

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

Bilancio di missione *2013*

La Direzione Generale ringrazia tutti gli operatori
dell'Azienda USL di Imola
per aver contribuito alla realizzazione di questo
bilancio di missione

Undicesima edizione della rendicontazione annuale delle attività dell'Azienda Usl di Imola, il Bilancio di Missione che presentiamo quest'anno, oltre a fotografare un'Azienda che conferma buoni livelli di servizi erogati e sostenibilità finanziaria, "racconta" il percorso intrapreso per la realizzazione degli obiettivi indicati nel Piano Strategico ed Attuativo locale 2010-2013, in gran parte positivamente realizzati nel triennio di riferimento.

Un documento che, offrendo una vasta panoramica su offerta, consumo e sviluppo dei servizi, qualità delle prestazioni erogate, appropriata risposta ai bisogni di salute della popolazione residente e sostenibilità del sistema, tende a rendere trasparente l'Azienda sanitaria imolese rispetto ai propri assistiti ed alla comunità di riferimento.

Anche questa edizione è strutturata in 7 sezioni, rispettivamente dedicate alla rendicontazione dei consumi e dell'offerta dei livelli essenziali istituzionalmente garantiti, alla politica di sviluppo qualitativo dei servizi, al governo delle risorse finanziarie e strumentali e delle risorse umane, all'ascolto ed informazione dei cittadini e alle attività attivate in materia di ricerca e sviluppo.

L'ultimo capitolo, il settimo, che in genere tratta un aspetto peculiare dell'anno a cui si riferisce la pubblicazione, nella fattispecie invece rendiconta puntualmente, ancorché sinteticamente, il grado di raggiungimento degli obiettivi di particolare rilievo istituzionale declinati nel Piano Attuativo Locale 2010-2013, che in questo arco temporale hanno prodotto un profondo riordino ed una riqualificazione dell'intera struttura aziendale, teso a migliorare ed ampliare i servizi erogati ai cittadini e a facilitarne l'accesso e la fruibilità, garantendo contemporaneamente la sostenibilità del sistema complessivo.

Crediamo che l'immagine complessiva che emerge da questo BdM sia quella di un'Azienda che è riuscita ad implementare al proprio interno modelli gestionali ed assistenziali innovativi, mantenendo, pur in un contesto economico generale non facile, buoni livelli di qualità dei servizi erogati all'utenza, sia in ambito ospedaliero che territoriale, seguendo e talora precorrendo gli indirizzi regionali e nazionali e mantenendo il necessario equilibrio economico e finanziario. Obiettivi raggiunti grazie ad un impegno di tutti gli operatori superiore alle aspettative e al supporto sempre presente degli organi politici ed istituzionali del nostro territorio.

Maria Lazzarato

Indice generale

1. Contesto di riferimento.....	5
1.1 Territorio Ambiente e Popolazione	5
1.1.1 Superficie e densità demografica	5
1.1.2 Ambiente	5
1.1.3 Struttura demografica della popolazione residente.....	6
1.1.4 Anziani e grandi anziani	8
1.1.5 Aspettativa di vita.....	9
1.1.6 Natalità.....	10
1.1.7 Stranieri.....	10
1.2 Osservazioni epidemiologiche	11
1.2.1 Mortalità	11
1.2.2 Mortalità per grandi cause	12
1.3 Stili di vita e sicurezza	14
1.3.1 Principali comportamenti influenti sullo stato di salute	14
1.3.2 Incidenti stradali	15
1.3.3 Infortuni sul lavoro	16
Sezione 1 - Sintesi principali indicatori	18
2. Profilo aziendale	19
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	19
2.1.1 Sostenibilità economica.....	19
2.1.2 Sostenibilità finanziaria	27
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale	29
2.2 Impatto sociale ed ambientale	31
2.2.1 Lasciti e donazioni	31
2.2.2 Uso razionale dell'energia ed il rispetto ambientale.....	32
2.3 Livelli essenziali di assistenza	33
2.3.1 Costo pro-capite per livelli di assistenza	33
2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro.....	35
2.3.3 Assistenza distrettuale	38
2.3.4 Assistenza ospedaliera	52
Sezione 2 - Sintesi principali indicatori	61
3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	63
3.1 Partecipazione Enti Locali alla programmazione sanitaria.....	63
3.1.1 Nuovo Circondario Imolese (NCI)	63
3.1.2 La <i>governance</i> nei servizi ad integrazione socio-sanitaria	64
3.2 Universalità ed equità di accesso	65
3.2.1 Il Fondo Regionale per la non Autosufficienza (FRNA).....	65
3.2.2 Politiche socio-sanitarie per aree con maggior disagio.....	65
3.2.3 Governo delle liste di attesa	68
3.3 Centralità del cittadino	70
3.3.1 Forme di partecipazione del cittadino	70
3.3.2 Valutazione gradimento del cittadino	71
3.3.3 Equità e <i>Diversity Management</i>	73
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	74

3.4.1	Appropriatezza clinica e organizzativa	74
3.4.2	Percorsi multiprofessionali	78
3.4.3	Gestione del rischio "sicurezza delle cure"	81
4.	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione.....	85
4.1	"Carta di Identità" del personale.....	85
4.2	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti.....	89
4.2.1	Sistema di valutazione <i>performance</i> e sistemi incentivanti	89
4.2.2	Sistema di valutazione incarichi dirigenziali e sviluppo di carriera	90
4.3	Gestione del rischio e sicurezza.....	91
4.3.1	Sorveglianza sanitaria e malattie professionali.....	91
4.3.2	Andamento del fenomeno infortunistico.....	91
4.4	Formazione "in cifre"	92
5.	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione.....	97
5.1	La comunicazione per l'accesso ai servizi.....	97
5.1.1	Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).....	97
5.1.2	Carta dei Servizi	97
5.1.3	Servizio Numero Verde Regionale.....	97
5.1.4	Sito internet istituzionale e la trasparenza	97
5.2	La comunicazione per le scelte di interesse della comunità	100
5.2.1	Sistema di gestione delle segnalazioni	100
5.2.2	Incontri pubblici, campagne e materiali informativi.....	101
5.2.3	<i>Mass-media e social media</i>	102
6.	Governo della ricerca e innovazione.....	105
6.1	Attività di ricerca	105
6.2	Alta formazione	109
6.3	Information and Communication Technology	112
6.4	Accreditamento istituzionale.....	113
7.	Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	115
7.1	Rendicontazione PAL 2010 – 2013.....	115
7.1.1	Rete ospedaliera	115
7.1.2	Assistenza territoriale	118
7.1.3	Prevenzione e promozione della salute	119
7.1.4	Rendicontazione PAL 2010-2013	121

1. Contesto di riferimento

1.1 Territorio Ambiente e Popolazione

1.1.1 Superficie e densità demografica

L'estensione territoriale della AUSL di Imola, pari a 787 Km², su cui insistono 10 Comuni, rappresenta un'area di confine tra Emilia e Romagna, tra territorio bolognese da una parte e territori ravennate-ferraresi dall'altra. La densità demografica dal 2008 al 2013 risulta in aumento: nei centri di pianura +6,2 ab./Km² e in quelli di collina +1,8 ab./km².

Tabella 1.1 - Superficie e densità demografica nei Comuni dell'AUSL di Imola al 31/12/2013

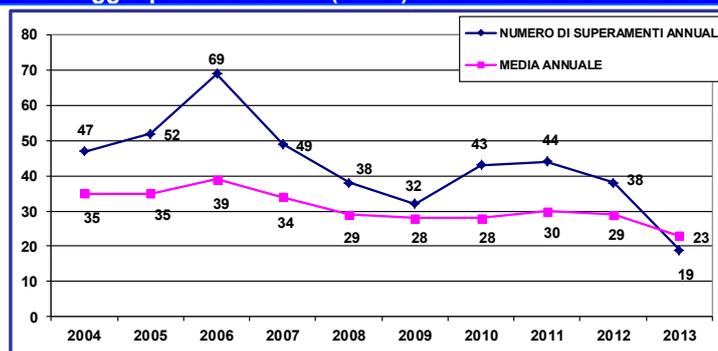
COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE Km ²	POPOLAZIONE RESIDENTE	DENSITÀ 2013 Pop/Km ²	DENSITÀ 2008 Pop/Km ²
IMOLA	204,94	69.614	339,68	331,90
MORDANO	21,46	4.691	218,59	212,07
MEDICINA	159,11	16.774	105,42	102,39
CASTEL GUELFO	28,55	4.445	155,69	142,98
TOTALE PIANURA	414,06	95.524	230,70	224,47
CASTEL S. PIETRO	148,48	20.815	140,19	137,62
DOZZA	24,24	6.546	270,05	260,44
CASALFIUMANESE	81,97	3.469	42,32	41,95
BORGO TOSSIGNANO	29,12	3.332	114,42	113,32
FONTANELICE	36,57	1.948	53,27	51,93
CASTEL DEL RIO	52,56	1.223	23,27	23,97
TOTALE COLLINA	372,94	37.333	100,10	98,26
TOTALE GENERALE	787	132.857	168,81	164,66

Fonte: Anagrafi Comuni Nuovo Circondario Imolese, Statistica Regione E.R. e pubblicazione ISTAT "Noi Italia" – Ed. 2011

1.1.2 Ambiente

Nel 2013, come mostra il grafico, è stato registrato il numero minimo di sforamenti dai valori limite del PM₁₀ dell'ultimo decennio (19 giorni concentrati nei mesi autunnali ed invernali) ed anche la più bassa media annuale dal 2004, pari a 23 microgrammi/m³. Ciò è stato attribuito all'andamento meteo, caratterizzato da forte piovosità e ai miglioramenti tecnologici del parco veicolare circolante dotato di sistemi più efficienti di abbattimento delle emissioni.

Grafico 1.2 - Monitoraggio polveri ultrafini (PM₁₀) nel territorio di Imola. Periodo 2004 - 2013



1.1.3 Struttura demografica della popolazione residente

Le elaborazioni riportate si basano sui dati forniti dalle anagrafi comunali e, per il livello regionale, sulle banche dati dei portali tematici *Saluter* e Statistica. Emerge, come fenomeno nuovo, la diminuzione della popolazione residente, con trend di crescita che si arresta e si pone in "terreno negativo". Il calo registrato è il risultato di almeno tre cause concomitanti: il saldo naturale negativo, il saldo migratorio (estero e non) più contenuto rispetto all'anno precedente e la revisione post-censuaria richiesta dall'Istat ai comuni che ha comportato cancellazioni.

Tabella 1.3 – Distribuzione popolazione residente per comune e genere e % su totale AUSL. Anni 2013-2012

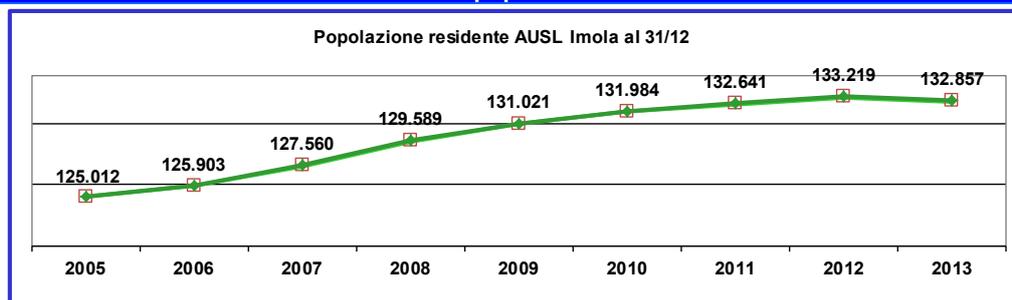
COMUNI	POPOLAZIONE			2013 Peso% su Totale AUSL	2012 Peso% su Totale AUSL
	M	F	Totale		
IMOLA	33.518	36.096	69.614	52,4%	52,4%
MORDANO	2.369	2.322	4.691	3,5%	3,5%
MEDICINA	8.212	8.562	16.774	12,6%	12,7%
CASTEL GUELFO	2.200	2.245	4.445	3,3%	3,3%
CASTEL S. PIETRO	10.165	10.650	20.815	15,7%	15,7%
DOZZA	3.227	3.319	6.546	4,9%	4,9%
CASALFIUMANESE	1.729	1.740	3.469	2,6%	2,6%
BORGO TOSSIGNANO	1.642	1.690	3.332	2,5%	2,5%
FONTANELICE	976	972	1.948	1,5%	1,5%
CASTEL DEL RIO	588	635	1.223	0,9%	0,9%
TOTALE GENERALE	64.626	68.231	132.857	100%	100%

La popolazione residente si attesta, al 31/12/2013, sulle 132.857 unità (-362 rispetto 2012).

La diminuzione riguarda in prevalenza il genere maschile che perde più di 300 teste rispetto al 2012. I maschi rappresentano il 48,6% dell'intera popolazione e le femmine il 51,4%.

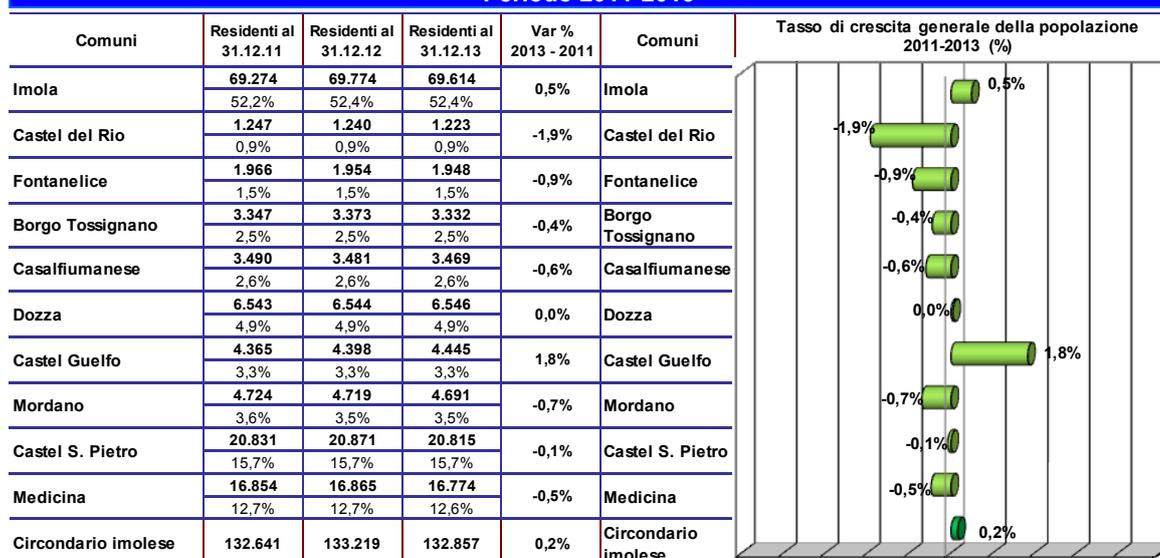
La dinamica di lungo periodo mostra un andamento della curva che dal 2009 perde la sua forza fino a decrescere in corrispondenza dell'ultimo anno (-0,3% sul 2012).

Grafico 1.4 - Variazione assoluta della popolazione circosidariale. Periodo 2005-2013



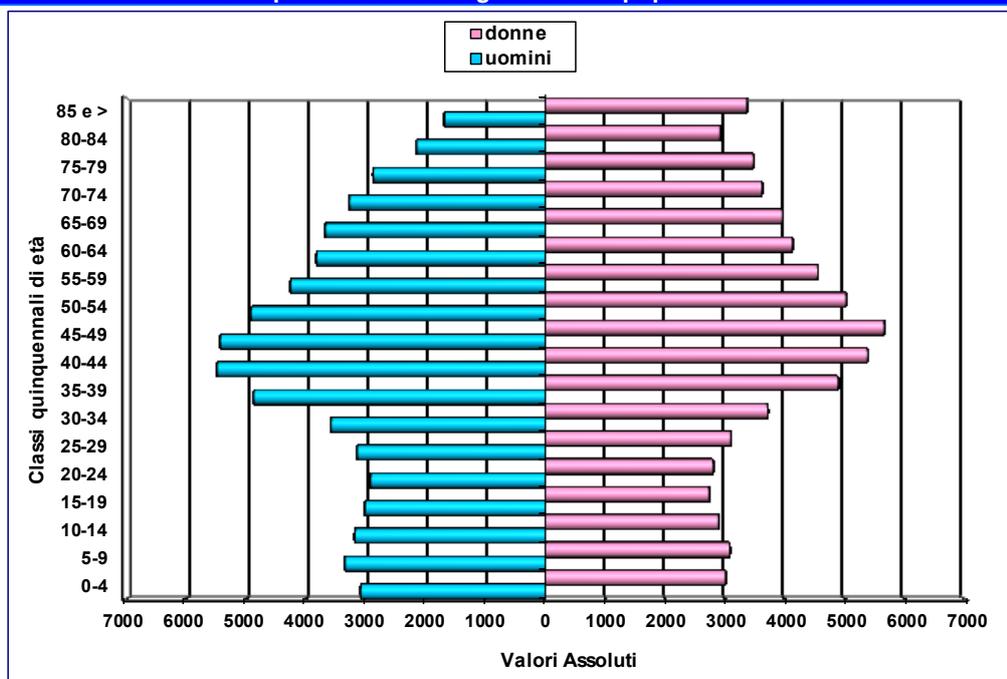
La comparazione tra 2011 e 2013 rileva un tasso di crescita negativo per la maggioranza dei comuni, ad esclusione della tenuta di Dozza, di un leggero aumento di Imola (+0,5%) e di una confermata peculiarità di Castel Guelfo (+1,8%). Il lieve calo della componente straniera, rispetto al recente passato, influisce nei piccoli comuni, anche se la diminuzione complessiva della popolazione circosidariale, nell'ultimo anno, è indotta marginalmente da questa.

Figura 1.5 - Variazione assoluta e % della popolazione circondariale per Comune di residenza. Periodo 2011-2013



La piramide d'età (Grafico 1.6) mostra una prevalenza della popolazione maschile nella macro fascia 0-44 anni (ove oramai gioca un ruolo rilevante il peso degli stranieri residenti) con esclusione della fascia 30-34 a marca femminile. Queste ultime recuperano il *gap* demografico nei confronti dell'altro genere a partire dall'età mediana in avanti, per poi distanziare sensibilmente la numerosità maschile nelle ultime classi. Dall'analisi risulta una età media della popolazione di 45 anni per i maschi e di circa 47 per le femmine con rispettive classi mediane 40-44 e 45-49.

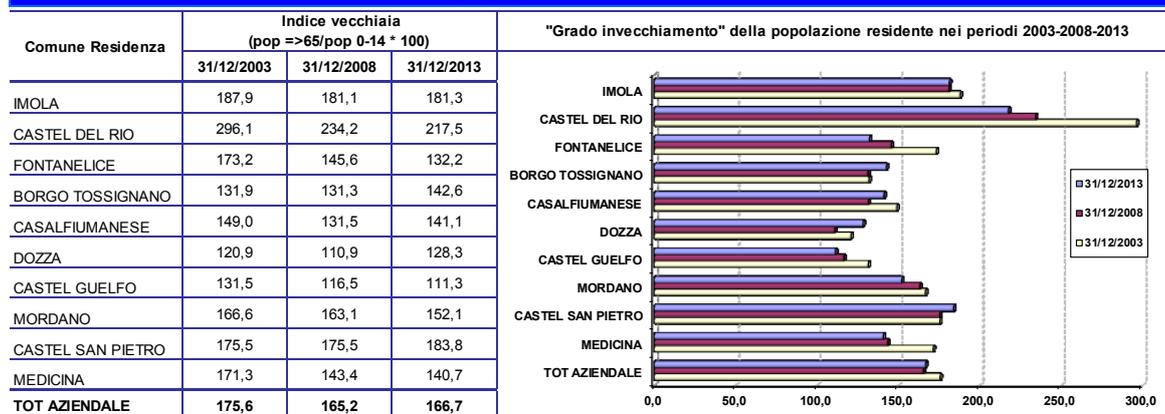
Grafico 1.6 - Distribuzione per fasce di età e genere della popolazione circondariale. Anno 2013



1.1.4 Anziani e grandi anziani

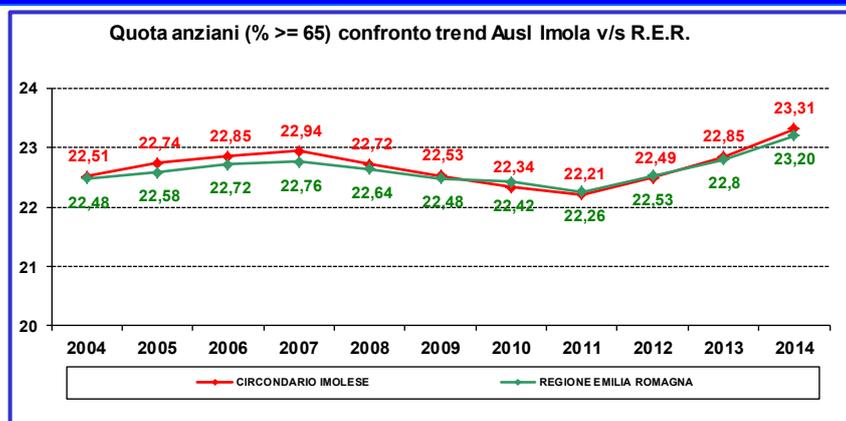
La popolazione residente, in termini assoluti, tende ad invecchiare sempre più. Il grado di invecchiamento (anziani ≥ 65 su pop. giovane 0-14 x 100) in leggera diminuzione fino al 2008, nel 2013 riprende l'incremento per via di una ulteriore ridotta natalità e di un costante aumento del numero di anziani. Siamo però in presenza di una variabilità comunale. Comuni "storicamente anziani", come Castel del Rio e Fontanelice, tendano a ridurre l'indicatore per l'afflusso della popolazione straniera e per l'alta mortalità nelle classi limite. Spiccano i trend di costante ribasso dell'indice nei comuni di Castel Guelfo, Medicina e Mordano.

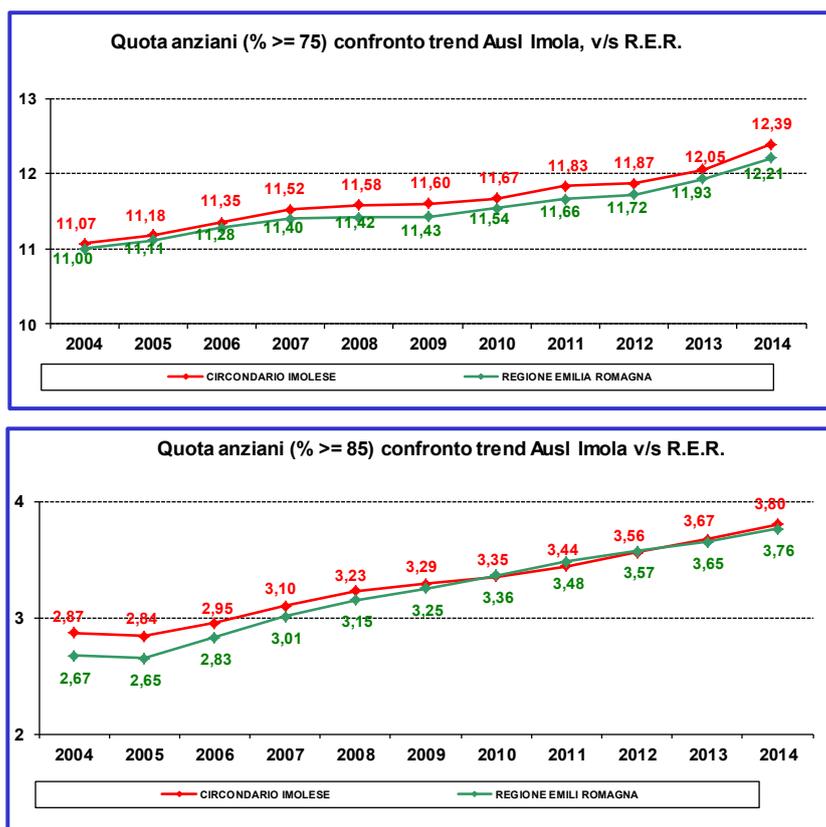
Figura 1.7 - Tassi di crescita popolazione anziana in ambito comunale ed aziendale. Periodo 31/12/2002 - 31/12/2012



I Grafici 1.8 focalizzano il peso della componente ≥ 65 , nonché l'incidenza percentuale sul totale della popolazione delle altre due classi della popolazione anziana, a confronto con quella media regionale. Oramai circa un residente su 4 si posiziona oltre la soglia dei 65 anni. In perfetta linea col livello regionale la classe ≥ 85 , mentre le altre due si collocano leggermente al di sopra. La curva dei "grandi anziani" (≥ 85) conosce dal 2005 solo rialzi, nel valore medio regionale ed imolese, attualmente sovrapponibili con un'incidenza al 3,8%.

Grafici 1.8 – Indice di invecchiamento della popolazione (≥ 65) e quota incidenza ≥ 75 e ≥ 85 . Periodo 1/1/2004-2014





1.1.5 Aspettativa di vita

Direttamente correlata all'aspetto di cui sopra, anche nel triennio 2010 – 2012, la speranza di vita alla nascita continua il ciclo ascendente su ambedue i generi attestandosi, nel 2012, a livello Provinciale di Bologna su 80,5 anni medi per i maschi ed 84,7 per le femmine.

Negli ultimi decenni, grazie al maggior aumento della speranza di vita dei maschi, il *gap* tra generi continua ad assottigliarsi anche se il differenziale è ancora mediamente di circa 4 anni.

