di Imola e la realizzazione del nuovo DEA;
- l'intervento di ristrutturazione del reparto di Medicina "B", al piano 6° dell'Ospedale Nuovo di Imola;
- la ristrutturazione della palazzina ex Direzione sanitaria Ospedale "Lolli", individuata quale sede ambulatoriale e Cup;
- il miglioramento sismico del corpo Palazzina monumentale dell'Ospedale Civile di Castel San Pietro Terme;
- il miglioramento sismico del corpo degenze dell'Ospedale Civile di Castel San Pietro Terme.

Per l'impatto economico, finanziario e patrimoniale del Piano degli Investimenti aziendale, si rimanda alla Sezione 2.

"Articolare l'organizzazione ed il funzionamento aziendale secondo i principi e le indicazioni della LR 29/2004, mediante l'adozione dell'Atto aziendale"

L'Azienda USL di Imola è in fase avanzata di predisposizione del nuovo Atto Aziendale, secondo la Linee guida regionale del 30/01/2006 e gli Indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di "Cure Primarie", "Salute Mentale e Dipendenze Patologiche" e "Sanità Pubblica", al momento in fase di adozione da parte della Giunta RER.

Nelle more dell'adozione dell'Atto Aziendale, già dal 2006, si sta già operando secondo le due fondamentali indicazioni, ovvero:

1. il riconoscimento del ruolo di organo al Collegio di Direzione;
2. l'attribuzione della competenza gestionale fondamentale ai Dipartimenti.

"La Direzione aziendale dovrà produrre, entro i primi sei mesi di mandato, un Piano strategico pluriennale, all'interno del quale dovrà ricercare una stretta correlazione tra obiettivi di sviluppo e miglioramento e obiettivi di sostenibilità, individuando le azioni necessarie al perseguimento dell'equilibrio di bilancio"

La Direzione Generale dell'Azienda USL di Imola è a tutti gli effetti a regime da dicembre 2005. Il Piano strategico 2006-2009 è stato prodotto entro maggio 2006 e - vista la connotazione essenziale di strumento per il governo interno - si è discusso, integrato e modificato il testo con l'Alta Direzione, negli incontri del 12 e 22 giugno e del 4 e 11 luglio 2006, e con l'Organo Collegio di Direzione, nella seduta del 13 luglio 2006.

Il Piano strategico è stato preventivamente presentato all'Organo Collegio dei Revisori, in data 28 settembre 2006;

La Direzione ha presentato le linee fondamentali di sviluppo del Piano Strategico alla Giunta del Circondario, in data 13 giugno 2006, alle OO.SS. Confederali, in data 12 luglio 2006, e al Comitato Consultivo Misto, in data 4 ottobre 2006. Con Delibera n. 106 del 5 ottobre 2006 la Direzione Generale ha adottato il Piano Strategico Aziendale 2006-2009.

3.10 Ricerca e Innovazione

Nello schema di riferimento per la predisposizione del Bilancio di Missione, al tema "Ricerca e Innovazione" è riservata una intera Sezione: ciò risulta coerente tra l'altro con l'indirizzo di SSR che esplicitamente dichiara la "Cura", la Formazione" e la "Ricerca" attività tipiche di tutti i "soggetti sanitari" (AUSL; AO; AUO; IRCCS), agite nelle forme e ai livelli caratteristici della propria *mission*.

Ciò detto, diffondere innanzitutto la cultura della Ricerca e Innovazione come "attività tipica aziendale" – piuttosto che iniziative di singoli professionisti, ovvero singole strutture – rappresenta uno "obiettivo a tendere".

Nella edizione 2006, pertanto, sembra opportuno inserire un paragrafo dedicato all'argomento nella presente Sezione 3, rendicontando in merito quale "attività" che ha caratterizzato l'esercizio.

In coerenza con la strategia regionale e in continuità con gli interventi dell'anno precedente, l'Azienda USL di Imola ha portato avanti una serie di azioni sinergiche nell'ambito della ricerca applicata, con speciale riguardo a:

- la valorizzazione delle competenze professionali;
- la trasferibilità delle innovazioni;
- l'adozione di interventi di provata efficacia nell'operatività dei propri servizi.

Le iniziative intraprese sono collocabili nei seguenti settori generali:

- infrastruttura locale per la Ricerca e l'Innovazione;
- sviluppo di un ambiente culturale favorevole;
- garanzie di trasparenza.

Come l'anno precedente, le fonti dei finanziamenti esterni destinati alle attività di ricerca e innovazione sono state essenzialmente costituite dai canali istituzionali, in primo luogo dalla Regione Emilia Romagna. L'Azienda ha partecipato a progetti regionali di modernizzazione

e nel caso, già citato, del progetto SOLE, riveste un ruolo di capofila progettuale, oltre a far parte del piano Telematico della RER.

Nello specifico, durante l'esercizio del 2006, l'Azienda USL di Imola ha partecipato ai seguenti progetti di modernizzazione/innovazione:

- Information Literacy in campo biomedico (ILB);
- informatizzazione della prescrizione chemioterapica in Oncologia;
- realizzazione di un sistema informativo unico, per la gestione dei tre screening attivi sul territorio aziendale (mammella, cervice uterina e colon-retto) integrato con i Servizi di Anatomia Patologica, i Consultori, i Centri di diagnostica senologica e endoscopie della Provincia di Bologna e Ferrara (II fase);
- riorganizzazione della funzione di approvvigionamento, su base dipartimentale interaziendale, fra e per le Aziende Sanitarie dell'Area Vasta (I fase);
- sperimentazione di uno spazio multimediale dedicato alla diagnosi e consulenza genetica prenatali, con particolare riferimento ai test cromosomici prenatali e ai relativi percorsi diagnostici, nell'area regionale;
- sperimentazione di uno spazio multimediale dedicato alla diagnosi e consulenza genetica prenatali, con particolare riferimento ai test cromosomici prenatali e ai relativi percorsi diagnostici, nell'area regionale;
- studio osservazionale multicentrico per la validazione di un questionario per la valutazione dei fattori terapeutici specifici comuni (FTSC) condotto dal Dipartimento di Salute Mentale.

In tema di regole per la trasparenza, si ricorda quanto già descritto nel precedente Bilancio 2005: l'AUSL di Imola ha definito un assetto di regole per fornire garanzie di trasparenza ai finanziatori, privati e non, dei progetti di innovazione scientifica e tecnologica e per rendere conto dei risultati raggiunti, per condividere obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi, con i cittadini, le associazioni e gli Enti territoriali.

Il regolamento riguarda sia il profilo relazionale sia quello contabile-amministrativo delle donazioni; prevede l'attribuzione della gestione di tutti gli aspetti relazionali del processo, al Servizio Informazione e Comunicazione. Il donatore interagisce così con un interlocutore aziendale unico e chiaramente identificato, competente nella complessiva programmazione aziendale e in possesso della visione globale del processo.