La tendenza alla riduzione della forbice si registra soprattutto a 65 anni, con una variazione 2012-2009 in aumento a livello RER per i maschi del +0,7%, mentre per le femmine del +0,27%. Diverso per la Provincia di Bologna, ove le femmine mantengono la leadership nell'incremento dell'indice.

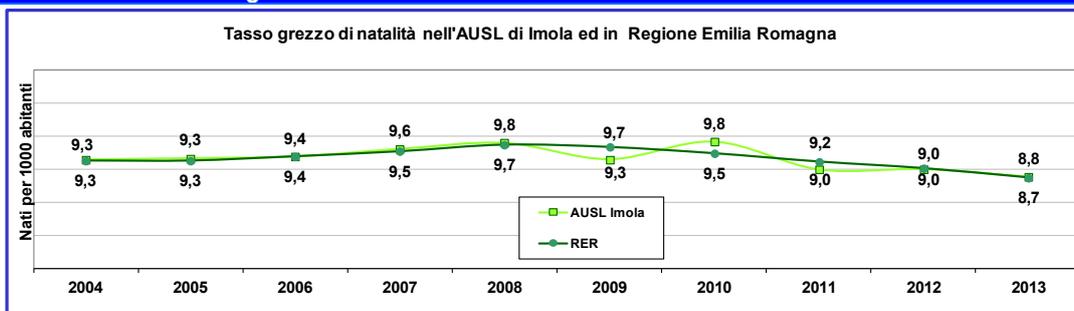
Tabella 1.9 - Speranza di vita alla nascita e a 65 anni su base triennale. Prov. Bo vs RER

Indicatore	Livello residenza	2008-2010		2009-2011		2010-2012		Var. % 2012 - 2009	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Speranza di vita alla nascita	Prov. Bologna	80,04	84,48	80,42	84,58	80,55	84,73	0,16%	0,18%
	RER	79,74	84,42	80,07	84,59	80,27	84,67	0,25%	0,10%
Speranza di vita a 65 anni	Prov. Bologna	18,66	21,84	18,89	21,94	18,95	22,08	0,33%	0,64%
	RER	18,42	21,73	18,60	21,86	18,73	21,92	0,71%	0,27%

1.1.6 Natalità

Il trend negativo del biennio precedente si consolida nel 2013. Il tasso grezzo di natalità è sceso sotto la soglia del 9‰, ritornando ai valori dei primi anni 2000. I livelli sono appaiati tra locale e RER, anche se, riguardo al dato medio regionale, si è ricorso ad una stima. Il circondario imolese dal 2008 ad oggi ha "perso" un nuovo nato ogni 1.000 abitanti (9,8 nel 2008 vs 8,8 nel 2013).

Grafico 1.10 - Tasso grezzo di natalità dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2013

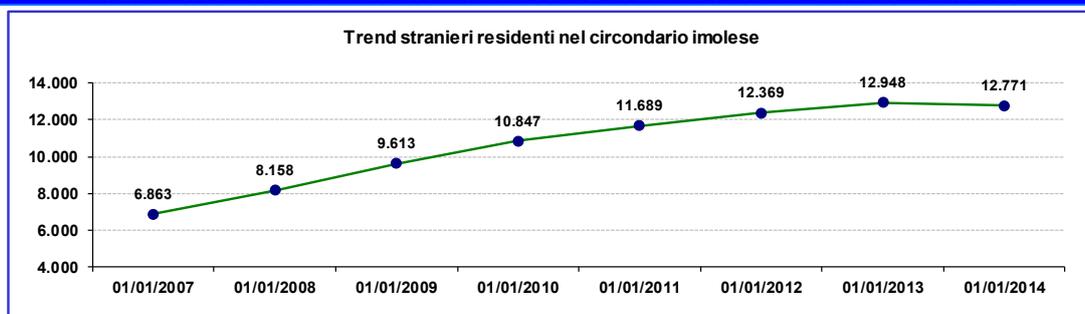


Fonte: dati Istat – Movimento e calcolo della popolazione residente. Dato RER 2013 stimato

1.1.7 Stranieri

Il numero dei cittadini stranieri regolarmente residenti, seppur sostenuto, non cresce come in passato. L'evento 2013, da verificare nel 2014, mostra una numerosità che, giunta alla soglia delle 13.000 unità all'1/1/2013, cala di -1,4% all'1/1/2014 (Grafico 1.11). I maggiori saldi migratori stranieri col segno negativo si registrano a Medicina, Castel Guelfo e Dozza.

Grafico 1.11 - Trend stranieri residenti AUSL di Imola. Periodo 1/1/2007 - 1/1/2014



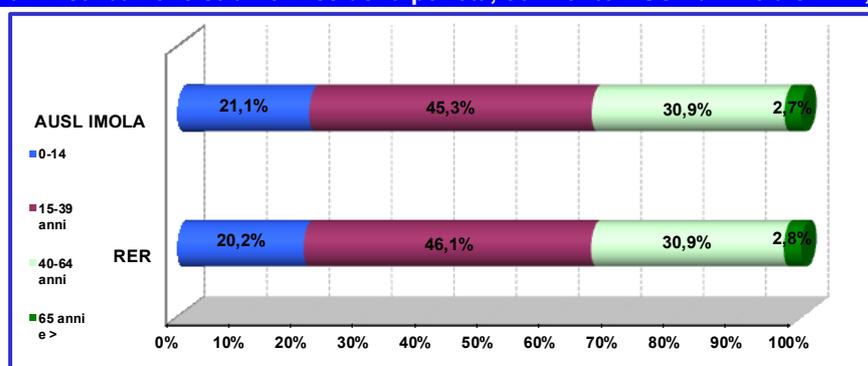
Anche la diminuzione straniera, come del resto quella generale, riguarda più il genere maschile. Si conferma, invece, il crescente processo di femminilizzazione la cui prevalenza (circa 54%) è in linea con quanto avviene in regione (52%). La maggior consistenza di cittadini esteri, rispetto alla popolazione complessiva, si registra ancora nei territori di Castel del Rio (14,1%), Fontanelice (13,1%), Borgo Tossignano (12,7%) e Mordano (11%). In tutti gli altri comuni si colloca entro il 10%. Il Grafico 1.12 evidenzia la consistenza degli stranieri all'1/1/2013 (per criterio di omogeneità) sulla base delle macro aree geografiche di provenienza. L'ambito aziendale rispetto al regionale sembra attirare maggiormente etnie europee e nord africane.

Grafico 1.12 - Distribuzione stranieri residenti per provenienza, confronto AUSL di Imola e RER all'1/1/2014



La struttura per fasce di età è rappresentata nel Grafico 1.13, dove le fasce 40 – 64 e >=65 anni appaiono esattamente sovrapponibili al livello regionale.

Grafico 1.13 - Distribuzione stranieri residenti per età, confronto AUSL di Imola e RER, all'1/1/2012

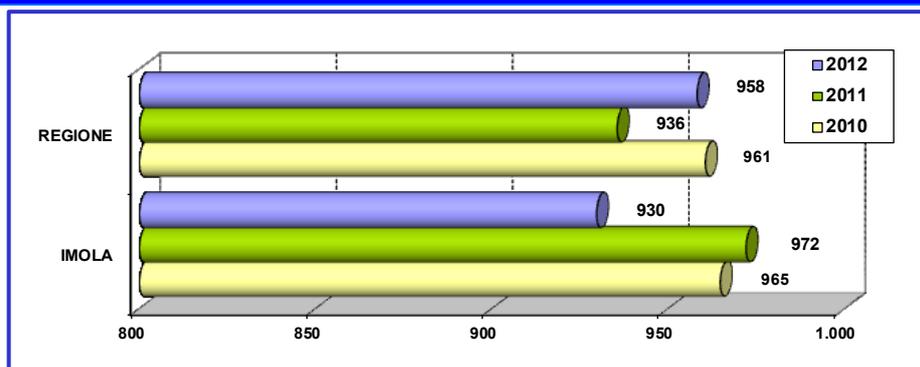


1.2 Osservazioni epidemiologiche

1.2.1 Mortalità

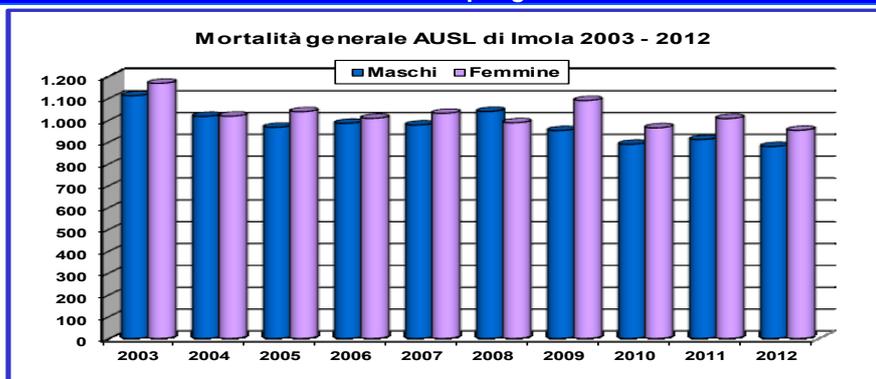
L'analisi dei dati di mortalità è utile considerando un *trend*, poiché è nella serie storica di un fenomeno che si delineano in maniera chiara le variazioni dello stato di salute. Nel contesto dell'ultimo triennio (Grafico 1.14), si evidenzia che il tasso registrato nell'AUSL di Imola (2012) è inferiore alla media regionale (930 vs 958) ed è inferiore a quello rilevato nell'anno precedente.

Grafico 1.14 - Tasso standardizzato di mortalità totale AUSL Imola e RER. Periodo 2010-2012



Se si analizza la serie storica della mortalità per sesso (Grafico 1.15), si rileva che la mortalità nel 2012 è inferiore rispetto al 2011 sia per i maschi che per le femmine.

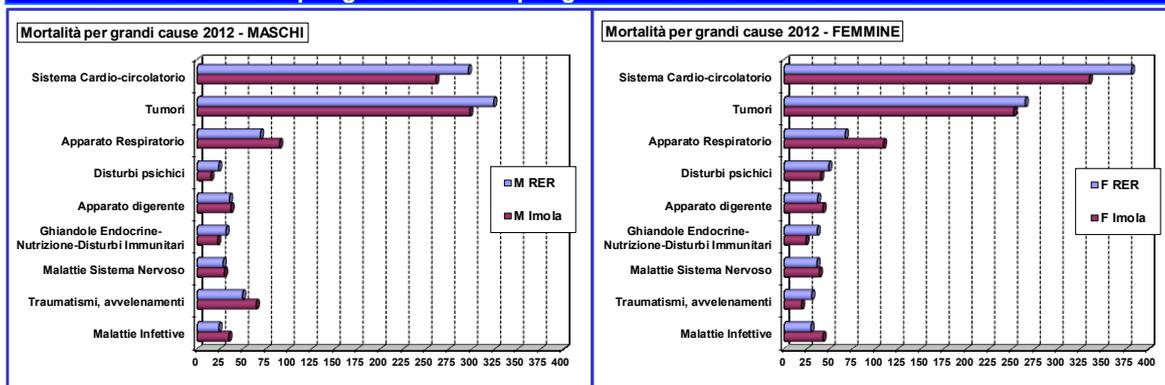
Grafico 1.15 - Tasso standardizzato di mortalità per genere AUSL di Imola. Periodo 2003–2012



1.2.2 Mortalità per grandi cause

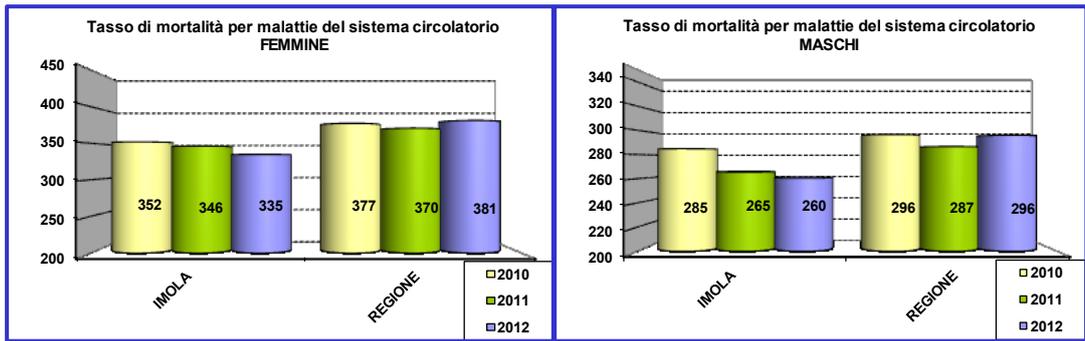
Esaminando le cause di morte (Grafico 1.15) si può osservare che nei primi tre posti si posizionano i decessi per "Malattie del sistema circolatorio" (prima causa per le donne), al secondo i "Tumori" (prima causa per gli uomini) ed al terzo le "Malattie dell'apparato respiratorio" il cui valore risulta superiore alla media regionale nei due sessi. Il confronto con i tassi regionali permette di evidenziare che per le malattie del sistema circolatorio e per i tumori i tassi sono inferiori alla media regionale sia nel sesso maschile che nel sesso femminile.

Grafici 1.16 - Mortalità per grandi cause e per genere: AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2012



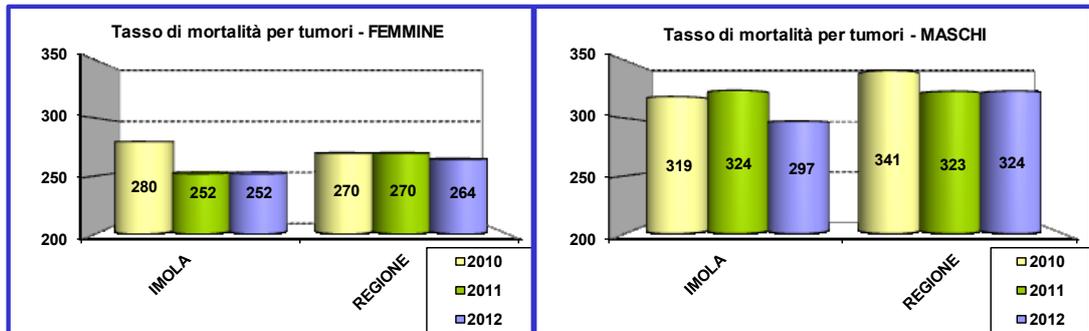
I tassi di mortalità per le malattie del sistema cardio-circolatorio registrati nel territorio imolese sono costantemente inferiori, nel triennio considerato, alla media regionale. Inoltre, analizzando la serie storica 2004-2012 (qui non rappresentata graficamente), si evidenzia una sensibile riduzione in entrambi i sessi: nelle Femmine si è passati da 428 a 335; nei Maschi da 384 a 260 per 100.000 abitanti.

Grafici 1.17 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio, confronto AUSL Imola e RER. Periodo 2010-2012



Rispetto al grande aggregato "Tumori" (Grafici 1.18) il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola per le femmine è inferiore alla media regionale (252 vs 264), così come per i maschi (297 vs 324).

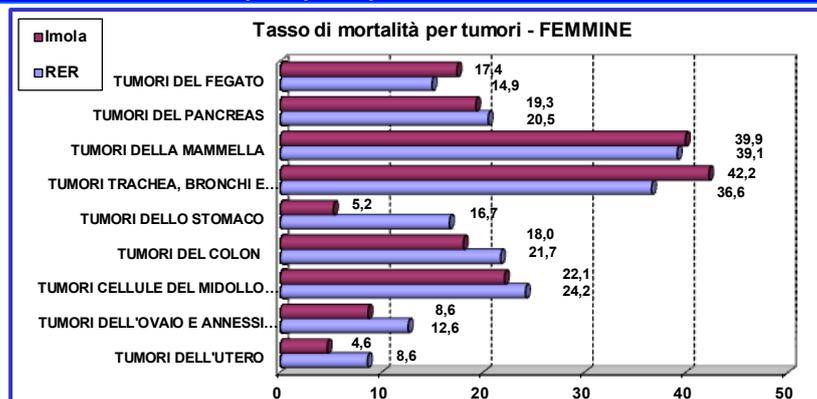
Grafici 1.18 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore, confronto AUSL Imola e RER. Periodo 2010-2012

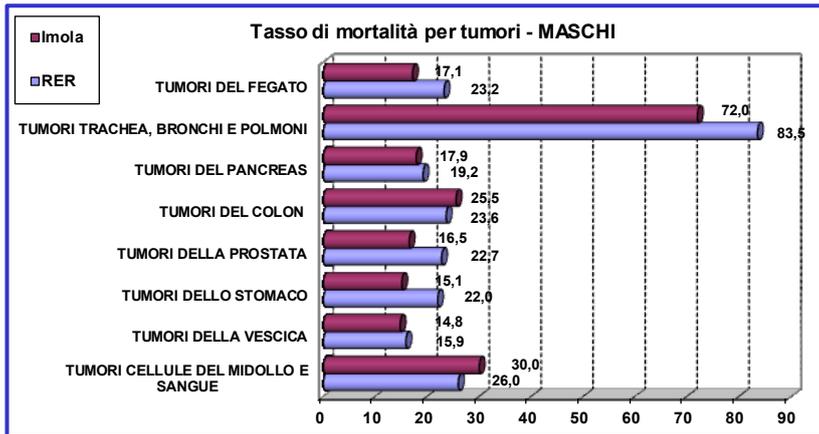


Se si analizza la mortalità per tumore nel 2012, scomposta per le principali neoplasie si evidenzia:

- per il genere femminile, i tassi di mortalità più elevati in ordine decrescente si osservano per i tumori dei polmoni, della mammella, e delle cellule del midollo e del sangue;
- per il genere maschile, i tassi di mortalità più elevati in ordine decrescente si osservano per i tumori dei polmoni (con un tasso molto elevato), delle cellule del midollo e del sangue (leucemie, linfomi ecc.) e del colon.

Grafici 1.19 - Tasso di mortalità per i principali tumori, confronto AUSL Imola e RER. Anno 2012



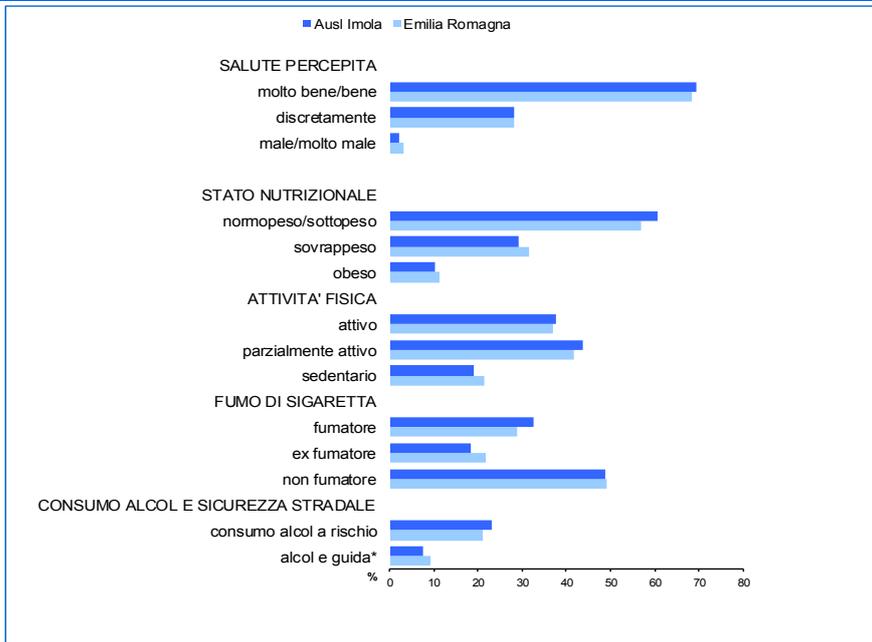


1.3 Stili di vita e sicurezza

1.3.1 Principali comportamenti influenti sullo stato di salute

Lo studio PASSI, un sistema nazionale di sorveglianza sulla Salute dei cittadini che pone l'attenzione ai comportamenti a rischio, si svolge tramite interviste telefoniche ad un campione di residenti di età tra i 18 e 69 anni, con i due generi equamente rappresentati. Di seguito gli esiti dell'elaborazione 2010-2013 a confronto con il dato medio regionale.

Grafico 1.20 – Studio PASSI: esiti variabili AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2010-2013



Stato di salute percepito. La maggioranza dei cittadini intervistati percepisce “buono” o “molto buono” il proprio stato di salute. Tale condizione risulta nel tempo relativamente stabile: oltre il 70% dei residenti dichiara di sentirsi bene (dato leggermente superiore alla media regionale).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari. L'eccesso ponderale è piuttosto diffuso nella popolazione: circa 30%, di cui 12% obeso. A confronto con la media regionale si può evidenziare una percentuale di soggetti sovrappeso nell'AUSL di Imola inferiore alla RER.

Attività fisica. Il 40% degli intervistati dichiara un buon livello di attività fisica, il 43% svolge una moderata attività, il restante 17% non svolge, o quasi, attività fisica.

Abitudine al fumo. I fumatori abituali sono circa 1/3 degli intervistati, gli *ex* fumatori meno del 20% e i non fumatori la metà (dati regionali simili). Rispetto al passato la percentuale di fumatori è costante negli ultimi anni: fuma circa un cittadino ogni 3 residenti con età tra i 18 e i 69 anni.

Consumo di alcol. Tra gli intervistati i bevitori ritenuti a rischio sono più del 20% (percentuale superiore alla media RER). Il 7% ha riferito di avere guidato dopo avere consumato alcolici.

1.3.2 Incidenti stradali

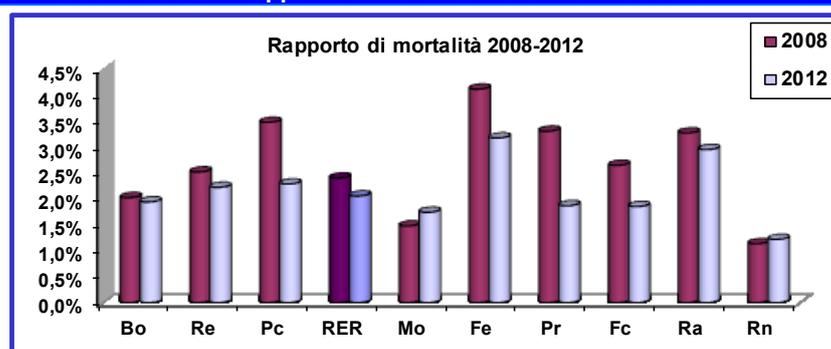
Gli incidenti stradali risultano essere la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni. In Tabella 1.21 sono riportati, per ambiti provinciali, il numero dei morti nel periodo 2008-2012, la variazione percentuale ed il tasso di mortalità su 100.000 abitanti.

Tabella 1.21 - Morti per incidente stradale nelle Province della RER. Periodo 2008-2012

Livello territoriale	Numero morti in incidenti stradali					Var. % 2012-2008	Morti per 100.000 ab.	
	2008	2009	2010	2011	2012		2008	2012
Bo	99	97	86	79	73	-26,3%	10,2	7,3
RER	523	422	401	400	376	-28,1%	12,1	8,4
Re	60	34	48	57	44	-26,7%	11,7	8,2
Pc	47	34	25	32	31	-34,0%	16,6	10,6
Mo	50	52	58	53	51	2,0%	7,3	7,2
Fe	61	39	44	31	40	-34,4%	17,1	11,1
Pr	57	50	39	36	36	-36,8%	13,3	8,1
Fc	54	39	34	45	32	-40,7%	14,0	8,0
Ra	67	54	44	43	51	-23,9%	17,5	12,9
Rn	28	23	23	24	23	-17,9%	9,3	6,9

Il numero di morti in incidenti stradali registra in Emilia Romagna, nell'ultimo quinquennio, una consistente riduzione (-28,1%). Nella Provincia di Bologna si conferma il calo dei deceduti tra il 2008 e il 2012 (-26,3%) ed il tasso di mortalità risulta uno dei più bassi della Regione.

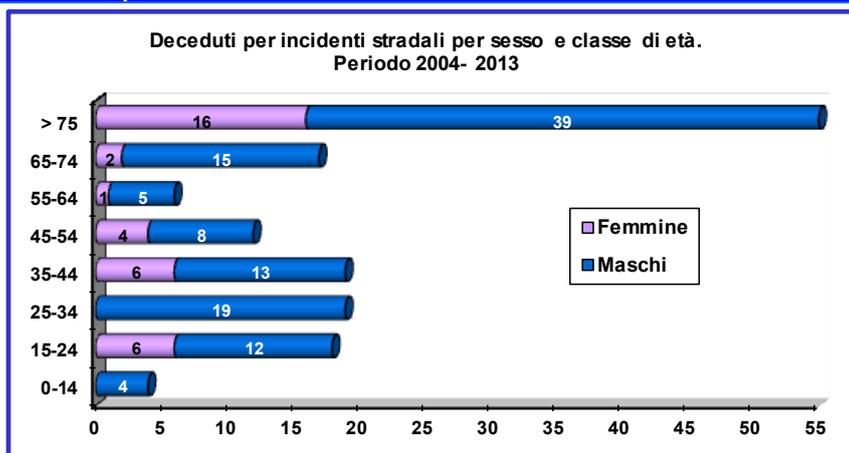
Grafico 1.22 - Incidenti stradali: rapporto di mortalità nelle Province della RER. Periodo 2008-2012



Il Grafico 1.22 riporta la variazione tra 2008 e 2012 del rapporto di mortalità, un indicatore relativo alla "letalità" dell'incidente (rapporto percentuale fra il numero dei morti e quello degli incidenti).

Nell'AUSL di Imola, nel periodo 2004-2013 (Grafico 1.23), la mortalità media dei residenti è pari a 15 decessi/anno. Il numero di maschi deceduti è superiore in ogni classe d'età alla numerosità femminile. Un numero rilevante di decessi per incidenti stradali si verifica nelle persone più anziane (classe > 75 anni).

Grafico 1.23 - Morti per incidenti stradali residenti nel circondario di Imola. Periodo 2004-2013



1.3.3 Infortuni sul lavoro

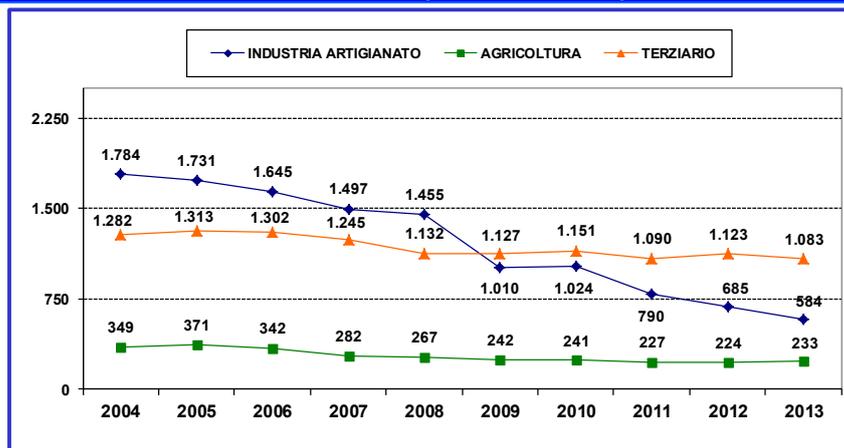
Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, l'Emilia Romagna ha un tasso superiore alla media nazionale (3,4 infortuni indennizzati ogni 100 occupati vs 2,2 liv. Italia), mentre la Provincia di Bologna si colloca, con un valore di 2,9, tra il tasso nazionale e quello regionale.

Tabella 1.24 - Tasso standardizzato infortuni indennizzati nella Provincia di Bologna e confronto regionale e nazionale. Periodo 2008-2012

Livello territoriale	2008	2009	2010	2011	2012	Var. %2012 su 2008
Provincia Bo	3,7	2,9	3,0	3,1	2,9	-20,6%
RER	4,2	3,8	3,8	3,7	3,4	-18,4%
ITALIA	2,9	2,7	2,7	2,5	2,2	-23,9%

La fotografia della realtà infortunistica nel territorio dell'AUSL di Imola, resa possibile dal costante monitoraggio (esperienza unica in regione), evidenzia per la prima volta, con l'ulteriore calo degli infortuni rispetto al 2012, il contestuale abbattimento della soglia dei 2.000 casi complessivi.

Grafico 1.25 - Andamento infortunistico per settori e comparti. Periodo 2004-2013



Se si valuta il trend 2004-2013 (Grafico 1.25) del comparto industria-artigianato appare chiaro come la flessione degli eventi infortunistici sia associabile alla contrazione occupazionale che ha colpito tale settore più di altri. A prescindere da ciò, si può comunque supporre che si tratti anche di una maggiore attenzione alla sicurezza da parte delle aziende. Le denunce di infortunio vedono, nell'ultimo anno, un calo in tutti i comparti tranne che nell'agricoltura, ove la numerosità degli accadimenti rimane comunque sufficientemente stabile. In calo anche gli infortuni mortali con un solo evento verificatosi nel comparto edile.

Sezione 1 - Sintesi principali indicatori

INDICATORE/INFO	AUSL IMOLA	REGIONE E-R
TERRITORIO		
Densità abitativa per kmq	168,81	198,32
POPOLAZIONE		
Popolazione residente	132.857	4.452.830
Tasso incremento popolazione 2013-2012	-0,27%	-0,41% *
Incidenza % POP anziana >= 65 anni	23,31%	23,20%
Popolazione straniera (Incidenza % su Popolazione Tot.)	12.771 (9,62%)	536.033 (12%)
Incidenza % genere femminile su tot stranieri	54%	52%
ASPETTATIVE DI VITA PER GENERE		
Speranza di vita alla nascita	F: 84,73 M: 80,55	F: 84,67 M: 80,27
NATALITA'		
Tasso grezzo natalità	8,8‰	8,7‰ *
MORTALITA' PER GENERE (2012)		
Tasso standardizzato mortalità totale (100 mila ab.)	F: 953,3 M: 879,1	F: 979,2 M: 919,6
Tasso stand. mortalità sistema circolatorio (100 mila ab.)	F: 335 M: 260	F: 381 M: 296
Tasso stand. mortalità per tumore (100 mila ab.)	F: 252 M: 297	F: 264 M: 324
SICUREZZA (2012)		
Tasso di mortalità per incidente stradale (Bologna)	1,9%	2,1%
Tasso standardizzato di infortuni sul lavoro (Bologna)	2,9%	3,4%
Andamento infortunistico 2004-2013	-44%	-

(*) stimato

2. Profilo aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

2.1.1 Sostenibilità economica

Risultato netto dell'esercizio e incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto. L'andamento dei risultati d'esercizio nel triennio 2011-2013 evidenzia un decremento fino al completo azzeramento a decorrere dall'esercizio 2012 (Tabella 2.1).

Tabella 2.1 - Andamento dei risultati di esercizio della AUSL di Imola: valori assoluti e % sul volume di Bilancio. Periodo 2011-2013

INDICATORE	INFORMAZIONE	2011	2012	2013
Risultato netto d'esercizio, in valore assoluto e % sul volume di Bilancio	Risultato d'esercizio netto (in migliaia di euro)	-3.885	0	0
	Risultato (perdita) in rapporto al volume di Bilancio - AUSL Imola	-1,7%	0,0%	0,0%
	Risultato (perdita) in rapporto al volume di Bilancio - AUSL di riferimento (gruppo)	-1,0%	0,0%	0,0%
Incidenza risultati gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto	Contributo gestione caratteristica	-83,0%	100,0%	100,0%
	Contributo gestione non caratteristica	-17,0%	-100,0%	-100,0%

Nel triennio 2011-2013 l'AUSL di Imola ha rispettato il vincolo di bilancio assegnato dal livello regionale e ministeriale. Fino al 2011 il rispetto dell'equilibrio di bilancio era garantito in presenza di un risultato d'esercizio pari al valore degli ammortamenti netti non finanziati relativamente ai beni pluriennali entrati in ammortamento fino a tutto il 31/12/2009 (per l'AUSL di Imola pari a 3,888 milioni di euro). A decorrere dall'esercizio 2012, in applicazione delle disposizioni contenute nel D.Lgs 118/2011 la condizione di equilibrio di bilancio è rispettata in presenza di una situazione di pareggio.

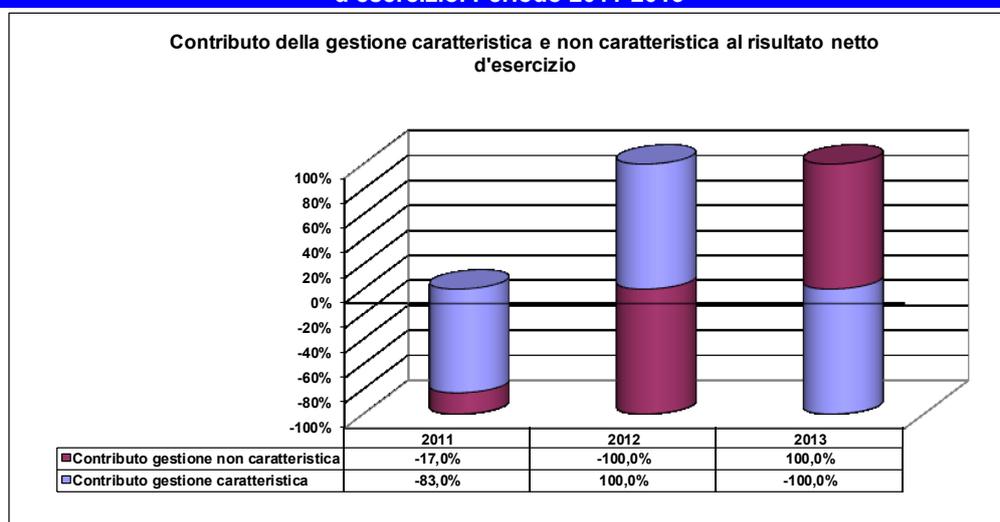
Il livello di finanziamento 2013 delle aziende sanitarie, assegnato in sede di programmazione con DGR 199/2013, ha risentito degli effetti dei tagli intervenuti con l'entrata in vigore delle manovre di governo 2012. Si fa riferimento alla L. 135/2012 (*Spending Review*) e alla L. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013) che hanno ridotto il finanziamento regionale di circa 81 milioni di euro (-1,05%) rispetto al 2012 e di circa 149 milioni di euro (-1,93%) rispetto alla programmazione 2012 (DGR 653/2012). In confronto al 2011 e al 2012, che presentano un finanziamento a quota capitaria pressoché costante per effetto delle manovre sopracitate, nel 2013, l'AUSL di Imola ha subito una riduzione della quota capitaria di circa 4,4 milioni di euro. Considerato il difficile quadro economico-finanziario, l'AUSL di Imola ha impostato la propria attività impegnandosi nella realizzazione di azioni particolarmente sfidanti, con riferimento particolare a misure di

contenimento della spesa e a un monitoraggio sistematico bimestrale dei costi di produzione e dell'andamento della gestione nel suo complesso. Importanti risultati sono stati ottenuti con riferimento al governo delle **risorse umane**, al contenimento della **spesa farmaceutica territoriale**, ai costi per **prestazioni erogate da strutture private e pubbliche**, al contenimento dei costi per **beni e servizi**.

L'AUSL di Imola, con un fondo di riequilibrio pressoché in linea con il 2012 e una riduzione della quota capitaria di oltre 4,4 milioni di euro, ha garantito il pareggio di bilancio.

L'indicatore che segue è volto a misurare il contributo della gestione caratteristica e non caratteristica alla formazione del risultato d'esercizio, intendendosi per gestione caratteristica l'attività tipica di produzione sanitaria e per gestione non caratteristica l'attività che genera componenti di reddito finanziari, straordinari e le imposte.

Grafico 2.2 – Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica al risultato netto d'esercizio. Periodo 2011-2013



Considerato che i risultati d'esercizio 2012 e 2013 evidenziano una situazione di pareggio di bilancio, i rapporti tra risultato della gestione caratteristica e risultati netto d'esercizio (pari a 0) esprimono un numero percentuale infinitesimo non rappresentabile in un grafico e tantomeno confrontabili con l'esercizio 2011. Pertanto l'indicatore viene espresso utilizzando il criterio già in uso nel 2012, come di seguito specificato: il contributo della gestione caratteristica viene indicato con +100% o -100% rispettivamente nei casi di risultato della gestione caratteristica positivo o negativo. Analogamente il contributo della gestione non caratteristica viene indicato con +100% o -100% rispettivamente nei casi di risultato della gestione non caratteristica positivo o negativo.

Dall'esame dell'indicatore (Grafico 2.2) è possibile esprimere le seguenti considerazioni: nel 2011 il risultato d'esercizio era pari a -3,885 milioni di euro determinato in via principale dal risultato della gestione caratteristica (-83%) e in via residuale dal risultato della gestione non caratteristica (-17%).

Nel 2012 il pareggio di bilancio è determinato dal contributo positivo della gestione caratteristica, evidenziando una buona *performance*. Nel 2013, anno particolarmente difficile e caratterizzato da una riduzione del finanziamento del FSN in applicazione delle manovre di governo 2012, il pareggio di bilancio è determinato dal contributo positivo della gestione non caratteristica derivante dal saldo positivo della gestione straordinaria (sopravvenienze e insussistenze dell'attivo e del passivo) e della gestione finanziaria (proventi e oneri finanziari).

In relazione a quest'ultimo aspetto è importante evidenziare che nel 2013 gli oneri finanziari hanno subito una consistente riduzione (-500 mila euro), in quanto l'azienda ha assicurato il pagamento dei debiti verso fornitori in applicazione delle disposizioni del DL 35/2013, riducendo i tempi di pagamento e conseguentemente anche gli oneri per interessi passivi verso fornitori.

Peso della perdita dell'AUSL di Imola in RER e *performance* della gestione "tipica". In Tabella 2.3 si sintetizzano due ulteriori indici comparativi di Bilancio, che mostrano:

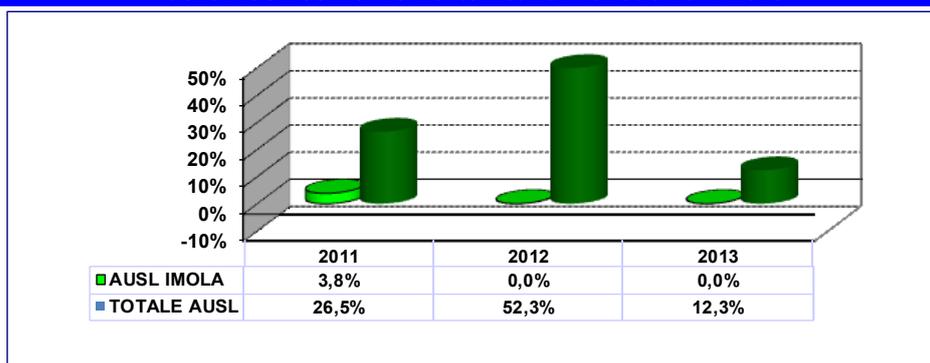
- il risultato netto d'esercizio dell'azienda in rapporto al risultato complessivo regionale, volto a misurare l'apporto della gestione aziendale alla *performance* complessiva del sistema regionale;
- l'incidenza del risultato della gestione caratteristica sulle risorse disponibili per la produzione aziendale volto a misurare il grado di capacità dell'azienda di coprire i costi caratteristici della gestione con i relativi ricavi disponibili, che rappresentano le risorse a disposizione dell'azienda per lo svolgimento della propria attività tipica.

Tabella 2.3 - Andamento dei risultati d'esercizio e del ROC della AUSL di Imola, a confronto con il gruppo di AUSL senza AO. Periodo 2011-2013

INDICATORE	INFORMAZIONE		2011	2012	2013
Perdita d'esercizio in % sulla perdita complessiva regionale	Apporto della gestione aziendale alla performance di sistema	AUSL di Imola	3,8%	0,0%	0,0%
		AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	26,5%	52,3%	12,3%
Risultato della gestione caratteristica (ROC), in % sui ricavi disponibili	Performance gestione caratteristica, Imola	AUSL di Imola	-1,6%	0,9%	-0,9%
	Performance gestione caratteristica, media Ausl di riferimento	AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	-0,8%	0,4%	-0,4%

Nel Grafico 2.4 viene rappresentata l'incidenza del risultato d'esercizio dell'AUSL di Imola e l'incidenza del risultato d'esercizio complessivo delle aziende del gruppo di riferimento rispetto al risultato complessivo regionale.

Grafico 2.4 - Incidenza della perdita d'esercizio sulla perdita totale RER, ascrivibile al gruppo delle AUSL senza AO nel territorio. Periodo 2011-2013



Il confronto sui tre esercizi risulta difficile da effettuare in quanto, nell'esercizio 2011, l'indicatore in esame esprime l'incidenza del risultato aziendale e del gruppo di riferimento rispetto a un risultato complessivo regionale rappresentato da una perdita d'esercizio. A decorrere dal 2012 le aziende sanitarie della regione hanno chiuso i bilanci in condizioni di sostanziale pareggio, generando un risultato complessivo regionale positivo.

Nell'esercizio 2012 e 2013 l'AUSL di Imola, evidenziando una situazione di pareggio di bilancio, misura un'incidenza al risultato complessivo regionale pari a 0, mentre per quanto riguarda il gruppo di riferimento delle AUSL senza Azienda Ospedaliera sul territorio è possibile notare un contributo alla *performance* complessiva regionale pari al 52,3% nel 2012 e al 12,3% nel 2013.

Analisi per Fattori Produttivi. Gli indicatori che seguono analizzano i fattori produttivi impiegati nel processo produttivo dell'azienda e si propongono di misurare:

- il grado di assorbimento delle risorse a disposizione, articolate per fattori produttivi impiegati nel processo di produzione rispetto ai ricavi disponibili;
- la composizione percentuale dei costi per fattori produttivi rispetto al consumo totale annuo aziendale.

In Tabella 2.5 si riporta l'incidenza dei vari fattori produttivi impiegati sui ricavi disponibili dell'azienda a confronto con la media regionale del gruppo di riferimento. Coerentemente a quanto verificatosi a livello regionale, nel triennio preso in esame, il costo del lavoro e dei servizi dell'AUSL di Imola evidenzia il maggior assorbimento di risorse disponibili.

Tabella 2.5 - Scomposizione per fattori produttivi del risultato della gestione caratteristica dell'AUSL di Imola e confronto con la media AUSL senza AO. Periodo 2011-2013

Fattori produttivi/Ricavi disponibili	2011		2012		2013	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	13,1%	14,8%	12,8%	14,9%	12,6%	15,1%
Beni strumentali	3,1%	3,1%	2,8%	3,0%	2,6%	2,9%
Servizi	39,7%	38,9%	39,1%	37,8%	40,3%	38,2%
Costi amm.vi e generali	1,7%	2,6%	2,1%	3,2%	3,0%	2,7%
Costo del lavoro	44,0%	41,4%	42,3%	40,8%	42,3%	41,5%
Tot costi a gestione diretta	101,6%	100,8%	99,1%	99,6%	100,8%	100,4%

Rispetto agli esercizi precedenti, nel 2013, l'AUSL di Imola evidenzia un aumento del grado di assorbimento dei ricavi disponibili per fattori produttivi impiegati nel processo produttivo aziendale, fenomeno che si riscontra anche a livello regionale le cui cause principali sono da ricercarsi, non tanto nell'aumento della spesa, ma nella riduzione dei contributi in conto esercizio per effetto dei minori finanziamenti da Fondo Sanitario 2013. Si esprimono le seguenti considerazioni sui fattori produttivi impiegati.

Beni di consumo. In continuità con gli esercizi precedenti, il grado di assorbimento dei ricavi disponibili per beni di consumo presenta un livello inferiore alla media regionale del gruppo di riferimento, evidenziando una buona *performance*. Rispetto all'esercizio 2012, nel 2013 l'AUSL di Imola ha risparmiato oltre 400 mila euro, merito delle azioni di contenimento della spesa e del costante monitoraggio dei costi effettuato nel 2013. I risparmi riguardano i beni sanitari, in particolare per farmaci ospedalieri in esito sia alla perdita di brevetto di alcuni prodotti, sia al costante impegno orientato al miglior rapporto costo/beneficio.

Beni strumentali. Nel triennio preso in esame, si evidenzia un trend in calo, determinato dal fatto che i Piani degli Investimenti 2011 e 2012 risultano quasi interamente finanziati da Contributi in Conto Capitale con la conseguenza che gli ammortamenti 2011 e 2012, derivanti dagli investimenti, sono stati per la maggior parte sterilizzati. Il 2013 risente degli effetti dell'applicazione delle disposizioni del D.Lgs 118/2011, con particolare riferimento al ricalcolo degli ammortamenti 2012 e precedenti con le nuove aliquote, più alte rispetto a quelle previste dalla normativa regionale in vigore fino al 2011. Il ricalcolo effettuato nel 2012 relativamente agli anni pregressi per effetto della contabilizzazione a Patrimonio Netto, in applicazione delle disposizioni ministeriali, non ha avuto impatto sul valore economico della voce Beni strumentali di competenza 2012, ad eccezione della quota di competenza dell'anno. Tale operazione ha fatto sì che molti cespiti abbiano esaurito l'ammortamento nel 2012 o addirittura nel 2011, con benefici sul 2013.

Costo del lavoro. Nel triennio 2011 – 2013, l'incidenza percentuale del costo del lavoro si mantiene sopra alla media regionale, ma con l'evidenza di un calo nel periodo 2011 e 2012.

Nel 2013 il grado di assorbimento dei ricavi disponibili per il costo del lavoro è costante al 2012, mentre la media del gruppo di riferimento evidenzia un incremento. L'AUSL di Imola ha, infatti, posto grande attenzione al governo delle risorse umane, applicando le disposizioni previste dall'art. 9 del DL 78/2011, con particolare riferimento alla rideterminazione dei fondi del personale, oltre a misure di contenimento alla spesa volte alla limitazione della copertura del *turn over*. Nel 2012 sono stati rispettati gli obiettivi di governo delle risorse umane previsti dalla DGR 653/2012 aventi ad oggetto "linee di programmazione 2012", con riferimento alla limitazione della copertura del *turn over* al 90% e alla riduzione della spesa per il personale di 1 punto percentuale rispetto alla spesa relativa al Bilancio di esercizio 2010. Nel 2013, nel rispetto delle linee di programmazione (DGR 199/2013), è stata effettuata una gestione rigorosa ed oculata degli organici volta a garantire il contenimento del *turn over*. La copertura dei posti vacanti è stata eseguita nel rispetto del piano assunzioni approvato dalla Regione, la spesa 2013 relativa ai

rapporti di lavoro a tempo determinato è stata inferiore a quella del 2012, la spesa 2013 per i contratti di lavoro flessibile non finanziata da finanziamenti vincolati si è ridotta rispetto al 2012.

Servizi. L'andamento di questo indicatore, in analogia a quanto risulta a livello regionale, presenta un decremento del grado di assorbimento dei ricavi disponibili per servizi sanitari e non sanitari nel biennio 2011-2012 e un incremento nel 2013. Sui servizi sanitari sono concentrate le maggiori azioni di contenimento della spesa, anche se, nel 2013 il valore complessivo dei servizi sanitari evidenzia un incremento considerevole per effetto dei costi sostenuti per far fronte all'emergenza dei focolai di [influenza aviaria](#) nei comuni di Mordano e Imola, per circa 4,5 milioni di euro, che hanno riguardato l'allestimento dei cantieri, le squadre di lavoro dedicate all'abbattimento degli animali infetti, lo smaltimento di carcasse/uova/pollina/mangime e i costi di disinfezione. A fronte dell'emergenza, la Regione ha assegnato all'AUSL di Imola un finanziamento specifico a copertura dei costi sostenuti.

Nel triennio, continuano a evidenziarsi gli effetti delle misure di contenimento della spesa per servizi sanitari: la [spesa farmaceutica](#) ha subito una riduzione di circa 2,6 milioni di euro grazie all'abbassamento dei prezzi dei generici, alle scadenze brevettuali e alle azioni messe in campo dall'azienda sull'appropriatezza prescrittiva. I costi per prestazioni di degenza da ospedali privati si sono ridotti per circa 1,5 milioni di euro. Sui costi per servizi in convenzione sono stati realizzati risparmi per circa 1 milione di euro, in particolare per interventi legati all'area della [Salute Mentale](#). I costi per Medici di Famiglia, Pediatri di libera scelta sono in diminuzione nel triennio di circa 600 mila euro.

Costi amministrativi e generali. Dal 2012 i fattori produttivi in questione sono stati oggetto di una diversa contabilizzazione per applicare le nuove disposizioni del D.Lgs 118/2011 in ordine agli accantonamenti delle somme di parte corrente non utilizzate nell'esercizio di competenza, alla valutazione dello stato dei fondi per rischi ed oneri. Il 2013 evidenzia un aumento del grado di assorbimento per costi amministrativi e generali principalmente per incrementi da accantonamenti, vertenze in corso, manutenzioni cicliche, rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato, franchigie assicurative, svalutazioni riguardanti i crediti per mobilità internazionale. In Tabella 2.6 si analizzano le stesse categorie di fattori produttivi dell'indicatore precedente rispetto al consumo totale delle risorse impiegate dall'azienda.

**Tabella 2.6 - Scomposizione per fattori produttivi dei risultati della gestione tipica.
Periodo 2011-2013**

Composizione dei fattori produttivi	2011		2012		2013	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	12,9%	14,7%	12,9%	14,9%	12,5%	15,1%
Costo del lavoro	43,3%	41,1%	42,7%	41,0%	41,9%	41,3%
Accantonamenti	0,6%	1,3%	1,1%	2,0%	2,0%	1,9%
Costi amm.vi e generali	1,1%	1,2%	1,1%	1,2%	1,0%	0,8%
Beni strumentali	3,1%	3,1%	2,8%	3,0%	2,6%	2,9%
Manutenzioni	1,3%	1,8%	1,5%	2,0%	1,5%	1,9%
Servizi sanitari	30,4%	30,4%	30,0%	29,2%	30,7%	29,3%
Servizi non sanitari	7,4%	6,3%	8,0%	6,7%	7,7%	6,7%

Analogamente all'indicatore precedente, nel periodo in esame, i costi per l'erogazione di servizi sanitari e i costi per il lavoro rappresentano la percentuale maggiore sul totale dei costi per fattori produttivi impiegati.

Fondo per la non autosufficienza (FRNA). I ricavi del FRNA derivano dalle delibere di finanziamento regionale e dall'utilizzo delle risorse residue del 2012 e corrispondono al piano di utilizzo del FRNA, approvato dalla Giunta del Circondario, sul quale si approfondisce in [Sezione 3 par. 3.2.1](#). La disponibilità del fondo è costituita da € 12.517.321 di contributi regionali, da € 760.558 di contributi derivanti dal Fondo Nazionale Non Autosufficienza e da € 1.267.197 di residui degli anni precedenti, oltre a € 29.474 per sopravvenienze attive e insussistenze del passivo ordinarie. Il Bilancio separato evidenzia per l'AUSL di Imola, nel 2013, una spesa complessiva per FRNA e FNA compreso le sopravvenienze passive pari a € 13.734.035.

Tabella 2.7 - Bilancio separato FRNA 2013 dell'AUSL di Imola

A	VALORE DELLA PRODUZIONE FRNA	
01:30	CONTRIBUTI FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - FRNA	€ 14.545.076
01.30.001	Contributi da Fondo Sanitario Regionale	€ 10.807.117
01.30.002	Altri contributi da Regione	€ 1.710.204
01.30.003	Contributi da enti locali da Fondo Nazionale Non Autosufficienza	€ 760.558
01.30.008	Utilizzo fondi per quote inutilizzate FRNA - contributi regionali di esercizi precedenti	€ 1.158.271
01.30.009	Utilizzo fondi per quote inutilizzate FRNA - contributi da soggetti pubblici diversi di esercizi precedenti	€ 108.926
08:30	SOPRAVVENIENTE ATTIVE ED INSUSSISTENZE DEL PASSIVO ORDINARIE - FRNA	€ 29.474
08.30.010	FRNA sopravvenienze attive ordinarie	€ 156
08.30.020	FRNA insussistenze del passivo ordinarie	€ 29.318
TOTALE A VALORE DELLA PRODUZIONE		€ 14.574.550

B	COSTI DELLA PRODUZIONE FRNA	
10:30	ONERI A RILIEVO SANITARIO E RETTE - FRNA	€ 11.562.858
10.30.002	Oneri a rilievo sanitario per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni pubblici	€ 2.514.182
10.30.003	Oneri a rilievo sanitario per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni privati	€ 4.434.358
10.30.012	Oneri a rilievo sanitario per assistenza presso centri diurni pubblici	€ 158.371
10.30.013	Oneri a rilievo sanitario per assistenza anziani presso centri diurni privati	€ 206.609
10.30.023	Oneri a rilievo sanitario per Assistenza Domiciliare Integrata	€ 1.281.252
10.30.032	Oneri per assistenza gravissime disabilità presso strutture residenziali pubbliche	€ 253.587
10.30.092	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali pubblici	€ 43.866
10.30.093	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali privati	€ 1.826.469
10.30.113	Rette per disabili presso strutture semiresidenziali (centri socio-riabilitativi diurni) private	€ 844.164
10:31	ALTRI SERVIZI SANITARI FRNA	€ 807.601
10.31.041	Altri servizi sanitari da privato	€ 807.601
10:32	ASSEGNI SUSSIDI E CONTRIBUTI FRNA	€ 1.347.195
10.32.001	Assegni di cura anziani	€ 1.097.652
10.32.012	Assegni di cura disabili - gestione esterna all'Ausi	€ 112.259
10.32.021	Assegni di cura gravissime disabilità acquisite	€ 137.284
17:01	ALTRI ACCANTONAMENTI	€ 840.515
17.01.022	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi regionali FRNA	€ 614.496
17.01.023	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da altri soggetti pubblici FRNA	€ 226.019
18:30	SOPRAVVENIENZE PASSIVE ED INSUSSISTENZE DELL'ATTIVO ORDINARIE - FRNA	€ 16.381
18.30.001	Sopravenienze passive ordinarie	€ 16.381
TOTALE B COSTI DELLA PRODUZIONE		€ 14.574.550
RISULTATO D'ESERCIZIO		€ 0

Considerando le aree di intervento, la spesa risulta così distribuita.

FRNA per complessivi € 13.090.414 di cui € 16.381 per sopravvenienze passive:

- 70,3% imputabile all'area "anziani";
- 26,9% imputabile all'area "disabili";
- 2,8% riguarda interventi trasversali per anziani e disabili.

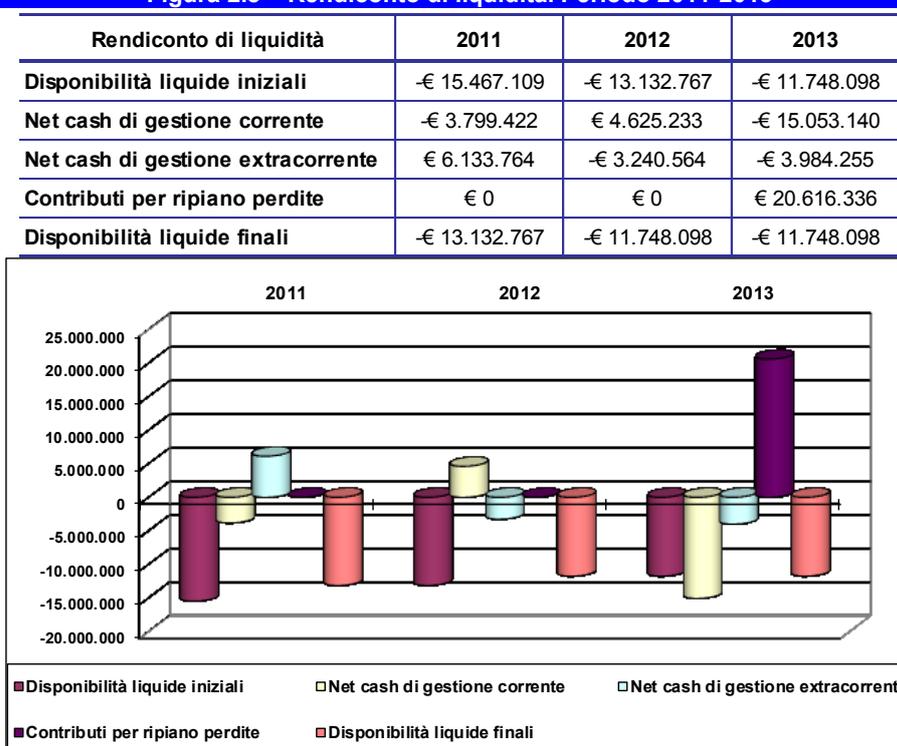
FNA per complessivi € 643.621, di cui:

- 50,7% imputabile all'area "anziani";
- 34,7% imputabile all'area "disabili";
- 8,8% riguarda interventi trasversali per anziani e disabili.

2.1.2 Sostenibilità finanziaria

Gli indicatori che seguono esprimono la dinamica finanziaria dell'azienda, attraverso la rappresentazione sintetica delle entrate e delle uscite dei mezzi monetari intervenuti nel periodo e i tempi medi di pagamento dei debiti verso i fornitori. Il primo indicatore si desume dallo schema del Rendiconto di Liquidità, attraverso una rappresentazione sintetica dei risultati delle varie gestioni (Figura 2.8). Considerato che il D.Lgs 118/2011 ha modificato lo schema di Rendiconto finanziario al fine di esprimere un confronto omogeneo dei dati nel triennio preso a riferimento, si è proceduto a una riclassificazione dell'esercizio 2012 e 2013 secondo quanto previsto dallo schema di bilancio regionale adottato nell'esercizio 2011.

Figura 2.8 – Rendiconto di liquidità. Periodo 2011-2013



L'andamento negli esercizi rappresenta una situazione di carenza di liquidità nel biennio 2011 e 2012, mentre nel 2013 risulta un evidente miglioramento determinato dall'erogazione di contributi per ripiano perdite. Di seguito si esprime un commento sui singoli flussi.

Il valore negativo delle **disponibilità liquide iniziali e finali** è determinato dall'anticipazione di tesoreria a cui l'azienda ricorre per far fronte al pagamento di debiti verso fornitori.

Il risultato negativo della **gestione corrente**, pari a 15,053 milioni di euro, è determinato dal saldo tra il flusso di Capitale Circolante Netto (CCN) di gestione corrente pari a 4,903 milioni di euro e il saldo delle variazioni dei crediti, debiti, rimanenze, ratei e risconti pari a -19,955 milioni di euro. Il flusso di CCN di gestione corrente è costituito da costi e ricavi non monetari, ossia a costi e ricavi che pur incidendo sul risultato economico di esercizio non danno origine a esborsi o introiti monetari. Si tratta in particolare:

- del risultato d'esercizio pari a 0, in quanto l'azienda ha rispettato il vincolo del pareggio di bilancio, così come definito nella DGR 199/2013 avente ad oggetto "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013";
- degli ammortamenti pari a 7,697 milioni di euro (+);
- degli utilizzi di contributi in conto capitale e fondi riserva pari a 4,348 milioni di euro; sono determinati dalle sterilizzazioni degli ammortamenti (-);
- dei fondi per premio operosità medici SUMAI, per rischi ed oneri futuri e fondi svalutazione crediti; sono rappresentati dagli accantonamenti di competenza 2013 al netto degli utilizzi effettuati nel 2013 e presentano complessivamente un valore di 1,552 milioni di euro (+).

I debiti evidenziano una diminuzione di circa 22,788 milioni di euro (-). Nel 2013, in applicazione del DL 35/2013 la Regione Emilia Romagna ha assicurato la liquidità per il pagamento dei debiti pregressi al 31/12/2012 degli enti del Servizio Sanitario Regionale. L'AUSL di Imola ha ricevuto finanziamenti per circa 19 milioni di euro (9,996 milioni di euro assegnati con DGR 955/2013 e 8,906 assegnati con DGR 1532/2013) che sono stati utilizzati per pagare i debiti per fornitori di beni e servizi e conseguentemente sono stati ridotti i tempi di pagamento che da 240 giorni al 31/12/2012 sono passati a 90 giorni al 31/12/2013.

I crediti evidenziano una variazione positiva di 2,692 milioni di euro (+) e riguardano principalmente crediti verso la Regione E-R e crediti verso aziende sanitarie della Regione.

Il risultato della gestione extracorrente è determinato come saldo dei risultati della gestione degli investimenti e dei finanziamenti rispettivamente pari a -4,696 milioni di euro e 712 mila euro e riflette principalmente operazioni legate all'applicazione dei piani investimenti dell'AUSL di Imola.

I contributi ripiano perdite ammontano a 20,616 milioni di euro. Tale flusso è da leggere in correlazione alla variazione dei debiti di cui sopra. Si tratta di contributi per ripiani perdite esercizi pregressi, assegnati e incassati nel corso del 2013 per circa 19 milioni di euro (9,996 milioni di euro assegnati con DGR 955/2013 e 8,906 assegnati con DGR 1532/2013), che hanno consentito di ripianare perdite portate a nuovo dall'esercizio 2001 al 2005. Tale liquidità ha consentito di pagare i fornitori e di ridurre i tempi di pagamento. Nel 2013 sono stati assegnati ulteriori contributi per ripiani perdite per la copertura di perdite pregresse derivanti da ammortamenti anni 2001 e 2011 per 1,714 milioni di euro come da DGR 2137/2013 avente ad oggetto "Provvedimenti in ordine al finanziamento sanitario corrente per l'anno 2013 in applicazione dell'art.20, comma 2, lett. A del D.Lgs 118/2011".

In Tabella 2.9 si riportano i tempi medi di pagamento delle principali categorie di fornitori. L'indicatore va letto in correlazione con quello precedente che esprime la dinamica finanziaria dell'azienda e le cause che hanno portato a generare più o meno risorse nei periodi presi in esame. I tempi medi di pagamento evidenziano un andamento decrescente nel triennio 2011-2013, con particolare evidenza nel 2013, in quanto, grazie alle rimesse straordinarie erogate dalla Regione nel 2013, in applicazione delle disposizioni del DL 35/2013, è stato possibile ridurre i tempi di pagamento dei fornitori per beni e servizi passando da 240 giorni a 90 giorni.

Tabella 2.9 - Tempi di pagamento in giorni dei fornitori della AUSL di Imola. Periodo 2011-2013

Ritardi medi nei pagamenti	2011	2012	2013
Beni economici	330	240	90
Prodotti farmaceutici	330	240	90
Servizi in appalto	330	150	90
Farmaceutica convenzionata	30	30	30
Case di Cura	150	150	120
Assistenza termale	180	180	90
Cooperative sociali	60	90	90
Enti Gestori Case Protette	60	90	90
Protesica	330	170	90
Attrezzature	280	120	90

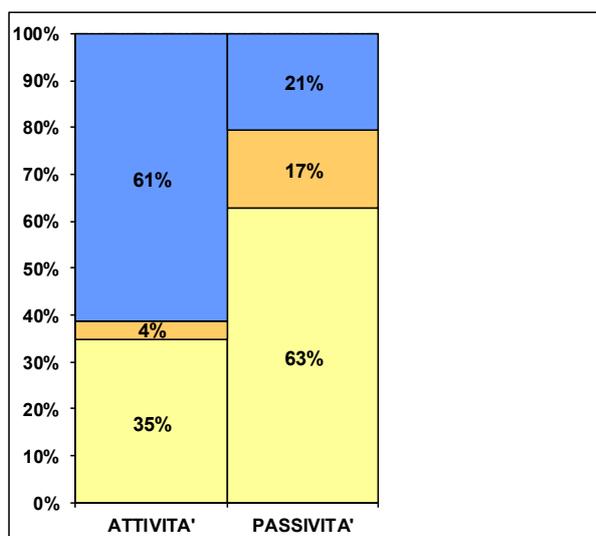
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

Gli indicatori che seguono sono volti a misurare la solidità patrimoniale dell'azienda attraverso l'esame della struttura degli investimenti, delle dinamiche che caratterizzano gli stessi, dei finanziamenti aziendali e delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti.

A tal fine si è fatto riferimento al riclassificato in chiave finanziaria, elaborato dalla Regione, che esprime i valori in base al tempo di realizzo monetario. In Figura 2.10 si riporta una sintesi dei dati tratti dallo Stato Patrimoniale riclassificato dalla RER.

Figura 2.10 - Stato Patrimoniale riclassificato AUSL di Imola. Periodo 2011-2013

ATTIVITA'	AUSL Imola 2011	AUSL Imola 2012	AUSL Imola 2013	AUSL Imola 2011	AUSL Imola 2012	AUSL Imola 2013	PASSIVITA'
Liquidità immediate e differite	36,8%	35,5%	34,7%	77,0%	75,3%	62,7%	Finanziamenti a breve
Scorte	3,0%	3,6%	3,9%	16,2%	16,6%	16,8%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	60,3%	60,9%	61,4%	6,8%	8,0%	20,5%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	100%	100%	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

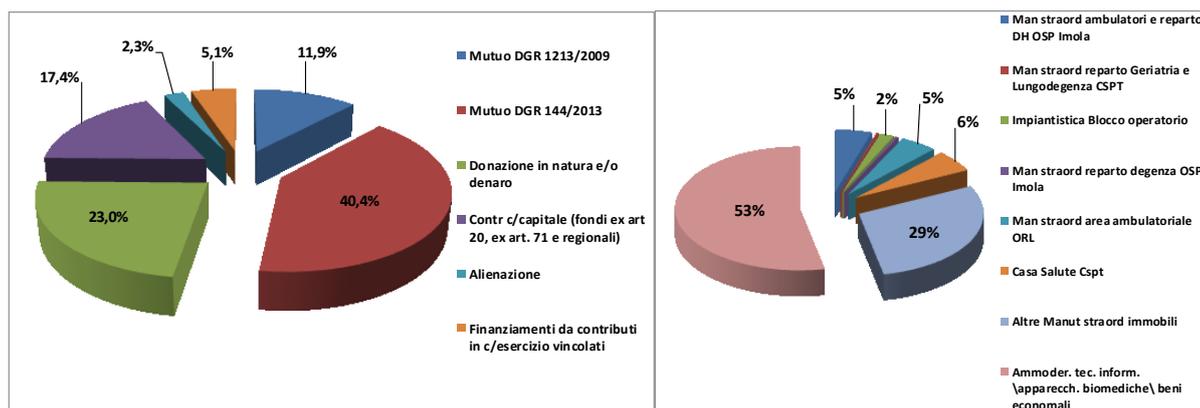


L'analisi del triennio preso a riferimento evidenzia un miglioramento nella struttura patrimoniale dell'azienda grazie all'incremento dell'incidenza del Patrimonio Netto che passa dal 6,8% nel 2011 al 20,5% nel 2013. Le cause sono da ricercarsi, in parte, nei risultati d'esercizio 2012 e 2013 in pareggio e quindi nell'arresto dell'accumularsi di perdite d'esercizio autorizzate dalla Regione e in parte nell'assegnazione dei contributi ripiano perdite avvenuti nel corso del 2013 per complessivi 20,616 milioni di euro che hanno contribuito a ricostituire il valore del Patrimonio Netto, la cui liquidità è stata utilizzata per pagare i debiti verso fornitori per beni e servizi con conseguente riduzione dell'incidenza dei finanziamenti a breve.

Di seguito, in Figura 2.11, il riepilogo degli investimenti realizzati nel 2013 "Piano degli investimenti" e la ripartizione delle fonti di finanziamento e delle macro aree di intervento.

Figura 2.11 - Consuntivo 2013 Piano degli Investimenti dell'AUSL di Imola e fonti di finanziamento

	Descrizione intervento	Mutuo DGR 1213/2009	Mutuo DGR 144/2013	Donazione in natura e/o denaro	Contr. c/capitale (fondi ex art 20, ex art. 71 e regionali)	Alienazione	Finanziamenti da contributi in esercizio vincolati	TOTALE
2013/1	"Manutenzione straordinaria per la realizzazione di ambulatori e reparto DH Ospedale di Imola" Intervento H30 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 1° stralcio)				€ 156.412			€ 156.412
	TOTALE				€ 156.412			€ 156.412
2013/2	"Intervento di manutenzione straordinaria per la realizzazione reparto di degenza Ospedale di Imola" intervento H 31 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 1° stralcio)				€ 11.571			€ 11.571
	TOTALE				€ 11.571			€ 11.571
2013/3	"Intervento di adeguamento impiantistico blocco operatorio" Intervento L21 (Programma regionale investimenti in sanità)				€ 60.452			€ 60.452
	TOTALE				€ 60.452			€ 60.452
2013/4	"Realizzazione della Casa della salute nel polo sanitario di Castel San Pietro Terme - 2° stralcio" Intervento M15 (Programma Regionale investimenti in sanità)				€ 186.490			€ 186.490
	TOTALE				€ 186.490			€ 186.490
2013/5	"Interventi di manutenzione straordinaria per adeguamento normativo" Intervento M16 (Programma Regionale investimenti in sanità)				€ 152.797			€ 152.797
	TOTALE				€ 152.797			€ 152.797
2013/6	Intervento di manutenzione straordinaria cabina elettrica presso Ospedale di Imola		€ 381.660					€ 381.660
	TOTALE		€ 381.660					€ 381.660
2013/7	Interventi di manutenzione straordinaria area ambulatoriale ORL	€ 161.747						€ 161.747
	TOTALE	€ 161.747						€ 161.747
2013/8	Ammodernamento tecnologico apparecchiature biomediche	€ 5.976	€ 281.313	€ 578.871			€ 11.472	€ 877.631
	TOTALE	€ 5.976	€ 281.313	€ 578.871			€ 11.472	€ 877.631
2013/9	Ammodernamento tecnologie informatiche							
	Attrezzature informatiche		€ 89.433	€ 8.950			€ 4.595	€ 102.977
	Software		€ 325.690				€ 89.771	€ 415.461
	TOTALE		€ 415.122	€ 8.950			€ 94.366	€ 518.438
2013/10	Ammodernamento arredi - beni economici	€ 100.164	€ 30.236	€ 173.698	€ 218		€ 63.552	€ 367.868
	TOTALE	€ 100.164	€ 30.236	€ 173.698	€ 218		€ 63.552	€ 367.868
2013/11	"Intervento di manutenzione straordinaria reparto di geriatria e lungo degenza Ospedale di Imola" Intervento AP 47 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio)				€ 7.935			€ 7.935
	TOTALE				€ 7.935			€ 7.935
2013/12	Interventi di manutenzione straordinaria cumulativi presso i presidi ospedalieri	€ 128.190	€ 229.412			€ 74.715		€ 432.317
	TOTALE	€ 128.190	€ 229.412			€ 74.715		€ 432.317
	TOTALE GENERALE	€ 396.077	€ 1.337.743	€ 761.519	€ 575.874	€ 74.715	€ 169.389	€ 3.315.318
	%	11,9%	40,4%	23,0%	17,4%	2,3%	5,1%	100,0%



2.2 Impatto sociale ed ambientale

2.2.1 Lasciti e donazioni

Nel 2013 il valore di donazioni e lasciti da parte di cittadini, imprese ed istituti bancari ammonta a circa € 930.000. Le donazioni in denaro da parte dei cittadini risultano pari a € 115.578. Tra queste donazioni, circa € 9.000, devoluti a favore del reparto di Oncologia di Imola, derivano da erogazioni liberali giunte da tutta Italia in memoria dello scomparso Prefetto Antonio Manganelli, Capo della Polizia di Stato, seguito in una delle fasi della sua malattia dall'Oncologia di Imola.

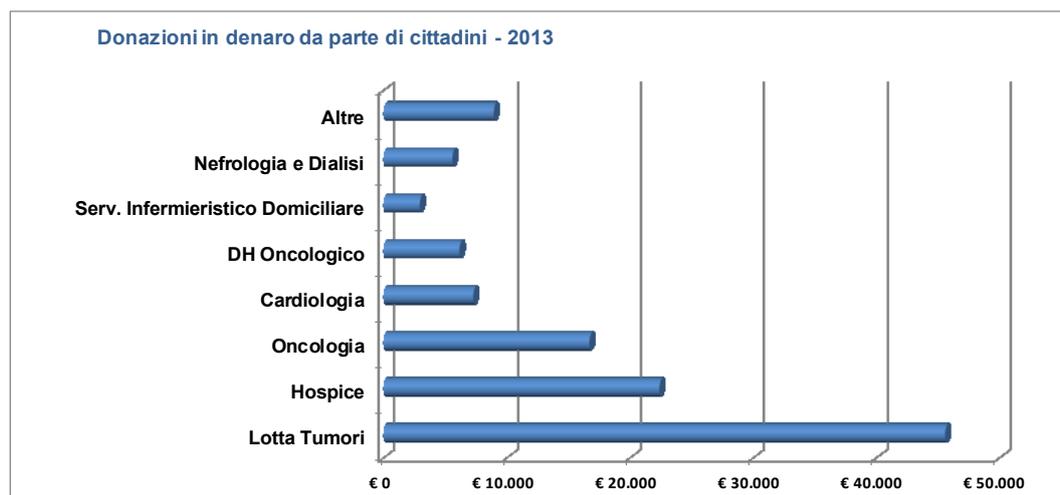
Con tali fondi sono state acquisite strumentazioni per l'Oncologia e nell'occasione è stata organizzata all'Ospedale Santa Maria della Scaletta una cerimonia commemorativa e di ringraziamento a cui ha partecipato la famiglia del Prefetto. Va, inoltre, ricordato il lascito testamentario di Benedetta Baroni per un importo di € 344.890.

Tra le donazioni dei soggetti istituzionali si segnala il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Imola per finanziare la consegna referti a domicilio (€ 75.500) e il finanziamento per l'acquisto di nuove attrezzature (laser chirurgico, microscopio operatorio, defibrillatori, HW per apparecchi di sala operatoria) per un valore di € 216.666.

In Figura 2.12 si riporta il valore delle donazioni e dei contributi con il grafico sulla distribuzione delle donazioni in denaro da parte dei cittadini verso i Servizi/Unità operative.

Figura 2.12 - Lasciti, donazioni e contributi verso l'AUSL di Imola. Periodo 2011-2013

Lasciti e donazioni	2011	2012	2013
Donazioni di beni a patrimonio da parte di cittadini	€ 182.070	€ 224.179	€ 150.545
Donazioni in denaro da parte di cittadini	€ 101.143	€ 99.550	€ 115.578
Donazioni e contributi da parte di soggetti istituzionali (Fondazioni, Banche, Aziende, ecc.) e lasciti testamentari	€ 509.855	€ 545.800	€ 673.555



2.2.2 Uso razionale dell'energia ed il rispetto ambientale

L'AUSL di Imola, nel 2013, ha mantenuto un costante impegno sul fronte della gestione energetica al fine di perseguire, secondo gli indirizzi nazionali e regionali, un razionale consumo delle utenze di gas, energia elettrica, acqua potabile e teleriscaldamento. L'azienda ha aderito alla convenzione stipulata dall'Agenzia regionale Intercent-ER per la fornitura di energia elettrica e gas metano ed ha rinnovato, rinegoziandone il prezzo, con HERA Spa il contratto di fornitura del teleriscaldamento.

Teleriscaldamento. A seguito del rinnovo del contratto di teleriscaldamento con il fornitore si sono perseguiti miglioramenti gestionali con positive ricadute dal lato economico. I principali vantaggi risiedono nella cogenerazione e nell'eliminazione dei costi di manutenzione agli impianti. L'accordo sottoscritto dall'AUSL di Imola con Hera, che prevede la fatturazione dei consumi al livello tariffario più basso, ha consentito nel 2013 una diminuzione di spesa di € 42.850 rispetto al budget di previsione.

Elettricità. I contratti di approvvigionamento, suddivisi fra utenze in bassa tensione e utenze in media tensione, derivano dagli accordi stipulati a livello regionale da Intercent-ER. L'utilizzo di energia elettrica, oltre ai normali scopi per illuminazione, funzionamento delle attrezzature sanitarie e raffrescamento aree di degenza, a luogo anche per il raffrescamento/riscaldamento della struttura Lolli che, tramite pompe di calore ad aria, ottimizza i consumi rispetto alle caldaie tradizionali. Nel 2013 si è registrata una riduzione di spesa rispetto al 2012 di € 54.610.

Acqua. Il consumo di acqua presso le strutture dell'azienda, nel 2013, ha registrato un aumento determinato, oltre ai normali utilizzi, all'impiego di acqua legato al condizionamento. Nel 2013 la spesa per acqua, a livello aziendale, ha visto un aumento di circa € 50.000.

2.3 Livelli essenziali di assistenza

2.3.1 Costo pro-capite per livelli di assistenza

Si propongono in forma tabellare i valori del costo pro-capite ponderato, nel periodo 2011-2012, a confronto con la media regionale. Il costo pro-capite rappresenta l'espressione delle risorse destinate al soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione calcolato come rapporto tra il costo per livello e sub livello di assistenza e la popolazione utilizzata per il finanziamento del livello stesso. Nei costi riportati in tabella sono compresi i costi delle attività del FRNA.

Il costo pro-capite 2012 risulta in incremento rispetto al 2011 in particolare sul livello ospedaliero e distrettuale. Tale scostamento è riconducibile quasi esclusivamente ai seguenti fattori: a) applicazione regionale di nuovi criteri di ribaltamento sulle aziende, in relazione all'indice di dipendenza, di costi di livello comune di area vasta delle aziende ospedaliere; b) nuovi adempimenti contabili (D.Lgs 118/2011) che introducono l'obbligo a maggiori accantonamenti a Fondo Rischi ed un incremento delle sopravvenienze passive e della svalutazione crediti.

Tabella 2.14 - Costo pro-capite ponderato: AUSL di Imola e dato medio RER. Periodo 2011-2012

Costo pro-capite AUSL Imola / RER	2011	2012	Var. ass. 2012 - 2011	Var. % 2012 - 2011
AUSL IMOLA	€ 1.846,28	€ 1.865,27	€ 18,99	1,03%
MEDIA AZIENDE RER	€ 1.856,19	€ 1.846,06	-€ 10,13	-0,55%

Il costo pro-capite viene presentato in Tabella 2.15 per singolo livello di assistenza LEA.

Tabella 2.15 - Costo pro-capite per LEA: AUSL di Imola e dato medio RER. Periodo 2011 - 2012

LEA	AUSL IMOLA				RER			
	2011	2012	Var. 2012/2011		2011	2012	Var. 2012/2011	
	Costo pro-capite	Costo pro-capite	Var. Ass.	Var. %	Costo pro-capite	Costo pro-capite	Var. Ass.	Var. %
Sanità Pubblica	€ 59,47	€ 58,99	-€ 0,48	-0,81%	€ 56,94	€ 56,74	-€ 0,20	-0,35%
Distretto	€ 1.049,47	€ 1.051,86	€ 2,39	0,23%	€ 1.060,42	€ 1.050,82	-€ 9,60	-0,91%
Assistenza Ospedaliera	€ 732,13	€ 749,72	€ 17,59	2,40%	€ 738,83	€ 738,49	-€ 0,34	-0,05%

Di seguito i costi pro-capite relativi alla Sanità Pubblica e Distretto (Tabelle 2.16 e 2.17).

Tabella 2.16 - Costo pro-capite Sanità Pubblica per sub livelli e dato medio RER. Periodo 2011 - 2012

Costo pro-capite	AUSL IMOLA 2011	AUSL IMOLA 2012	MEDIA RER 2012	AUSL IMOLA Var. 2011-2012
Igiene e Sanità pubblica	€ 33,32	€ 32,21	€ 29,72	-€ 1,11
Tutela della salute in ambiente di lavoro e sicurezza	€ 8,50	€ 10,11	€ 8,83	€ 1,61
Sanità pubblica veterinaria	€ 15,40	€ 14,94	€ 18,19	-€ 0,46

Tabella 2.17 - Costo pro-capite Distretto per sub livelli: AUSL Imola e dato medio RER. Periodo 2011 - 2012

Costi pro-capite	AUSL IMOLA 2011	AUSL IMOLA 2012	MEDIA RER 2012	AUSL IMOLA Var. 2011-2012
Assistenza Disabili	€ 31,28	€ 37,29	€ 54,20	€ 6,01
Farmaceutica	€ 251,89	€ 231,23	€ 235,71	-€ 20,66
Neuropsichiatria Infantile	€ 122,35	€ 124,51	€ 104,58	€ 2,16
Dipendenze Patologiche	€ 26,69	€ 25,49	€ 30,17	-€ 1,20
Salute Donna	€ 34,08	€ 31,93	€ 48,71	-€ 2,15
Salute Infanzia	€ 72,94	€ 66,82	€ 86,79	-€ 6,12
Termale	€ 7,18	€ 6,79	€ 4,32	-€ 0,39
Protesica	€ 15,71	€ 16,63	€ 27,50	€ 0,92
Integrativa	€ 20,27	€ 22,58	€ 12,01	€ 2,31
ADI-Hospice	€ 138,72	€ 150,01	€ 135,31	€ 11,29
Salute Mentale Adulti	€ 86,22	€ 83,94	€ 83,86	-€ 2,28
Emergenza extraosp.	€ 35,66	€ 33,92	€ 34,35	-€ 1,74
Medicina di Base	€ 134,55	€ 131,61	€ 113,11	-€ 2,94
Assistenza Anziani	€ 754,31	€ 777,19	€ 808,07	€ 22,88
Specialistica	€ 322,39	€ 336,25	€ 329,56	€ 13,86
Assistenza Distrettuale	€ 1.049,47	€ 1.051,86	€ 1.050,82	€ 2,39

In Tabella 2.18 si riporta il finanziamento per quota capitaria assegnato all'AUSL di Imola, a confronto con il dato medio regionale.

Tabella 2.18 - Finanziamento pro-capite delle AUSL e dato medio RER. Periodo 2011-2013

AUSL IMOLA / RER	finanziamento pro-capite 2011	finanziamento pro-capite 2012	finanziamento pro-capite 2013	Var. ass. 2013-2012	Var. % 2013-2012
AUSL IMOLA	1.633,80	1.625,78	1.604,95	-20,83	-1,28%
RER	1.627,91	1.610,84	1.597,80	-13,04	-0,81%

Si prosegue, nei paragrafi successivi, con un'analisi dei livelli di assistenza per aree d'offerta:

- [**assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro**](#)
- [**assistenza distrettuale**](#)
- [**assistenza ospedaliera.**](#)

Per ciascuna vengono presentati gli indici di consumo e i volumi di attività a confronto coi valori medi regionali, prendendo a riferimento di norma l'ultimo triennio.

In alcuni casi, quando l'ultimo dato disponibile dalla Regione è relativo all'anno 2012, vengono riportati i dati del 2013 che originano da fonti aziendali.

2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Programmi regionali di *screening*. L'AUSL di Imola continua a rispettare gli obiettivi relativi ai tre *screening* oncologici, in termini di avanzamento del programma e di adesione all'invito esteso anche alla popolazione non residente e domiciliata.

Tabella 2.19 – Indicatori di attività degli *screening* per la prevenzione dei tumori e confronto con la media RER. Periodo 2011-2013

Programmi regionali <i>screening</i> : prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto		2011		2012		2013 (*)	
		IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
% Avanzamento Programma	Screening tumore collo dell'utero	117,1%	114,1%	88,5%	113,2%	100,0%	99,2%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	70,1%	76,8%	100,0%	86,3%	99,6%	90,0%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	149,5%	116,3%	100,0%	106,4%	100,0%	96,0%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	123,6%	102,3%	110,8%	95,2%	100,0%	96,5%
	Screening Colon Retto	73,7%	99,9%	119,1%	106,6%	93,9%	93,6%
% Adesione a invito	Screening tumore collo dell'utero	60,8%	58,4%	62,0%	56,9%	63,9%	59,7%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	81,2%	70,7%	68,3%	65,8%	73,7%	69,1%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	73,6%	68,0%	61,0%	73,3%	71,2%	71,7%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	74,3%	65,3%	55,2%	71,3%	69,3%	70,0%
	Screening Colon Retto	56,1%	49,4%	52,9%	53,2%	57,4%	55,0%

(*) Il dato 2013 non è definitivo

A partire da marzo 2010 lo *screening* per la diagnosi precoce del tumore alla mammella è stato esteso, in tutta la regione, anche alle donne di fascia di età tra i 45-49 e 70-74 anni.

Vaccinazioni infantili. Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili, l'AUSL di Imola mantiene valori di copertura elevati e in molti casi superiori alla media regionale, così come il tasso di copertura vaccinale contro il meningococco (a 24 mesi).

Tabella 2.20 - Tasso di copertura per vaccinazioni nei bambini e confronto RER. Periodo 2010-2013

Copertura vaccinale infanzia	2010		2011		2012		2013 (*)	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Poliomielite	97,8%	96,7%	98,4%	96,5%	98,3%	96,3%	97,0%	n.d.
Morbillo	96,2%	92,9%	96,7%	92,9%	95,0%	92,6%	94,0%	n.d.
Emofilo (HIB)	96,5%	96,0%	97,5%	95,4%	95,0%	95,4%	96,4%	n.d.
Pertosse	97,7%	96,4%	98,3%	96,2%	98,1%	96,0%	96,9%	n.d.

(*) Dato 2013, ricavato da fonti interne, non è definitivo

Tabella 2.21 - Tasso copertura meningococco per vaccinazione a 24 mesi e 16 anni. Periodo 2010-2013

Tasso copertura meningococco	Copertura vaccinale al 24° mese				Copertura vaccinale a 16 anni			
	2010	2011	2012	2013 (*)	2010	2011	2012	2013 (*)
IMOLA	93,3%	94,3%	95,1%	92,7%	86,9%	90,1%	91,2%	90,3%
Media RER	92,3%	92,5%	92,2%	n.d.	76,3%	78,7%	80,4%	n.d.

(*) Dato 2013, ricavato da fonti interne, non è definitivo

La campagna per la promozione della vaccinazione HPV nelle ragazze dodicenni ha consolidato buoni risultati in termini di copertura, come negli anni scorsi. L'85,3% delle nate nel 2001 ha completato il ciclo vaccinale (3 dosi) e l'89% ha cominciato il ciclo con almeno una dose.

Tabella 2.22 - Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1997-2001 al 30/06/2013

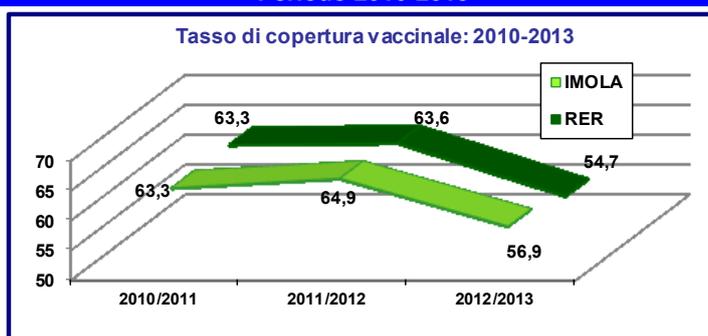
Copertura vaccinale HPV	Coorti di nascita (*)									
	1997		1998		1999		2000		2001	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)
Imola	96,5	94,3	88,8	86,8	85,2	81,6	84,6	82,4	89,1	85,3
RER	78,4	75,6	79,2	76,0	76,2	72,9	77,3	73,4	74,3	50,7

(*) Coorte di nascita con offerta gratuita su presentazione spontanea

Vaccinazione antinfluenzale. I dati sulla campagna vaccinale 2012/2013 confermano il trend regionale di flessione rispetto agli anni precedenti.

In riferimento alla nostra popolazione anziana *over 65* i vaccinati sono stati complessivamente 22.461 per un tasso di copertura pari al 56,9% *vs* il 54,7% della Regione.

Grafico 2.23 - Tasso di copertura nei over 65 anni dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2010-2013



Attività di prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro. L'attività di vigilanza, rappresentata in Tabella 2.24, mostra un andamento delle imprese controllate e sanzionate in linea con il trend regionale.

Tabella 2.24 - Imprese esistenti, controllate e con infrazione e confronto RER. Periodo 2011-2013

Controlli sugli ambienti di lavoro		2011	2012	2013
AUSL Imola	Unità produttive esistenti	5.801	5.723	5.717
	Unità produttive controllate	556	631	525
	Unità produttive sanzionate	123	73	86
RER	Unità produttive esistenti	213.470	210.986	209.956
	Unità produttive controllate	22.369	22.319	21.595
	Unità produttive sanzionate	3.357	2.826	2.504

Controlli sugli ambienti di lavoro		2011	2012	2013
AUSL Imola	% Unità controllate su esistenti	9,6	11,0	9,2
	% Unità sanzionate su controllate	22,1	11,6	16,4
RER	% Unità controllate su esistenti	10,5	10,3	10,3
	% Unità sanzionate su controllate	15,0	12,7	11,6

Sul territorio imolese sono presenti 988 aziende di ristorazione e 392 aziende di trasformazione alimentare. Di seguito, in Tabella 2.25, le percentuali delle aziende controllate sulle esistenti, e delle sanzionate sulle controllate, a confronto con il dato medio regionale.

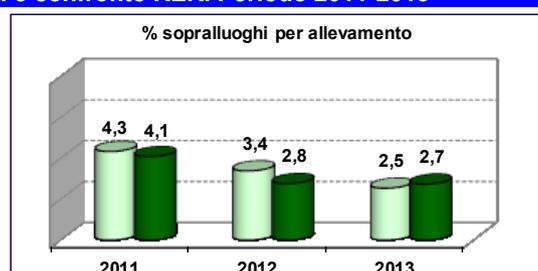
Tabella 2.25 - % aziende alimentari e di ristorazione controllate e con infrazioni e confronto RER. Periodo 2011-2013

% Aziende di Ristorazione e Alimentari			2011	2012	2013
Aziende di Ristorazione	AUSL Imola	% Aziende controllate su esistenti	39,1	29,4	27,6
		% Aziende con infrazioni su controllate	25,3	36,6	51,6
	RER	% Aziende controllate su esistenti	26,4	26,1	25,0
		% Aziende con infrazioni su controllate	34,3	22,4	31,0
Aziende di trasformazione alimenti	AUSL Imola	% Aziende controllate su esistenti	32,3	33,5	27,2
		% Aziende con infrazioni su controllate	27,2	48,1	38,3
	RER	% Aziende controllate su esistenti	31,0	31,5	32,0
		% di Aziende con infrazioni su controllate	37,6	22,7	30,0

In Figura 2.26 i dati relativi al numero di sopralluoghi per allevamento e il confronto con i dati regionali.

Figura 2.26 - Sopralluoghi negli allevamenti e confronto RER. Periodo 2011-2013

Controlli sugli allevamenti		2011	2012	2013
AUSL Imola	Allevamenti esistenti	753	888	1.070
	Sopralluoghi effettuati	3.273	3.010	2.723
	% sopralluoghi per allevamento	4,3	3,4	2,5
RER	Allevamenti esistenti	27.193	31.821	31.993
	Sopralluoghi effettuati	111.243	88.098	87.825
	% sopralluoghi per allevamento	4,1	2,8	2,7



2.3.3 Assistenza distrettuale

L'AUSL di Imola opera a livello territoriale mediante una articolazione di **63 strutture a gestione diretta** e **37 strutture convenzionate accreditate**. In Tabella 2.26 le strutture suddivise per tipologia e settore di intervento.

Tabella 2.26 – Strutture territoriali a gestione diretta e convenzionate per tipologia di attività. Anno 2013

Tipologia strutture a gestione diretta	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Attività laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza tossicodipendenti	Assistenza ai malati terminali	TOTALE
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	2	1	1	12	7	1		24
AMBULATORIO E LABORATORIO	18	8	8					34
STRUTTURA RESIDENZIALE					1		1	2
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					2	1		3
TOTALE	20	9	9	12	10	2	1	63
Tipologia strutture convenzionate	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Assistenza psichiatrica	Assistenza tossicodipendenti	Assistenza idrotermale	Assistenza anziani	Assistenza disabili fisici	TOTALE
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE					1			1
AMBULATORIO E LABORATORIO	4	4						8
STRUTTURA RESIDENZIALE			4	2		11	3	20
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE						3	5	8
TOTALE	4	4	4	2	1	14	8	37

Assistenza residenziale e semi-residenziale. Le strutture **residenziali a gestione diretta** hanno una dotazione di **102 PL**, di cui **90** assegnati all'**assistenza psichiatrica**.

La presa in carico di pazienti con disturbi psichiatrici in ambito ambulatoriale e domiciliare e la maggiore domanda di residenzialità per bisogni sociali, hanno richiesto, fatta eccezione per le strutture "Pascola" e "Franco Basaglia", di riservare alcuni posti a bisogni di carattere sociale, secondo quanto programmato con l'ASP. Si evidenziano, inoltre, **12 PL** presso l'**Hospice** di Castel San Pietro Terme. Le strutture **semiresidenziali** contano **36 posti**, di cui **21** in ambito **psichiatrico** e **15** presso il **Centro Diurno per tossicodipendenti**.

Tabella 2.27 – Strutture residenziali a gestione diretta per tipologia assistenza e posti. Anno 2013

STRUTTURE RESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA	TIOLOGIA ASSISTENZA	POSTI LETTO 01/01/2013
Residenza Sanitaria Psichiatrica Trattamento Intensivo	Psichiatrica	12
Residenza Psichiatrica Casa Basaglia	Psichiatrica	15
Residenza Psichiatrica La Pascola	Psichiatrica	15
Residenza Psichiatrica Ca' del Vento	Psichiatrica	16
Residenza Psichiatrica Albatros	Psichiatrica	14
Residenza Psichiatrica Pampera	Psichiatrica	7
Residenza Psichiatrica Samarcanda	Psichiatrica	11
Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice CSPT	Hospice - Cure Palliative	12
TOTALE		102
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA	TIOLOGIA ASSISTENZA	POSTI
Centro Diurno Psichiatrico	Psichiatrica	15
Day Hospital Territoriale - Day Service Psich.	Psichiatrica	6
Centro Diurno Arcobaleno - SERT	Tossicodipendenza	15
TOTALE		36

Sono **44 i posti residenziali sanitari accreditati** dalla Regione per la **salute mentale adulti**, di cui 14 gestiti direttamente dal DSM e 30 dalle cooperative sociali.

Le strutture residenziali gestite da privato sociale e accreditate, per soggetti dipendenti da sostanze d'abuso (**Dipendenze patologiche**), presentano una dotazione di **51 PL**.

In Tabella 2.28 si evidenzia la dotazione posti nelle strutture **convenzione accreditate** per gli **anziani**, di cui **509 PL** accreditati residenziali e **52 PL** accreditati semiresidenziali.

Tabella 2.28 – Strutture convenzionate per l'assistenza anziani e posti disponibili. Anno 2013

STRUTTURE RESIDENZIALI	POSTI RESIDENZIALI AUTORIZZATI 01/01/2013	DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI
CASA PROTETTA MEDICINA	57	48
CASA CASSIANO TOZZOLI IMOLA	44	44
CASA PROTETTA COMUNALE LA COCCINELLA CSPT	82	78
CASA PROTETTA TOSCHI DOZZA	25	16
OPERA SANTA MARIA TOSSIGNANO	43	43
CASA RIPOSO INABILI LAVORO IMOLA	144	138
VILLA ARMONIA IMOLA	38	27
RSA DI MEDICINA	40	15
RSA FIORELLA BARONCINI IMOLA	70	70
CASA PROTETTA S. ANTONIO ABATE FONTANELICE	30	30
TOTALE	573	509
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	POSTI RESIDENZIALI AUTORIZZATI	DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI
CENTRO DIURNO PER ANZIANI CSPT	16	16
CENTRO RESID. PER ANZIANI VITA INSIEME MEDICINA	16	16
CENTRO DIURNO ANZIANI G. TOZZOLI IMOLA	20	20
TOTALE	52	52

(*) Di cui n. 2 posti accreditati con AUSL BO

La dotazione posti per l'assistenza ai **disabili** è di **35 PL residenziali** e **80 posti semiresidenziali**. La Tabella 2.29 mostra gli indicatori sui posti disponibili per 1.000 abitanti residenziali e semiresidenziali, nel triennio 2011 – 2013, a confronto con l'indicatore regionale.

Per gli anziani l'indicatore è calcolato sulla popolazione anziani > 74 (16.012), per i disabili sulla popolazione totale (133.408 al 1/1/2013).

Tabella 2.29 - Assistenza residenziale e semiresidenziale: posti per 1.000 ab. e confronto RER. Periodo 2011-2013

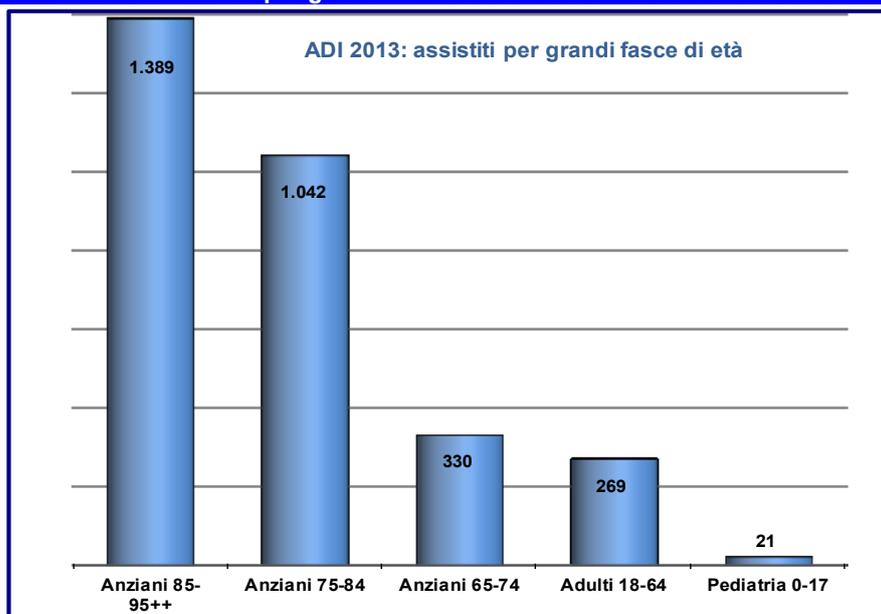
Assistenza residenziale	2011		2012		2013	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Anziani (>74)	32,1	30,2	31,6	29,8	31,8	29,7
Disabili	0,17	0,51	0,26	0,53	0,26	0,54
Assistenza semi-residenziale	2011		2012		2013	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Anziani (>74)	3,3	6,1	3,2	5,8	3,2	5,7
Disabili	0,62	0,97	0,61	1,00	0,60	1,03

Assistenza domiciliare integrata (ADI). In riferimento ai criteri regionali (Circolare Flusso Informativo Repetto SI-ADI- 15/2009 ed integrazioni) l'oggetto della rilevazione è ciascun "episodio" o periodo di cura di assistenza domiciliare reso al singolo paziente (TAD o presa in carico). La rilevazione del flusso comprende l'assistenza sociale a rilievo sanitario, l'assistenza infermieristica e l'assistenza integrata a bassa, media ed alta intensità. Sono esclusi tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale della persona" (D.M. 17/12/2008) ed escono dal flusso regionale anche le prestazioni occasionali, cioè quelle prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali che prevedono l'intervento del professionista e si concludono con una prestazione, pertanto non necessitano di un piano personalizzato di assistenza e di una valutazione multidimensionale (esempio: medicazioni semplici post intervento; ECG; clistere; rimozione catetere; terapie intramuscolari o infusionali; visite specialistiche; visita ospedaliera e/o valutazione senza successiva presa in carico; consulenze; ecc.).

Tali prestazioni, anche se non rientrano nel conteggio delle tabelle, costituiscono un volume di prestazioni importante che, nel 2013, si attesta a 4.239 prestazioni occasionali, in linea con il 2012 (4.176). Detto ciò, si evidenzia che per ADI si intende una modalità di assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata al domicilio del paziente in modo continuato ed integrato attraverso la predisposizione di un piano personalizzato di assistenza e una valutazione multidimensionale.

Si tratta, infatti, dell'insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e assistenziali erogate presso il domicilio di pazienti affetti da gravi patologie, in condizioni di non autosufficienza o malati terminali. Il Grafico 2.30 evidenzia la distribuzione dei pazienti per grandi fasce di età, dove gli "anziani 65 e oltre" si rappresentano in fasce intermedie per mostrare come l'assistenza domiciliare venga usufruita in misura preponderante dal target "Grandi anziani" (over 75).

Grafico 2.30 – ADI per grandi fasce d'età nella AUSL Imola. Anno 2013



Le tabelle riportano i dati sugli "episodi di presa in carico": si riportano i volumi per l'anno 2013 con il dato regionale e la quota sul totale complessivo regionale; le successive tabelle mostrano la distribuzione percentuale per tipologia e livello (intensità) di assistenza, in riferimento all'ultimo triennio e a confronto con la media regionale.

Tabella 2.31 – Prese in carico per tipologia di assistenza e confronto RER. Anno 2013

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	2013		Imola/ RER
	IMOLA	RER	
MEDICINA GENERALE	1.947	64.865	3,0%
INFERMIERISTICA	2.398	55.947	4,3%
SOCIO-SANITARIA	194	3.359	5,8%
ASSOCIAZIONI NO PROFIT	15	1.554	1,0%
TOTALE	4.554	125.725	3,6%

Tabelle 2.32 – % prese in carico per tipologia e livello di assistenza a confronto RER. Periodo 2011-2013

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
MEDICINA GENERALE	41,1%	54,0%	41,4%	53,0%	42,8%	51,6%
INFERMIERISTICA	44,5%	41,8%	49,4%	42,8%	52,7%	44,5%
SOCIO-SANITARIA	14,4%	3,0%	9,0%	3,1%	4,3%	2,7%
ASSOCIAZIONI NO PROFIT	0,0%	1,2%	0,2%	1,1%	0,3%	1,2%

LIVELLO ASSISTENZIALE	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
BASSA	58,3%	62,2%	64,7%	63,2%	68,7%	65,3%
MEDIA	16,1%	26,3%	13,1%	26,0%	12,1%	24,5%
ALTA	25,6%	11,5%	22,2%	10,9%	19,2%	10,2%

La Tabella 2.33 rappresenta, invece, tutta l'attività di sola assistenza infermieristica domiciliare erogata, comprensiva di quella occasionale.

Tabella 2.33 – Assistenza infermieristica nei programmi di cure domiciliari. Periodo 2011-2013

ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI PROGRAMMI DI CURE DOMICILIARI	2011	2012	2013	Var.% 2012-2013
PAZIENTI ASSISTITI	3.822	4.080	4.151	2%
ACCESSI (assistenza continuativa + prestazioni occasionali)	53.597	53.544	53.039	-1%
MEDIA ACCESSI PER ASSISTITO	14	13	13	-
PRESTAZIONI	80.485	79.328	76.584	-3%
MEDIA PRESTAZIONI PER ASSISTITO	21	19	18	-

Hospice. L'Hospice Centro Residenziale di Cure Palliative, presso lo stabilimento di Castel San Pietro Terme, è attivo con 12 PL. In tabella i dati di attività: degenza media, percentuale deceduti su dimessi e confronto col dato medio regionale.

Tabella 2.34 - Posti letto, degenza media Hospice e confronto RER. Periodo 2011-2013

HOSPICE	2011		2012		2013	
	AUSL IMOLA	RER	AUSL IMOLA	RER	AUSL IMOLA	RER
Posti letto	12	248	12	273	12	283
Degenza media	18,3	18,6	19,1	18,3	21,6	18,0
Pazienti dimessi	204	4.100	208	4.699	189	5.127
% deceduti sul tot. Dimessi	82,4%	74,9%	79,3%	75,2%	77,3%	76,5%

In riferimento all'articolazione organizzativa sono proseguite le attività finalizzate a garantire l'erogazione delle cure palliative residenziali e l'attività di consulenza ospedaliera e domiciliare nell'ambito della Rete aziendale delle Cure Palliative. E' stata potenziata l'attività di accoglienza e supporto alle famiglie coi Progetti "In viaggio verso l'Hospice" ed "Incontriamo le famiglie" che prevede, al momento dell'ingresso, un incontro con i familiari dei pazienti condotto dalla Psicologa e dal Medico dell'Hospice. Nel 2013 è stato adottato il nuovo applicativo aziendale per la gestione dei ricoveri e sono stati implementati i dati della scheda di dimissione (SDHS), in coerenza con quanto richiesto dal DM 6 giugno 2012 del Ministero della salute.

Consultori Familiari. L'analisi si basa sui dati che confluiscono nel flusso informativo regionale SICO, partito a luglio 2011. I dati 2012 - primo anno completo di rilevazione nell'ambito del suddetto flusso - sono disponibili sul sito regionale con l'avvertenza, in particolare per il dato regionale, che potrebbero risentire di problemi di completezza e qualità, in quanto alcune aziende hanno inviato dati incompleti, o non hanno attribuito correttamente le attività. Non sono disponibili da parte regionale i dati 2013, pertanto quelli riportati sono stati estratti ed elaborati sul Datawarehouse aziendale in base ai criteri del flusso del sistema informativo regionale (SICO). L'anagrafe delle strutture censisce l'attività articolata nelle seguenti sedi consultoriali: Consultorio Familiare (4), Spazio Giovani (3), Spazio Donne immigrante e loro Bambini (1).

Le informazioni raccolte, secondo i criteri regionali, sono riconducibili alle seguenti tipologie:

- Rilevazione dati individuali (informazioni su utenti, coppia e famiglia)
- Prestazioni individuali (si intendono quelle erogate al singolo, alla coppia e alla famiglia)
- Prestazioni di gruppo (erogate a gruppi di utenti)

Nel 2013 il totale degli utenti in carico in tutte le sedi è stato di 5.426 vs i 5.518 del 2012 (-1,7%). Nelle Tabelle 2.35 si riportano: l'utenza totale e i tassi di copertura nell'ambito della "Salute donna". Il dato medio regionale per l'esercizio 2013 non è disponibile per i motivi sopra esposti.

Tabella 2.35 – Dati utenza e tassi di copertura area “Salute donna” con confronto RER. Periodo 2012-2013

Utenza	2012	2013	Var.	Var. %
Utenti totali in carico	5.518	5.426	-92	-1,7%
Donne in gravidanza seguite dai consultori familiari (*)	428	573	145	25,3%
Donne immigrate seguite in gravidanza	219	322	103	32,0%
Donne in carico ai consultori familiari - Ostetricia e Ginecologia	5.126	5.015	-111	-2,2%
Donne in carico ai consultori familiari - Psicologia	327	329	2	0,6%

(*)"Gravide in carico al CF": donne che hanno cartella ostetrica del ginecologo aperta

Tassi di copertura	2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER
% donne in gravidanza seguite dai consultori familiari su totale "nati vivi"	40,2%	42,0%	49,2%	n.d.
% donne immigrate seguite in gravidanza su totale donne in gravidanza seguite	45,2%	55,6%	56,2%	n.d.
% donne in carico ai consultori familiari su popolazione target - Ostetricia e Ginecologia	6,1%	n.d.	6,0%	n.d.
% donne in carico ai consultori familiari su popolazione target - Psicologia	0,4%	0,2%	0,4%	n.d.

In Tabella 2.36 si riportano i volumi generali (utenti, prestazioni individuali e di gruppo) ed alcuni indicatori per ambiti di attività, con evidenza del dato regionale 2012, quando disponibile. Come già accennato, le percentuali regionali possono risentire di incompletezza e qualità, pertanto, è d’obbligo una certa cautela nei confronti.

I dati 2013, invece, provengono dalla reportistica su DWH aziendale che rileva, in base ai criteri del flusso, i volumi registrati nell’applicativo gestionale “ONAmb”, utilizzato dal servizio.

Tabella 2.36 – Utenti in carico e prestazioni del Consultorio familiare. Periodo 2012-2013

Volumi di attività	2012	2013	Var. %
Utenti in carico	5.518	5.426	-1,7%
Prestazioni individuali	18.588	18.849	1,4%
Prestazioni di gruppo	423	369	-12,8%

Prestazioni individuali per aree di attività	2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Prevenzione oncologica	5,5%	27,7%	4,5%	n.d.
Contracezione	3,2%	6,2%	2,9%	n.d.
Nascita (gravidanza e puerperio)	53,3%	n.d.	56,6%	n.d.
IVG	1,1%	2,6%	1,3%	n.d.
Menopausa	1,7%	1,7%	2,1%	n.d.
Psicologia	13,3%	3,9%	12,9%	n.d.
Specialistica ginecologica	21,7%	22,4%	19,1%	n.d.

L’analisi in Tabella 2.37 evidenzia le prestazioni individuali suddivise per figure professionali coinvolte, nel biennio 2012 – 2013.

Tabella 2.37 – Prestazioni individuali del Consultorio familiare per figure professionali. Periodo 2012-2013

TIPO OPERATORE	2012		2013	
	N.ro	%	N.ro	%
GINECOLOGA	9.301	50,0%	9.183	48,7%
OSTETRICA	6.788	36,5%	7.022	37,3%
PSICOLOGA	2.499	13,4%	2.588	13,7%
Altro	0	0,0%	56	0,3%
Totale	18.588	100%	18.849	100%

Salute Mentale. L'attività del [Dipartimento di Salute Mentale](#) viene rappresentata tramite i consueti indicatori a confronto coi valori regionali: persone trattate dal DSM, pazienti dimessi, tasso di ospedalizzazione

Tabella 2.38 - Dipartimento di Salute Mentale. Periodo 2011-2013

DSM	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Pazienti seguiti dal DSM	2.229	75.014	2.166	75.099	2.289	75.468
Dimessi dagli SPDC per residenza	313	7.342	310	7.159	349	6.987
Tasso di ospedalizzazione x 10.000 ab. (*)	25,4	24,6	24,4	24,3	29,7	24,1
Tasso di prevalenza standardizzato Salute mentale adulti	18,6	17,4	18,0	17,2	18,2	17,2

(*) Calcolato sui dimessi dai reparti di Psichiatria, in regime ordinario, con età > = 18 (compresa la mobilità passiva interregionale eccetto il 2013)

Nell'ambito della salute mentale è stata operata una riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base della complessità assistenziale e dei relativi livelli di intensità di cura che configura la seguente articolazione: l'alta complessità assistenziale in SPDC; la media complessità in RTI, DHT e Night Hospital; la bassa complessità in PL dedicati RSR accreditate; la continuità territoriale mediante i regimi: ambulatoriale, domiciliare in integrazione socio-sanitaria (*budget* di salute, formazione e inserimenti lavorativi) e semiresidenziale riabilitativa.

Nell'ambito della riorganizzazione si inquadra l'unificazione dell'Unità operativa SPDC-RTI (Deliberazione 167/2013). Il percorso ha compreso anche una maggiore integrazione con le Residenze Socio Riabilitative accreditate. Si sono sviluppati assetti di cura sul territorio, con effetti di [contenimento strutturato dei costi](#), derivanti dalla riduzione dei livelli di spesa nell'area del livello residenziale verso servizi di continuità territoriale, mediante interventi domiciliari in integrazione socio-sanitaria, definiti quali [budget di salute](#), giunti a 21 casi trattati. I servizi del dipartimento hanno concorso alla definizione di percorsi condivisi multidisciplinari per il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale in collaborazione e integrazione con il Dipartimento Cure Primarie (Deliberazione 172/2013).

Psichiatria Territoriale Adulti (PTA). L'Unità operativa Psichiatria territoriale adulti è la struttura complessa che garantisce funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disturbo psichico a favore della popolazione adulta di età superiore a 18 anni, attraverso attività ambulatoriali, semiresidenziali e programmi di trattamento in strutture residenziali accreditate.

Il personale lavora in équipe ed ha un profilo multi professionale rappresentato da medici psichiatri, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali, educatori. La Psichiatria territoriale si articola in Centro di Salute Mentale (CSM) con sede a Imola e 3 ambulatori periferici, Day Hospital Territoriale (DHT) a responsabilità infermieristica e il Centro Diurno.

Nella tabella che segue si riportano i casi trattati nelle sedi citate, a cui si aggiungono i pazienti trattati in regime di Day Service e il volume complessivo di prime visite psichiatriche.

Tabella 2.39 - Psichiatria Territoriale Adulti (PTA). Periodo 2011-2013

Psichiatria Territoriale Adulti	2011	2012	2013	Var.
Utenti CSM	2.299	2.365	2.448	83
Nuovi presi in carico	278	302	439	137
Pazienti in DH Territoriale	109	110	118	8
Pazienti trattati c/o Centro Diurno	61	67	64	-3
Pazienti trattati in Day Service	1.080	1.094	1.088	-6
Prima visita psichiatrica	967	1.039	1.099	60

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e Residenze a Trattamento Intensivo (RTI). Sul fronte della degenza SPDC-RTI si conferma, anche nel 2013, un incremento dei casi (+59), mentre calano quelli in *Night Hospital* (-14). La degenza media, rispetto al 2012, passa da 16,3 a 13,4 in SPDC e da 28,2 a 23,9 in RTI, con un tasso di occupazione posti letto pari al 98%.

Tabella 2.40 - Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura. Periodo 2011-2013

SPDC - RTI	2011	2012	2013	Var.
Degenza ordinaria	313	310	349	39
Degenza media in SPDC	15,3	16,3	13,4	
Ricoveri in RTI	151	155	175	20
Degenza media in RTI	25,4	28,2	23,9	
Casi in Night Hospital	71	110	96	-14
Contenzioni fisiche in SPDC	26	16	16	0

Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA). Questa Unità operativa gestisce l'accesso dei minori attraverso iter diagnostici multi professionali che garantiscono una valutazione globale dello sviluppo normale e patologico e quindi una appropriata indicazione di trattamento.

La **NPIA** garantisce attività di diagnosi, cura e riabilitazione per le seguenti patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva (0 - 17 anni):

- malattie congenite e acquisite del Sistema Nervoso Centrale, Periferico e dell'apparato neuromuscolare;

- disturbi generalizzati dello sviluppo psicologico;
- disturbi neurosensoriali visivi e uditivi;
- disturbi neuropsicologici, del linguaggio e dell'apprendimento;
- disturbi dell'organizzazione psicomotoria;
- disturbi cognitivi;
- disturbi psichiatrici, psicologici e affettivo relazionali.

I principali servizi erogati consistono in diagnosi neuropsichiatrica e/o psicologica; formulazione di un progetto di cura; presa in carico terapeutica e/o riabilitativa.

Per i minori disabili viene garantita la valutazione clinico – diagnostica, l'iter certificativo per l'accertamento della disabilità (ai sensi della L. 104/1992) e l'applicazione degli Accordi di Programma Provinciali e Territoriali.

Per calcolare il tasso di prevalenza 2013, messo a confronto con il dato regionale, è stata utilizzata la popolazione target 0-17 anni dell'AUSL di Imola, pari a 22.015 minorenni (dato al 01/01/2014). Il numero degli utenti in carico al servizio, nel 2013, è pari a 1.340 con un incremento del 8% rispetto al 2012 (+98 casi). Incrementa anche il numero di nuovi utenti +20% rispetto al 2012 ed il volume di prestazioni erogate (+11%).

Tabella 2.41 - Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza NPIA. Periodo 2011-2013

UTENTI / PRESTAZIONI	2011	2012	2013	Var. ass.	Var. %
Utenti in carico	1.171	1.242	1.340	98	8%
Tasso di prevalenza standardizzato a confronto RER	56,0	60,4	67,2		
	71,6	77,8	82,8		
Nuovi utenti	363	405	488	83	20%
Usciti dal Servizio	290	351	428	77	22%
Prestazioni	19.087	18.084	20.114	2.030	11%

Gravissime disabilità acquisite. Nel 2013 sono state erogate prestazioni configuranti la "presa in carico" (assistenza domiciliare, assegni di cura e/o assistenza residenziale) a 28 pazienti con gravissime disabilità acquisite.

Tabella 2.42 – Assistiti con gravissime disabilità acquisite, per classi di età e confronto RER. Anno 2013

Gravissime disabilità acquisite per classi di età	AUSL IMOLA	RER	AUSL IMOLA	RER
0 - 17	0	82	0,0%	6,0%
18 - 44	9	279	32,1%	20,5%
45 - 64	13	564	46,4%	41,4%
65 - 74	2	295	7,1%	21,7%
Oltre 75	4	142	14,3%	10,4%
Totale	28	1.362	100%	100%

In riferimento alla tipologie di assistenza risulta che la maggior parte dei pazienti sono in assistenza domiciliare (20) e una quota minore (8) in assistenza residenziale, come da indicazioni della DGR 2068/2004 che privilegia l'assistenza e la permanenza dell'utente al proprio domicilio.

Tabella 2.43 - Pazienti in carico con gravissime disabilità acquisite e confronto RER. Anno 2013

ASSISTITI CON GRAVISSIME DISABILITA'	AUSL IMOLA	RER
Solo al domicilio	20	903
Solo in Assistenza Residenziale	8	359
Al domicilio e in Assistenza Residenziale	0	100
TOTALE	28	1.362

Fonte: banca dati GRAD (Gravissime Disabilità Acquisite) - Regione Emilia Romagna

Dipendenze Patologiche. Struttura operativa che garantisce, attraverso la progettazione e la realizzazione di percorsi di valutazione diagnostica e di programmi terapeutici e socio-riabilitativi, l'assistenza psico-socio-sanitaria a soggetti che presentano una condizione problematica correlata all'uso/abuso/dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali (soprattutto droghe da strada, alcol e tabacco) e da comportamenti additivi (*in primis* il gioco d'azzardo).

Nel 2013, il [Servizio Dipendenze Patologiche](#) ha seguito 1.061 utenti, di questi: 362 per abuso/dipendenza da droghe (267 eroina, 55 cocaina, 20 cannabinoidi, 20 altre sostanze psicoattive); 403 per abuso/dipendenza da alcol; 105 per fumo di tabacco; 48 per gioco d'azzardo patologico; 87 utenti hanno effettuato visite alcolologiche per la patente su invio della commissione medica locale; 10 lavoratori con mansioni a rischio hanno effettuato accertamenti di secondo livello a seguito di positività all'uso di sostanze stupefacenti sul luogo di lavoro; 46 utenti hanno avuto rapporti con il servizio per consulenze, interventi di *counselling*, segnalazioni dalla prefettura (senza necessità di un programma terapeutico articolato, né presa in carico definitiva). In Tabella 2.44 si presentano i principali dati di attività (utenti complessivi, nuovi utenti, volume prime visite e prestazioni complessive erogate, ecc.) ed il tasso di prevalenza standardizzato con il confronto regionale (su popolazione target residente 15-64 anni), nel periodo 2011-2013.

Tabella 2.44 – Dipendenze patologiche: attività complessiva. Periodo 2011-2013

Dipendenze Patologiche	2011	2012	2013	Var. ass.	Var. %
Utenti	1.082	1.086	1.061	-25	-2%
Tasso di prevalenza standardizzato a confronto RER	8,4	8,2	8,6		
	6,4	6,6	7,0		
Nuovi utenti	125	133	189	56	42%
Prime visite	321	328	352	24	7%
Usciti dal Servizio	294	281	279	-2	-1%
Prestazioni	30.189	31.281	31.592	311	1%

Dei 1.061 utenti globali, 472 sono stati diagnosticati come doppie diagnosi: *addiction* sottesa a diagnosi psichiatria di asse I (soprattutto disturbi dell'umore e disturbi d'ansia) o di asse II (soprattutto disturbi di personalità di *cluster B*). Nell'arco dell'anno ci sono stati 279 utenti dimessi per conclusione del programma terapeutico globale (che dura in media 3\4 anni). Altri 24 sono stati in comunità terapeutica per un totale di 5.003 giornate di programma (alcuni inseriti anche dall'anno precedente). Le comunità terapeutiche più utilizzate sono della provincia di Bologna e fanno parte dell'Accordo RER-CEA ("La Rupe"; "Il Sorriso"; "Il Pettiroso"; "Giovanni XXIII"; "La Casa" del CEIS). Il Centro Diurno "Arcobaleno" (semi residenzialità 8 ore) di Casola Canina ha avuto in carico 39 utenti per un totale di 3.887 giornate e 14 utenti dimessi nell'arco dell'anno per fine programma (Tabella 2.45).

Tabella 2.45 –Dipendenze Patologiche: Centro Diurno Arcobaleno. Periodo 2011-2012

CENTRO DIURNO ARCOBALENO	2011	2012	2013	Var. ass.	Var. %
Utenti	21	31	39	8	26%
Nuovi presi in carico	13	23	29	6	26%
Giornate di degenza	2.541	3.121	3.887	766	25%
Dimessi	13	11	14	3	27%

In riferimento al Centro Diurno i principali interventi erogati sono quelli cognitivo-comportamentali e di *coping skill*, il colloquio motivazionale, il programma di prevenzione delle ricadute, il lavoro di rinforzo sulla rete sociale, il *contingency management*, laboratori riabilitativi. Nel 2013, inoltre, sono stati effettuati 24 inserimenti in comunità e sono state assegnate 25 borse lavoro.

Assistenza Odontoiatrica. Nell'ambito del "Programma regionale di assistenza odontoiatrica", l'AUSL di Imola, in linea con quanto sviluppato sul territorio regionale, ha dato corso a specifiche azioni per l'attuazione degli indirizzi regionali volti a garantire forme di assistenza odontoiatrica ai soggetti più vulnerabili (DGR 2678/2004 e 374/2008), adeguando l'offerta al bacino di utenza individuato secondo i nuovi criteri di vulnerabilità sanitaria e sociale.

Tabella 2.46 - Utenti distinti per trattamento nell'AUSL di Imola e RER. Anno 2013

ANNO 2013	TOTALE UTENTI		UTENTI NON VULNERABILI		% NON VULNERABILI	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Conservativa/Endodonzia	1.287	24.744	7	2.724	0,5%	11,0%
Ortodonzia e Trattamenti 0-14	390	7.225	9	715	2,3%	9,9%
Protesica Fissa	2	1.121	0	143	0,0%	12,8%
Protesica Mobile	235	6.794	0	845	0,0%	12,4%

Assistenza Primaria. Il 2012 è stato l'anno della ridefinizione dell'assetto organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) di Imola, con l'accorpamento dei NCP di Imola, passati da 4 a 2. In Tabella 2.47 l'organizzazione dei **Medici di Medicina Generale (MMG)** in Nuclei di Cure Primarie.

Tabella 2.47 - Indicatori di accessibilità, associazionismo e di attività dei MMG. Periodo 2011-2013

Assistenza primaria associazionismo e accessibilità	2011	%	2012	%	2013	%
TOTALE MMG	97	100%	97	100%	95	100%
organizzati in forma associativa	96	99%	94	97%	90	95%
(di cui) in gruppo	67	69%	67	69%	67	71%
(di cui) in rete	29	30%	27	28%	23	24%
Nuclei Cure Primarie	7	100%	5	100%	5	100%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 84 ore (12h/7gg) ed infermieristica sett di 50 ore su 6 giorni	2	29%	2	40%	2	40%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 60 ore (12h/5gg) ed infermieristica sett di 25/50 ore su 5/6 giorni	2	29%	2	40%	2	40%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 50 ore (10h/5gg) ed infermieristica sett di 30 ore su 6 giorni	1	14%	1	20%	1	20%
MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg)	37	38%	37	38%	36	38%
MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 60 ore (12h/5gg)	29	30%	29	30%	29	31%
MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 50 ore (10h/5gg)	6	6%	6	6%	6	6%

Assistenza Farmaceutica. In Tabella 2.48 si riporta il valore economico totale e pro-capite riferito alla spesa farmaceutica territoriale a confronto con i valori medi regionali. Nel 2013 la spesa pro-capite si mantiene al di sotto del valore medio regionale e, rispetto al 2012, si evidenzia un ulteriore contenimento della spesa (-3,2% sul pro-capite e -2,7% sulla spesa complessiva).

Tabella 2.48 - Spesa farmaceutica territoriale delle AUSL RER. Periodo 2011-2013

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica territoriale - 2011	Spesa farmaceutica territoriale - 2012	Spesa farmaceutica territoriale - 2013	Spesa pesata procapite 2011	Spesa pesata procapite 2012	Spesa pesata procapite 2013	Var % spesa 2011 - 2012	Var % spesa pro capite 2011 - 2012
AUSL Imola	€ 25.817.978	€ 24.024.683	€ 23.384.885	€ 194,84	€ 180,31	€ 174,48	-2,7%	-3,2%
RER	€ 910.480.950	€ 822.820.704	€ 795.990.090	€ 205,41	€ 184,52	€ 178,03	-3,3%	-3,5%

(*) Le aree di erogazione comprendono l'AUSL ed una o più Aziende o IRCCS che insistono nel territorio della AUSL

In Tabella 2.49 viene riportata l'incidenza delle varie tipologie (convenzionata, a distribuzione diretta, ospedaliera) di cui si compone la spesa farmaceutica complessiva.

Tabella 2.49 - Incidenza delle tipologie di spesa farmaceutica nelle AUSL RER. Anno 2013

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica - Anno 2013								
	Spesa netta per erogazione mediante farmacie convenzionate		Spesa per erogazione diretta farmaci fascia A		Spesa per erogazione diretta altri farmaci		Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)		Spesa farmaceutica totale SSN
AUSL Imola	€ 17.856.825	55,1%	€ 5.528.060	17,1%	€ 3.701.357	11,4%	€ 5.329.983	16,4%	€ 32.416.225
Regione	€ 560.567.262	45,2%	€ 235.422.828	19,0%	€ 184.785.595	14,9%	€ 258.831.934	20,9%	€ 1.239.607.619

FONTE: la spesa convenzionata è tratta dal flusso economico-finanziario gestito dal Servizio Politica del Farmaco; la spesa per erogazione diretta e la spesa ospedaliera sono tratte dal flusso AFO

Assistenza Specialistica. L'analisi delle prestazioni, in termini di consumi viene presentata per raggruppamenti specialistici: diagnostiche, di laboratorio, riabilitative, terapeutiche e visite ambulatoriali. L'indice di consumo è il rapporto tra il numero delle prestazioni ambulatoriali consumate dai residenti e la popolazione residente nella medesima area (Distretto, AUSL, Regione) per 1.000 abitanti. Esprime, quindi, genericamente il numero di prestazioni consumate per unità di popolazione. Le prestazioni sono quelle erogate a carico del SSN.

Nella tabella si riporta l'indice di consumo "standardizzato", per la confrontabilità col livello regionale. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare gli indici è quella residente al 01/01/2013.

Tabelle 2.50 - Tasso di consumo standardizzato per macro categorie di Specialistica dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2011-2013

Tasso di consumo standardizzato per 1.000 ab. (*)	2011			2012			2013		
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER
Diagnostica	1.440	1.518	-5,1%	1.377	1.465	-6,0%	1.333	1.398	-4,6%
Laboratorio	10.091	11.036	-8,6%	9.481	10.753	-11,8%	9.556	10.044	-4,9%
Riabilitative	491	436	12,6%	374	413	-9,4%	354	404	-12,4%
Terapeutiche	534	473	12,9%	515	457	12,7%	538	441	22,0%
Visite ambulatoriali	1.303	1.491	-12,6%	1.239	1.356	-8,6%	1.199	1.329	-9,8%
Totale (senza LAB)	3.767	3.919	-3,9%	n.d.	n.d.	n.d.	3.409	3.531	-3,5%

(*) Sono esclusi PS ed OBI

Le prestazioni di **specialistica ambulatoriale per esterni**, erogate dalle strutture interne all'azienda, presentano complessivamente un incremento pari a +1,63%: da 1.714.274 nel 2012 a 1.742.137 nel 2013, al netto delle prestazioni di Pronto Soccorso.

In incremento risultano alcuni segmenti di prestazioni relative alle discipline di Area Medica e Materno Infantile. Nella tabella che segue, in Figura 2.51, si riportano gli indici di *performance* sui tempi di attesa per macro categoria a confronto con la media regionale.

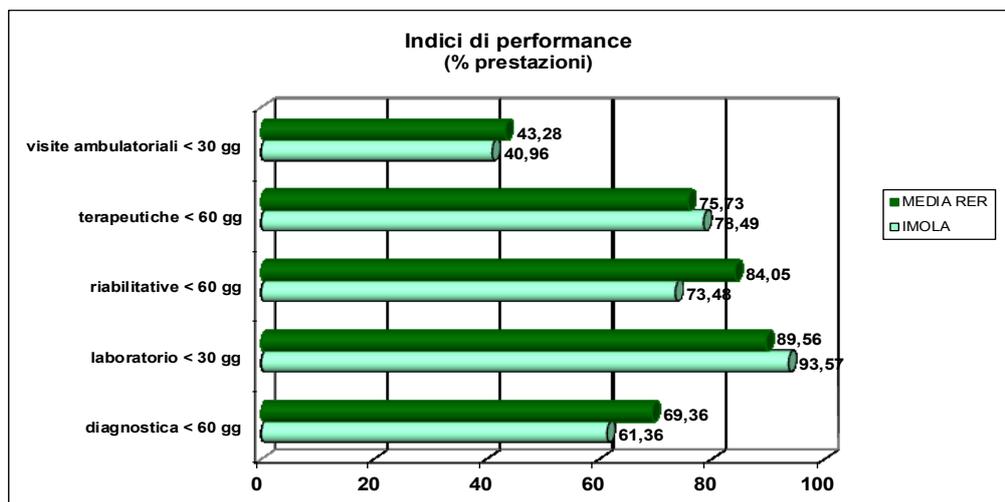
Gli standard regionali a cui tendere sono:

- 60 giorni in almeno il 90% dei casi per Prestazioni Diagnostiche, Riabilitative e Terapeutiche;
- 30 giorni nel 90% dei casi per Visite specialistiche e Laboratorio.

Si rimanda alla Sezione 3, par. 3.2.2 "[Governo delle liste di attesa](#)" per un'analisi sulle singole prestazioni.

Figura 2.51 – Indici di performance sui tempi di attesa, confronto RER. Periodo 2011-2013

% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2011		2012		2013	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
diagnostica	< 30 gg	36,32	50,04	34,58	52,87	40,04	50,48
	< 60 gg	63,36	69,44	62,62	71,70	61,36	69,36
	> 90 gg	24,30	18,75	22,86	17,49	21,38	18,94
% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg		2011		2012		2013	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
laboratorio	< 30 gg	93,95	90,27	93,77	97,17	93,57	89,56
	< 60 gg	97,72	96,33	97,70	96,29	97,21	95,68
% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2011		2012		2013	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
riabilitative	< 30 gg	52,17	73,04	54,10	72,65	53,78	71,30
	< 60 gg	75,06	87,68	74,83	85,54	73,48	84,05
	> 90 gg	18,39	7,50	18,47	8,73	20,09	10,01
% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2011		2012		2013	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
terapeutiche	< 30 gg	72,76	55,23	68,97	57,43	71,18	57,06
	< 60 gg	87,35	75,72	77,40	76,60	78,49	75,73
	> 90 gg	8,22	13,80	14,23	12,77	17,33	13,46
% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2011		2012		2013	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
visite ambulatoriali	< 30 gg	44,42	47,50	44,96	46,65	40,96	43,28
	< 60 gg	65,04	68,34	62,46	67,10	58,74	64,59
	> 90 gg	27,87	20,16	27,39	21,09	28,30	23,13



2.3.4 Assistenza ospedaliera

Struttura dell'offerta. L'AUSL di Imola è dotata di un Presidio Ospedaliero articolato su due Stabilimenti (Imola e Castel San Pietro Terme).

I **PL direttamente gestiti** sono **401: 367 ordinari; 21 Day Hospital; 13 Day Surgery.**

Insiste sullo stesso territorio la struttura ospedaliera monospecialistica di riabilitazione Montecatone *Rehabilitation Institute* (società a capitale interamente pubblico), che presenta una dotazione di 150 PL ordinari e 8 PL di Day Hospital accreditati. Sul territorio dell'AUSL di Imola non sono presenti case di cura private convenzionate.

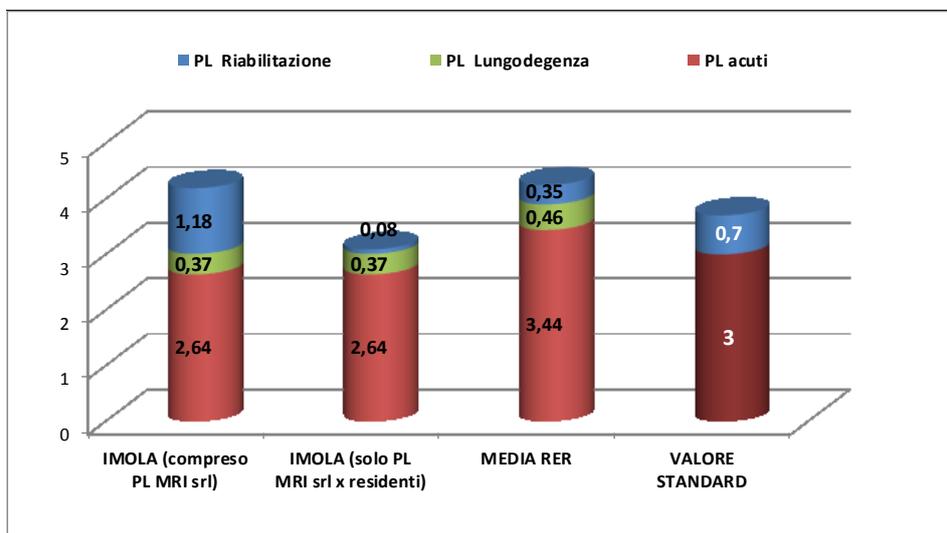
La Legge 135/2013 detta "*Spending review*" aggiorna lo standard a 3,7 PL per 1.000 abitanti di cui 0,7 per riabilitazione. A livello regionale la distanza dallo standard è di 0,55%.

La tabella che segue mostra, per l'AUSL di Imola, una dotazione di PL per 1.000 abitanti pari a 4,19 compresi i PL di Montecatone che si inserisce in una funzione di riabilitazione sovraaziendale.

La distanza dallo standard è di 0,49%. L'indicatore aziendale che, per i PL di riabilitazione, tiene conto solo del fabbisogno per i residenti, risulta pari a 3,09 per 1.000 abitanti.

Figura 2.52 – Posti Letto per tipologia, a confronto con le AUSL senza AO. Periodo 2011-2013

POSTI LETTO	2011				2012				2013			
	PL acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot	PL acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot	PL acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot
IMOLA (compreso PL MRI srl)	2,69	0,39	1,20	4,28	2,65	0,39	1,19	4,24	2,64	0,37	1,18	4,19
IMOLA (solo PL MRI srl x residenti)	2,69	0,39	0,08	3,16	2,65	0,39	0,08	3,12	2,64	0,37	0,08	3,09
MEDIA RER	3,74	0,52	0,36	4,62	3,62	0,50	0,36	4,48	3,44	0,46	0,35	4,25



Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13) e Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Indice di dipendenza. L'AUSL di Imola mantiene un buon grado di attrazione da parte delle proprie strutture ospedaliere, in linea con la media regionale e con una propensione all'attrazione intraregionale.

Tabella 2.53 – Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle AUSL e confronto RER. Periodo 2011-2013

AZIENDE	2011			2012			2013		
	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero
IMOLA	74,3	16,7	9,0	74,1	16,4	9,5	73,7	16,1	10,3
RER	75,3	10,2	14,5	75,8	10,0	14,2	75,5	10,0	14,5

Portale SISEPS: 2013 consolidato senza Mobilità passiva. Esclusi i neonati sani

Tasso standardizzato di ospedalizzazione. Il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti viene rappresentato per tipo presidio (Pubblico RER e Privato RER) e tipo DRG (medico e chirurgico). Il valore totale aziendale risulta in linea con il valore medio regionale.

Tabella 2.54 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tipo presidio e DRG. Anno 2013

Tasso standardizzato di ospedalizzazione	Pubblico RER			Privato RER			Totale		
	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale
IMOLA	55,6	78,0	133,6	9,4	2,8	12,2	65,0	80,8	145,8
Media RER	51,5	72,7	124,2	11,0	9,4	20,4	62,6	82,1	144,7

Portale SISEPS: 2013 consolidato senza Mobilità passiva. Esclusi i neonati sani

Mobilità attiva complessiva. La mobilità attiva infra-RER complessiva, riferita al 2013, mantiene gli stessi livelli del 2012 con una lieve flessione che in termini economica del DRG (-1%) risulta pari a € -61.193. Le discipline con maggiori incrementi per mobilità attiva sono: cardiologia (+33%), urologia (+31%), oncologia (+20%), medicina generale (+16%).

Mobilità passiva infra-RER. La mobilità passiva infra-RER complessiva, rispetto al 2012, si è ridotta: -7,8% di ricoveri e di circa -3% di valore economico del DRG. La mobilità passiva si presenta in riduzione su quasi tutte le discipline presenti, risultando gli incrementi principalmente concentrati sulle discipline non presenti.

Tabella 2.55 – Mobilità passiva e indice di dipendenza popolazione residente nei Dipartimenti. Anni 2012 e 2013

Dipartimenti ospedalieri	numero dimessi				indice di dipendenza	
	2012		2013		2013	
	mobilità passiva	Ausl Imola	mobilità passiva	Ausl Imola	% mobilità passiva	% Ausl Imola
Dip.to chirurgico	2.580	3.788	2.553	3.705	40,8	59,2
Dip.to medico	966	4.384	910	4.443	17,0	83,0
Dip.to materno infantile	828	2.854	817	2.771	22,8	77,2
Dip.to emergenza-acc.	424	2.106	351	2.044	14,7	85,3
TOTALE	4.825	13.378	4.642	13.282	25,9	74,1

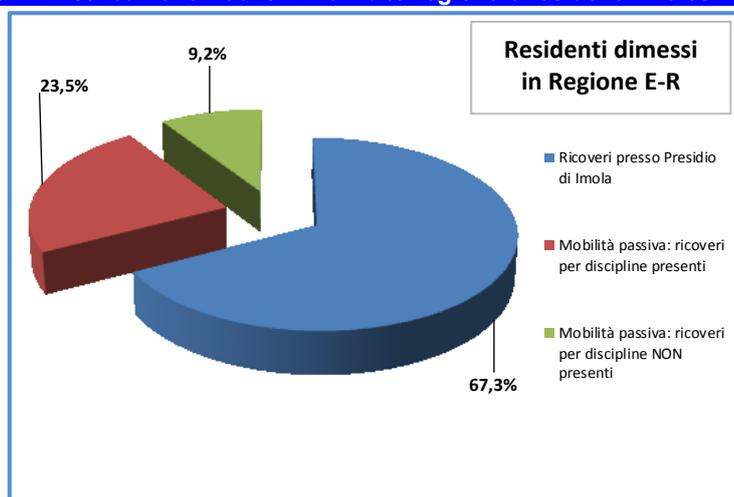
A completamento si riportano in Tabella 2.56 i casi di mobilità passiva per le discipline non presenti nel presidio ospedaliero imolese.

Tabella 2.56 - Mobilità passiva per discipline NON presenti nel presidio. Anni 2012 e 2013

Discipline NON presenti nel Presidio	numero dimessi	
	2012	2013
cardiologia	75	104
neurochirurgia	170	193
ematologia	121	119
chirurgia vascolare	127	118
chirurgia toracica	72	74
chirurgia pediatrica	197	141
neonatologia	61	68
pneumologia	131	96
radioterapia oncologica	65	53
chirurgia maxillofaciale	87	83
ematoematologia pediatrica	56	43
riabilitazione	159	157
altro	865	572
TOTALE	2.186	1.821

Per concludere si propone la distribuzione percentuale della produzione di assistenza ospedaliera a favore dei cittadini residenti, ripartita tra ricoveri avvenuti presso il Presidio ospedaliero imolese e ricoveri effettuati in altre strutture regionali, distinti per discipline presenti e non presenti.

Figura 2.57 – Distribuzione ricoveri in ambito regionale residenti imolesi. Anno 2013



Attività di degenza ospedaliera. L'attività di degenza in regime ordinario, nel 2013, si presenta in crescita per quanto riguarda il numero di casi trattati (+282; 2% rispetto al 2012), interessando sia l'attività chirurgica (+89 casi) che quella medica (+193).

Se a questo positivo trend viene associata la riduzione della mobilità passiva si può evidenziare la maggiore attrazione delle strutture aziendali a seguito degli interventi riorganizzativi e di potenziamento della offerta.

Tabella 2.58 - Indicatori di attività di degenza ordinaria. Periodo 2011-2013

DEGENZA ORDINARIA	2011	2012	2013	Scost. 2012-2013	
				v.a.	%
N° casi (escluso Nido e Montecatone)	13.856	13.883	14.165	282	2,03%
<i>di cui DRG Medici</i>	8.396	8.399	8.592	193	2,30%
<i>di cui DRG Chirurgici</i>	5.460	5.484	5.573	89	1,62%
% DRG Medici	60,6%	60,5%	60,7%		0,3%
% DRG Chirurgici	39,4%	39,5%	39,3%		-0,4%

In Tabella 2.59 si presentano gli indici sui **tempi di attesa** per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale a confronto con il 2012. Per l'area oncologica vengono riportati gli standard regionali ai quali tendere.

Tabella 2.59 - Tempi di attesa per intervento programmato dell'AUSL di Imola. Anni 2012 e 2013

AREA ONCOLOGICA	Standard	Attesa mediana	Indice di performance tempi di attesa							
			0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	
CHEMIOTERAPIA (DH)	= 100% 1-30 gg	2012	1	6,6	98,8	99,5	99,5	99,5	99,5	0,5
		2013	1	12,4	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	0,2
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	= 100% 1-30 gg	2012	18	5,3	94,4	100				
		2013	18	0	91,7	100				
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	= 100% 1-30 gg	2012	15	0	78,9	97,4	100			
		2013	19	0	83,8	94,6	97,3	100		
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	= 100% 1-30 gg	2012	41	0	25,0	86,3	96,3	100		
		2013	47	0	22,5	68,8	96,3	100		
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (r. ordinario)	= 100% 1-30 gg	2012	19	0	84,6	100				
		2013	20	0	78,6	96,4	100			
ALTRE AREE	Standard	Attesa mediana	Indice di performance tempi di attesa							
			0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	non definito	2012	9	5,1	84	96	98,7	98,7	98,7	1,3
		2013	24,5	2,9	55,9	83,8	91,2	91,2	95,6	4,4
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	≥ 50% 1-90 gg	≥ 90% 1-180 gg	95,5	0	4,3	19,5	44,5	67,1	92,1	7,9
	2013	110,5	0	9,4	22,5	37,5	53,8	90,0	10,0	
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	non definito	2012	116,0	0	14,3	35,7	35,7	53,6	89,3	10,7
		2013	128,0	29	0,0	6,9	17,2	48,3	69,0	31,0
EMORROIDECTOMIA (DH)	non definito	2012	104,0	0,0	9,2	31,6	47,4	59,2	82,9	17,1
		2013	144,0	57,0	0	7,0	28,1	31,6	43,9	64,9
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO (DH)	non definito	2012	1,0	85,7	100,0					
		2013		100						
TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	non definito	2012	67,0	0	18,8	45,3	66,3	79,6	97,8	2,2
		2013	63,5	0	21,7	47,6	68,7	94,6	5,4	63,5
INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinari)	non definito	2012	17,0	0	66,7	100				
		2013	15,0	15	100					

Pronto Soccorso e OBI. Gli accessi al PS, nel 2013, sono stati 54.685 con un indice per 1.000 abitanti pari a 397,78 vs un indice regionale di 367,94. Anche nel 2013 si registra una riduzione, seppur contenuta, degli accessi al PS generale e ortopedico.

Tabella 2.60 - Accessi al PS per box. Periodo 2011-2013

Box Pronto Soccorso	2011	2012	2013	Scost. v.a. 2012-2013	Scost. % 2012-2013
PS GENERALE	37.705	36.280	35.479	-801	-2%
PS GINECOLOGICO	4.445	4.036	4.075	39	1%
PS OCULISTICO	2.950	2.941	3.109	168	6%
PS ORTOPEDICO	6.843	6.448	6.281	-167	-3%
PS PEDIATRICO	6.170	5.694	5.741	47	1%
Totale	58.113	55.399	54.685	-714	-1%

In Tabella 2.61 l'indice di filtro nel triennio. L'aumento che si registra nel periodo è da attribuire alla riduzione degli accessi, determinato da un miglioramento dell'appropriatezza di quest'ultimi.

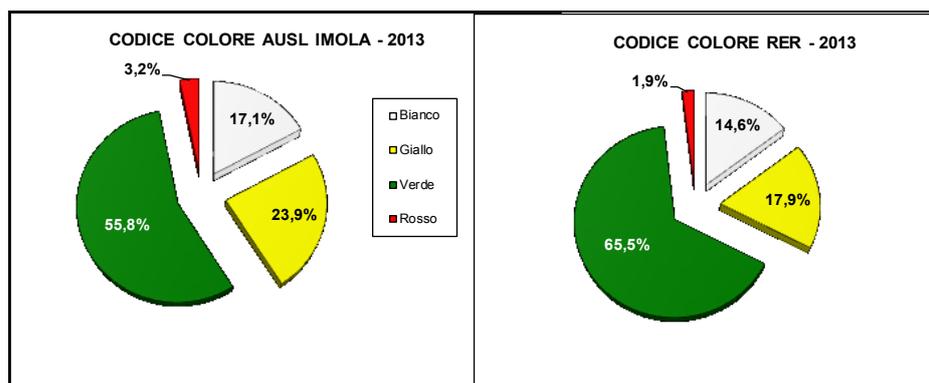
Tabella 2.61 - Filtro al ricovero del PS negli ambiti aziendali RER. Anni 2011-2013

INDICE DI FILTRO	2011	2012	2013
	% ricoveri / accessi	% ricoveri / accessi	% ricoveri / accessi
Ausl Imola	15,8%	16,7%	17,1%
Totale Regione	15,2%	15,2%	15,2%

A conclusione si presenta la distribuzione degli accessi per codice colore a confronto con la distribuzione regionale.

Figura 2.62 - Distribuzione accessi al PS per codice colore a confronto RER. Anno 2013

AUSL IMOLA	Bianco	Giallo	Verde	Rosso	Totale
Val. assoluti	9.289	13.024	30.385	1.718	54.416
%	17,1%	23,9%	55,8%	3,2%	
AUSL RER	Bianco	Giallo	Verde	Rosso	Totale
Val. assoluti	266.519	326.964	1.193.989	34.092	1.821.564
%	14,6%	17,9%	65,5%	1,9%	



La quota di codici bianchi risulta del 17,1%, in diminuzione rispetto al 2012 (19,2%), ma ancora superiore al dato medio regionale (14,6%).

I volumi d'attività dell'OBI risultano, nel 2013, in linea con l'anno precedente. I valori percentuali di accesso in OBI sul totale accessi in PS, sono circa di due punti superiori a quelli medi regionali.

Tabella 2.63 – Accessi in OBI e sul totale accessi in PS e confronto RER. Periodo 2011-2013

Accessi in OBI	2011		2012		2013	
	accessi OBI	% su accessi totali	accessi OBI	% su accessi totali	accessi OBI	% su accessi totali
IMOLA	4.230	7,3%	3.730	6,7%	3.713	6,8%
RER	74.123	4,0%	80.364	4,4%	84.028	4,6%

Donazione sangue e attività trasfusionale. Nel 2013, sono state raccolte circa 13.500 unità di sangue intero e di plasma da aferesi che, rapportate alla popolazione residente, corrispondono a 116 unità ad uso trasfusionale ogni 1.000 abitanti. Questi dati confermano i risultati registrati negli anni precedenti, confermando Imola ai vertici nazionali per efficienza nella raccolta di sangue. Il Centro Raccolta Sangue dell'AUSL di Imola garantisce, infatti, circa il 25% del sangue della Provincia di Bologna e raccoglie ben più del doppio del proprio fabbisogno, contribuendo, in misura significativa, all'autosufficienza di emocomponenti della nostra Provincia e della nostra Regione. Oltre all'attività di raccolta sui donatori volontari, il Servizio Trasfusionale svolge un rilevante ruolo istituzionale nell'ambito della Medicina Trasfusionale e nella Immunoematologia trasfusionale per tutto il territorio di competenza.

Tabelle 2.64 - Programma Sangue nelle Province RER e nell'AUSL di Imola. Anni 2012 e 2013

Programma speciale sangue	2012			2013		
	raccolta	consumi	saldo	raccolta	consumi	saldo
Piacenza	15372	13583	1.789	13.924	12.528	1.396
Parma	29762	27400	2.362	28.208	26.704	1.504
Reggio Emilia	22744	21425	1.319	20.198	19.756	442
Modena	35574	32568	3.006	35.368	34.035	1.333
Bologna (*)	61784	69133	-7.349	57.036	64.545	-7.509
di cui Imola	13.562	6.116	7.446	13.241	5.687	7.554
Ferrara	22.368	23.035	-667	21.794	23.088	-1.294
Area vasta Romagna (**)	62.221	58.930	3.291	57.929	53.873	4.056
TOTALE	249.825	246.074	3.751	234.457	234.529	-72

(*) Comprende: Ospedale Maggiore/Bellaria, Ospedale S. Orsola, Imola, II.OO.R.

(**) Comprende Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini

Il settore Raccolta Sangue e Plasma, nel 2013, ha accolto oltre 6.000 i donatori di sangue e plasma su una popolazione di riferimento di circa 115.000 abitanti, pari a 53 donatori per 1.000 abitanti, rispetto ad una media nazionale di circa il 33 e di 45 nella nostra regione.

Tabelle 2.65 - Programma Sangue: indicatori di efficienza. Anno 2013

Media per 1.000 abitanti	IMOLA	RER	ITALIA	OMS
DONATORI	53	45	33	40
DONAZIONI	118	65	40	40
TRASFUSIONI	41	59	41	40
Efficienza	IMOLA	RER	ITALIA	OMS
UNITA' RACCOLTE / UNITA' DI ORGANICO DEDICATO	1.100	800	500	500

Banca delle Cornee. La Banca delle Cornee di Imola, sede autonoma della Banca regionale ed afferente all'Unità Operativa di Oculistica, è uno dei punti di eccellenza dell'AUSL di Imola.

Con gli oltre 16 anni di esperienza, raccoglie, conserva, lavora e distribuisce cornee a scopo di trapianto, garantendone tracciabilità, qualità, idoneità e sicurezza. Con una struttura completamente rinnovata nel 2012, rappresenta il secondo centro prelievi della Regione e si pone ai primi posti per numero di trapianti di cornea. La Banca delle Cornee di Imola si contraddistingue per le attività di ricerca clinica a livello internazionale, in particolare nella produzione di lamelle corneali e di un "collirio" a base di membrana amniotica per la terapia delle patologie della superficie corneale che oggi viene distribuito in tutto il paese, costituendo in molti casi una valida alternativa alla chirurgia per alcune patologie corneali.

Nel 2013 sul territorio imolese, a fronte di 64 donatori idonei di cornee (518 in regione Emilia-Romagna), le cornee bancate sono state 125, di queste 66 sono state trapiantate: 53 presso la nostra azienda e 13 fuori. La percentuale di efficienza di una banca si misura dividendo il numero dei tessuti utilizzati rispetto a quelli bancati. La Banca delle Cornee di Imola si è distinta nel 2013 per una percentuale di efficienza pari al 64% (quella nazionale risulta pari al 40-45%).

Inoltre, la visita ispettiva del Centro Nazionale Trapianti, con finalità di certificazione e valutazione sulla rispondenza ai requisiti richiesti dalla Direttiva 23/2004 CE, è stata brillantemente superata.

Per quanto concerne i dati relativi alla membrana amniotica, il 2014 è il secondo anno in cui è stato distribuito il tessuto omogeneizzato per applicazione topica (sotto forma di gocce oculari).

Nel 2013 sono state prelevate 20 membrane amniotiche ed effettuate 179 somministrazioni. L'Oculistica di Imola è, inoltre, tra i rari centri a livello nazionale che eseguono la cheratoplastica lamellare anteriore con dissezione manuale, tecnica che permette di estendere notevolmente le indicazioni di tale chirurgia a molte malattie della cornea che non sarebbero altrimenti risolvibili, facendone pertanto un centro di eccellenza trapiantologica. Gli ottimi risultati clinici ottenuti sono stati condivisi e discussi durante il congresso nazionale "Amniocoll: utilizzo non chirurgico della membrana amniotica" dell'8/11/2013 ad Imola. Nell'arco dell'anno, presso gli Ospedali di Imola e Castel San Pietro Terme, sono stati consegnati alle famiglie 264 moduli di dichiarazione di volontà,

su un totale di 526 decessi in età compatibile con la donazione. In 100 casi le famiglie hanno espresso la volontà di donare (38%) e tra questi sono risultati idonei 64 donatori (64% di idoneità rispetto ai consensi registrati).

Tabelle 2.66 – Donazione e trapianti di organi, tessuti e cellule. Periodo 2005 - 2013

ATTIVITA'	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Prelievi Cornee	113	89	129	138	116	131	132	150	125
Trapianti Cornee	65	66	72	71	70	90	76	84	66
Prelievi Membrana Amniotica	14	5	9	10	12	3	9	7	20
Impianti Membrana Amniotica	3	0	2	3	9	24	21	98	179

Indicatori di qualità dell'assistenza. A conclusione della Sezione si presenta un set di indicatori di qualità dell'assistenza monitorato dalla Regione Emilia Romagna.

Tabella 2.67 - Qualità dell'assistenza: indicatori di processo e risultato dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2011 - 2013

1 - Intervento chirurgico per frattura collo del femore	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero	76	3.148	109	3.691	166	4.187
Totale ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	172	6.402	240	6.648	219	6.598
% interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero	44,2%	49,2%	45,4%	55,5%	75,8%	63,5%
2 - Parti con taglio cesareo primario	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro parti con taglio cesareo primario di donne residenti in Regione	209	7.388	159	6.835	188	6.819
Totale parti di donne residenti	946	35.466	922	34.485	908	33.407
% parti con taglio cesareo primario	22,1%	20,8%	17,2%	19,8%	20,7%	20,4%
3 - Intervento di colecistectomia laparoscopica	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	39	4.710	28	4.897	30	5.093
Totale ricoveri con intervento di colecistectomia	39	5.189	31	5.322	33	5.533
% ricoveri con intervento di colecistectomia	100,0%	90,8%	90,3%	92,0%	90,9%	92,0%
5 - Ricoveri per scompenso cardiaco congestizio	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per scompenso cardiaco congestizio in pazienti residenti di età > 18 anni	335	15.206	323	14.796	350	14.339
Popolazione residente di età > 18 anni residente (2012 - 2013: pop. aggiornata al 2012)	110.846	3.753.626	110.846	3.753.626	111.359	3.758.863
Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio (*10.000 residenti)	30,2	40,5	29,1	39,4	31,4	38,1
6.1 - Diabete con complicazioni a breve termine	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per complicanze a breve termine per diabete in pazienti residenti di età > 18 anni	53	1.545	46	1.326	35	1.227
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	110.867	3.754.530	110.867	3.754.530	111.378	3.759.836
Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici (*10.000 residenti)	4,78	4,12	4,15	3,53	3,14	3,26

Sezione 2. Profilo aziendale

6.2 - Diabete con complicazioni a lungo termine	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per complicanze a lungo termine per diabete in pazienti residenti di età > 18 anni	151	8.814	164	8.311	146	8.400
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	110.867	3.754.530	110.867	3.754.530	111.378	3.759.863
Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici (* 10.000 residenti)	13,62	23,48	14,79	22,14	13,11	22,34
7 - Ricoveri per amputazione arti inferiori in pazienti diabetici	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici residenti di età > 18 anni	14	325	14	329	17	299
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	110.846	3.753.626	110.846	3.753.626	111.359	3.758.863
Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici (*10.000 residenti)	1,3	0,9	1,3	0,9	1,5	0,8
8 - Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per polmonite e influenza in pazienti residenti di età > 65 anni	12	496	18	528	8	713
Popolazione residente di età > 65 anni (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	29.804	1.003.546	29.804	1.003.546	30.378	1.017.080
Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite e influenza in pazienti anziani (*10.000 residenti)	4,03	4,94	6,04	5,26	2,63	7,01
9 - Ospedalizzazione per cause "evitabili"	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri "evitabili" di pazienti residenti (in diagnosi principale: diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, malattie polmonari croniche)	392	16.817	349	16.462	393	16.147
Popolazione residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	132.637	4.459.246	132.637	4.459.246	133.408	4.471.104
Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause "evitabili" (*10.000 residenti)	29,6	37,7	26,3	36,9	29,5	36,1
10 - Ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri entro 15 giorni dalla dimissione del ricovero indice con proposta "urgente" (stessa MDC del ricovero indice e stessa struttura)	224	5.929	234	5.484	224	5.430
Totale ricoveri pazienti residenti in Regione	10.822	419.989	10.772	413.158	10.965	405.031
%ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione	2,1%	1,4%	2,2%	1,3%	2,0%	1,3%
11.1 - Mortalità entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI per azienda sanitaria di ricovero	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI per azienda sanitaria di ricovero	22,7%	15,0%	16,7%	14,0%	8,0%	13,9%
11.2 - Mortalità entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI per Azienda Sanitaria di ricovero	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI per azienda sanitaria di ricovero	3,8%	6,7%	6,4%	5,0%	4,2%	5,0%
12 - Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per stroke per azienda sanitaria di ricovero (*)	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro pazienti residenti di età >=18 anni, deceduti entro 30 giorni a seguito di un ricovero in urgenza per stroke	56	1.832	44	1.644	52	1.710
Totale ricoveri in urgenza per stroke di pazienti residenti di età >=18 anni	299	9.816	264	9.404	263	9.305
% decessi entro 30 giorni dopo ricovero in urgenza per stroke	18,7%	18,7%	16,7%	17,5%	19,8%	18,4%

(*) Indicatore aggiornato al 2012

Sezione 2 - Sintesi principali indicatori

INDICATORE/INFO	AUSL IMOLA	REGIONE E-R
SOSTENIBILITA' ECONOMICA		
Finanziamento pro-capite	1.604,95	1.597,80
Costo pro capite ponderato (2012)	€ 1.865,27	€ 1.846,06
Risultato d'esercizio	€ 0	-
Costo pro capite assistenza farmaceutica	174,48	178,03
ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO		
Avanzamento prog. Screening Tumore collo dell'utero	100%	99,2%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (45 – 49)	99,6%	90%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (50 – 69)	100%	96%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (70 – 74)	100%	96,5%
Avanzamento prog. Screening Tumore colon retto	93,9%	93,6%
Copertura vaccinale HPV corte nascita 2000 (1 dose; 3 dosi)	84,6%; 82,4%	77,3%; 73,4%
Copertura vaccinale HPV corte nascita 2001 (1 dose; 3 dosi)	89,1%; 85,3%	74,3%; 50,7%
Ambienti di lavoro: unità controllate	9,2%	10,3%
Aziende alimentari: unità controllate	27,2%	32%
Allevamenti: sopralluoghi	2,5%	2,7%
ASSISTENZA DISTRETTUALE		
Anziani (> 74) PL per 1.000 ab. (residenziali; semiresidenziali)	31,8; 3,2	29,7; 5,7
Disabili PL per 1.000 ab. (residenziali; semiresidenziali)	0,26; 0,6	0,54; 1,03
Pazienti seguiti dal DSM	2.289	75.468
TSO su ricoveri SPDC	4%	14%
Gravissime disabilità prese in carico	28	1.362
Tasso consumo stand. (*1.000 ab.) specialistica (senza laboratorio)	3.409	3.531
Visite ambulatoriali entro 30 gg	40,96	43,28
Diagnostica entro 60 gg	61,36	69,36
ADI: % Prese in carico ad alta intensità assistenziale	19,2%	10,2%
% MMG organizzati in forma associata	95%	-
ASSISTENZA OSPEDALIERA		
PL pubblico e privato per 1.000 ab.	4,19	4,25
Tasso standardizzato ospedalizzazione per 1.000 ab.	145,8	144,7
Indice accessi PS per 1.000 ab.	397,78	367,94
Degenza media	8,30	-
Peso medio DRG	1,053	-
Indice filtro ricovero PS	17,1%	15,2%
Accessi OBI su accessi PS	6,8%	4,6%
Parti con taglio cesareo primario	20,7%	20,4%
Intervento chirurgico entro 2 gg frattura collo femore	75,8%	63,5%
Ospedalizzazione per cause evitabili	29,5%	36,1%
Tasso osp. polmonite ed influenza anziani * 10.000 ab.	2,63%	7,01%

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

3.1 Partecipazione Enti Locali alla programmazione sanitaria

3.1.1 Nuovo Circondario Imolese (NCI)

Il Nuovo Circondario Imolese, quale espressione istituzionale e di rappresentanza delle comunità locali, costituisce la sede naturale dove vengono definite le scelte strategiche e le priorità di intervento, garantendo il più ampio coinvolgimento dei soggetti territorialmente coinvolti, con riguardo:

- al coinvolgimento di tutte le istanze locali;
- alla partecipazione dei cittadini alla valutazione della qualità dei servizi erogati, con il particolare contributo del [Comitato Consultivo Misto](#) degli utenti nel miglioramento dell'organizzazione;
- ai rapporti con le associazioni di volontariato, con i familiari e con gli utenti su diverse problematiche di salute;
- all'impegno nella ricerca continua di soluzioni coerenti tra problemi di salute e offerta di servizi, nell'appropriatezza e continuità delle cure e nell'attenzione ai risultati di salute.

Il 2013 rappresenta in ambito programmatico un anno significativo, in quanto corrisponde con il momento della rendicontazione del PAL 2010/2013 e l'avvio di una nuova fase che porterà all'adozione del PAL per il prossimo quadriennio.

Per quanto riguarda i risultati raggiunti ed il livelli di *performance* conseguiti a livello aziendale, in relazione agli obiettivi fissati dal PAL appena concluso, si rimanda alla [Sezione 7](#) nella quale si descrivono i percorsi riorganizzativi e di sviluppo e si rendicontano gli obiettivi raggiunti.

Per L'AUSL di Imola, coerentemente con gli indirizzi regionali e di PAL, l'integrazione socio-sanitaria costituisce l'ambito di intervento di maggior rilevanza strategica su cui si incentrano le politiche del Distretto, attraverso una stretta collaborazione e co-progettazione con gli Enti Locali, per migliorare la capacità di risposta all'evoluzione della domanda sociosanitaria.

In particolare, oltre allo sviluppo dei servizi agli anziani, ambito tradizionalmente di grande attenzione da parte dell'azienda, anche le aree della disabilità (fisica e psichica) e del materno infantile sono state oggetto di confronto interno e riprogettazione, aprendo alla comunità locale con un ascolto particolare ai bisogni espressi dai pazienti, dalle famiglie e dalle associazioni di volontariato. Si tratta di ambiti di particolare difficoltà per i pazienti e le loro famiglie, che richiedono risposte sempre più appropriate ed efficaci, attraverso una sinergia tra azienda, Enti Locali, privato sociale e associazioni di volontariato. La figura sotto riportata, relativa all'integrazione sociale e sanitaria, descrive il processo di *governance* del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari a livello distrettuale.

Figura 3.1 – Governance nei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria



3.1.2 La governance nei servizi ad integrazione socio-sanitaria

Il PSR e il PAL aziendale 2010-2013 hanno posto particolare enfasi sulla necessità di far fronte alla domanda assistenziale attraverso risposte caratterizzate da una forte integrazione sociale e sanitaria. L'attivazione e la valorizzazione della collaborazione tra istituzioni e le varie espressioni della comunità civica e di istituzioni a forte capitale sociale ha caratterizzato gli interventi a favore dei cittadini più deboli, seguendo politiche di comunità ampiamente inclusive.

Se l'integrazione istituzionale ha visto il realizzarsi di azioni di programmazione e controllo strategico, la cui responsabilità è posta in capo al Nuovo Circondario Imolese legittimato alla individuazione delle priorità perseguite tramite una stretta interdipendenza delle politiche sociali con quelle sanitarie, educative, ambientali, urbanistiche, culturali, ecc., l'integrazione di tipo orizzontale e comunitaria vede il Distretto quale soggetto catalizzatore delle diverse strategie, ambito ottimale per lo sviluppo dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali e per qualificare l'offerta ai mutati bisogni della popolazione.

E' in tale ambito organizzativo che l'azienda ha inteso operare per garantire l'utilizzo unitario, equilibrato ed efficiente dei fattori organizzativi e delle risorse disponibili anche se appartenenti a soggetti diversi, assicurando la produzione dei servizi ed il funzionamento delle reti tramite sistemi unificati ed equi per l'accesso (valutazione multidimensionale e multiprofessionale, Liste Uniche di accesso, ecc.), garantendo gli standard di servizio (accreditamento soggetti gestori), la visibilità e la trasparenza delle responsabilità (contestabilità), la qualificazione professionale, al fine di assicurare il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multidimensionale, la cui complessità richiede una risposta altrettanto complessa, coordinata e strutturata (presa in carico congiunta, figura del *case-manager*, ecc.).

3.2 Universalità ed equità di accesso

3.2.1 Il Fondo Regionale per la non Autosufficienza (FRNA)

Negli ultimi anni il FRNA è stato finalizzato allo sviluppo e alla qualificazione della rete integrata dei servizi per renderli più flessibili e prevalentemente centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi vive accanto a loro e se ne prende cura.

Il programma per l'utilizzo del FRNA è contenuto nel programma attuativo del Piano di Zona per la salute ed il benessere sociale. Le priorità individuate sono state il sostegno diretto ed indiretto della domiciliarità, con l'obiettivo di potenziare i servizi e supportare le risorse della persona, della rete familiare, della comunità, per mantenere quanto più possibile la persona non autosufficiente nel suo contesto di vita. In particolare, si è promosso lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (sanitaria e sociale), la qualificazione delle assistenti familiari (con formazione e consulenza), i servizi di teleassistenza gestiti con il concorso del volontariato, i ricoveri temporanei di sollievo ed il sostegno alle reti formali ed informali di solidarietà sociale.

Si rimanda alla [Sezione 2, paragrafo "Sostenibilità economica"](#), per un dettaglio sulla ripartizione della spesa complessiva e al paragrafo successivo per un dettaglio relativo alle aree di intervento con maggior disagio (Anziani, Disabili gravi, Disagio psicologico, ecc.).

3.2.2 Politiche socio-sanitarie per aree con maggior disagio

Costante rimane l'impegno a favore delle fasce di popolazione che presentano maggior disagio socio-sanitario e fragilità. Le politiche di intervento definite negli anni, a livello di Nuovo Circondario Imolese, hanno garantito, in momenti di crisi economica, il mantenimento dei livelli assistenziali in coerenza coi bisogni dei cittadini, attraverso il coinvolgimento del privato sociale e un'offerta di servizi adeguata e in linea con gli anni passati, in alcuni casi in incremento grazie agli aggiornamenti apportati ai Contratti di Servizio coi gestori in ambito socio-sanitario.

ANZIANI. In riferimento all'[assistenza domiciliare](#), nel 2013, la crescita della domanda rispetto al 2012 ha determinato un aumento degli interventi. La spesa 2013 è stata di € 621.265, per 46.568 ore di attività suddivisa tra interventi socio assistenziali e socio educativi. E' stata garantita la fornitura a domicilio di 45.333 pasti ad anziani non autosufficienti, per una media mensile di 60 pazienti presi in carico. Inoltre sul FRNA è gravata la spesa del Telesoccorso, che ha visto nuove gestioni, così come si è mantenuta l'attività di trasporto sociale. Per favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente sono stati erogati 473 assegni di cura per un importo di € 877.418,63 a carico del FRNA, oltre a 28 assegni di cura per un importo di € 69.493,26 a carico del FNA. Si aggiunge anche la spesa di € 150.740 relativa al contributo aggiuntivo per le assistenti familiari assunte con regolare contratto (111 contributi).

Per quanto riguarda l'[assistenza residenziale](#), 509 sono i posti letto accreditati presenti sul territorio aziendale, per 179.031 giornate di presenza degli ospiti per un onere, a carico del FRNA,

di € 6.920.332. L'occupazione media registrata dei posti residenziali è pari al 98%. Sono, inoltre, compresi 8 posti per Ricoveri Temporanei nella Casa Residenza per Anziani "Fiorella Baroncini" di Imola. Le giornate di temporaneità registrate nel 2013 sono state 2.805 con una spesa pari a € 358.989 a carico del FRNA. I **posti semiresidenziali** (52), nel 2013 registrano 14.759 giornate di presenza. L'**accoglienza di sollievo** è stata garantita nella CRA di Via Venturini a Imola, con 1 posto mediamente occupato per tutto l'anno. Sono stati assicurati 484 giorni di accoglienza di sollievo per una spesa complessiva a carico FRNA di € 32.426. All'interno dei posti accreditati si è riproposto con successo il sollievo alle famiglie nei servizi semiresidenziali (Centri Diurni di Imola e Medicina) nelle giornate festive.

A favore delle persone anziane sono stati realizzati, sempre a carico del FRNA (DGR 1206/2007), alcuni **progetti** a livello domiciliare: assistenza al pasto al domicilio, attività di qualificazione del lavoro delle badanti, e specifici progetti tesi ad una maggiore protezione sociale e sanitaria tramite un'azione congiunta dei servizi socio-sanitari, del volontariato e della comunità civile: Progetto spazio di incontro e confronto "Caffè Alzheimer", Progetto Condominio Solidale Imola / Borgo Tossignano / Appartamenti Medicina, Progetto "Centro A'Marcord". Si segnala, inoltre, il Progetto "Nessuno rimanga indietro" dell'Associazione per lo Sviluppo del Volontariato (A.S.Vo), in collaborazione con la Consulta del Volontariato di Imola e realizzato con il coinvolgimento di soggetti del terzo settore e del distretto imolese, in *partnership* con organismi del pubblico e del privato sociale. Le azioni hanno riguardato i seguenti obiettivi:

- promuovere la coesione sociale favorendo il benessere degli anziani con un *workshop* sul tema del teatro comico nelle CRA accreditate e nei reparti di Lungodegenza di Imola;
- favorire i rapporti di buon vicinato e l'animazione culturale per anziani ed adulti con disabilità;
- stimolare anziani con rallentamento motorio (affette dal morbo di Parkinson o altre patologie dell'età anziana) a partecipare ad azioni che migliorino la cenestesi e favoriscano la partecipazione dei familiari.

DISABILI. Nel 2013, nell'ambito dell'**assistenza ai disabili gravissimi**, si registra la presa in carico di 2 nuovi utenti a domicilio e di 1 utente inserito in residenza. Complessivamente gli utenti disabili gravissimi che, ai sensi della DGR 2068/04, hanno usufruito di risposte di tipo residenziale sono stati 8. Il totale delle giornate è stato di 2.742, per una spesa a carico del FRNA di € 278.899, oltre a € 2.896 a carico del FNA – SLA con un sensibile aumento della spesa rispetto all'anno precedente. Nel 2013 sono stati erogati assegni di cura a carico dell'FRNA a favore di 14 disabili gravissimi per un totale di 4.395 giornate / assegno per un importo di € 110.770. A questi si aggiungono assegni di cura a carico del FNA a favore di 4 pazienti portatori di SLA per un totale di 851 giornate / assegno per un importo di € 26.514.

A quanto sopra si aggiunge l'attività di assistenza domiciliare di tipo socio-educativa e socio-assistenziale e il sostegno socio educativo rivolto ai disabili che hanno concluso il percorso educativo scolastico, oltre ad una serie di progettualità specifiche riguardanti l'inserimento lavorativo, borse-lavoro, pasti a domicilio, trasporto sociale.

Nell'ambito della realizzazione di una **Rete per disabili adulti** (DGR 1230/08) e del programma approvato dalla Giunta del Nuovo Circondario Imolese per il 2013, sono stati effettuati: 61 inserimenti di utenti nei centri socio-occupazionali, per un totale di 12.685 giornate (€ 159.093,61); 18 utenti sono stati inseriti in strutture residenziali di livello alto, più n. 1 sollievi, per un totale di 6.494 giornate (€ 796.046,64); 62 utenti sono stati ospitati in strutture residenziali di livello medio (comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette) per un totale di 18.559 giornate (€ 1.074.288,01). Nei centri socio-riabilitativi diurni sono stati ospitati 37 utenti per un totale di 8.728 giornate (€ 685.070,63).

In riferimento alla DGR 1762/2011 "Programma attuativo della Regione Emilia-Romagna per l'assistenza domiciliare ai malati di **sclerosi laterale amiotrofica (SLA)**", nell'ambito del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze nel 2013, l'azienda ha realizzato, unitamente all'AUSL di Bologna, il Corso di Formazione per "La corretta gestione al domicilio dell'utenza con patologia SLA" dedicato al personale con qualifica OSS.

DISAGIO PSICHICO. Si deve evidenziare come negli ultimi anni si sia registrato un aumento degli accessi e delle prese in carico di pazienti da parte del **Dipartimento di Salute Mentale**. Tale fenomeno è riconducibile, in parte, agli effetti conseguenti alle mutate condizioni socio-economiche e alla complessità sociale, ma anche ad un diverso atteggiamento culturale che, rispetto al passato, tende a stigmatizzare meno chi fa ricorso a questi servizi, favorendo l'emersione spontanea di forme di disagio prima nascoste.

Analogamente, sul fronte dell'utenza che accede al servizio delle **dipendenze patologiche**, col diffondersi di nuove dipendenze legate maggiormente ad una società del "benessere" che vede colpite persone anche di medio/alto stato sociale, si sta diffondendo una cultura che tende a superare atteggiamenti di emarginazione e "ghettizzazione". Inoltre, un nuovo impegno viene rivolto, sia a livello preventivo che assistenziale, alle forme di disturbi comportamentali che coinvolgono il mondo giovanile. In tale contesto sociale, l'area delle Disagio psichico e delle Dipendenze Patologiche, ha rivisto profondamente la propria organizzazione dei servizi, sia a livello ospedaliero che territoriale, in funzione della complessità sopra evidenziata che richiede nuove risposte di intervento secondo un approccio assistenziale per livelli di intensità.

Sempre sul fronte del disagio psichico vanno segnalati gli interventi per garantire una adeguata risposta alle nuove e/o più diffuse problematiche in area adolescenziale. Si segnala il progetto, avviato a livello di AVEC, sui **disturbi del comportamento alimentare** che, partendo dall'esame dell'offerta e dalla raccolta dei dati di attività degli ultimi anni, ha avanzato una proposta di rete DCA di AVEC. Il documento redatto dal gruppo di lavoro è stato approvato dal Collegio Tecnico dei Direttori Sanitari AVEC il 11.09.2013 ed inviato agli organismi regionali in data 14.11.2013. A livello aziendale, il percorso DCA assicura una valutazione diagnostica di accesso per adolescenti e giovani adulti secondo il target 12-25 anni indicato dal programma regionale. Sulla base degli elementi emersi nella fase di accesso si procede, previo confronto all'interno dell'équipe multidisciplinare, ad una fase di approfondimento specialistico che può

comportare una valutazione sia di tipo internistico-nutrizionale che di tipo psichiatrico-psicologica. Il percorso multidisciplinare prevede l'intervento dei professionisti delle diverse discipline di base attraverso valutazioni da parte del pediatra/medico internista, psichiatra, neuropsichiatra infantile, psicologo e dietista.

In ambito neuropsichiatrico infantile si segnalano gli sviluppi per quanto riguarda l'**Autismo**. Per la rilevanza che assume l'intervento precoce, si è sviluppata una proficua collaborazione con l'Ufficio Scolastico – Sezione Infanzia, per l'organizzazione di un corso di formazione, tenuto da professionisti e ricercatori esperti, rivolto al personale scolastico dei nidi e delle scuole materne e agli operatori della **NPIA**, finalizzato ad un approfondimento dei metodi e delle proposte riabilitative e psicoeducative più accreditate nell'ambito del trattamento precoce dei disturbi dello spettro autistico. Sul versante del progetto semiresidenziale "Magicamente" si segnala il coinvolgimento delle Associazioni dei genitori nell'ampliamento del Centro rispetto al numero degli utenti (da 3 si è passati a 9), al numero degli accessi settimanali (da 2 a 4 pomeriggi settimanali) e alle risorse educative (mantenimento del rapporto educativo 1:2). Per i pazienti maggiorenni, il progetto, finora sostenuto economicamente dal DSM-DP, andrà verso una integrazione socio-sanitaria con la relativa imputazione della spesa sul FRNA.

Le situazioni di emergenza in età evolutiva, che riguardano prevalentemente minori preadolescenti e adolescenti con disturbi comportamentali gravi (nuclei familiari multiproblematici, traumi da abbandono, deprivazioni e maltrattamenti, ecc.), hanno visto la messa in campo dei seguenti interventi, in relazione alla gravità del caso: gestione ambulatoriale e/o domiciliare da parte della NPIA; interventi di Pronto Soccorso con consulenza psichiatrica e attivazione della NPIA che può risolversi col rientro a casa e l'attivazione di un progetto integrato, oppure con un ricovero in Pediatria a fronte di un supporto assistenziale da parte dei servizi della NPIA; attivazione di progetti integrati sanitario-sociale a livello territoriale o con un inserimento in comunità con progetto semiresidenziale o residenziale; ricovero in SPDC, qualora si renda necessario. La NPIA, in tal caso, assicura la continuità assistenziale attraverso il referente clinico, che partecipa alla elaborazione integrata di un progetto di cura.

3.2.3 Governo delle liste di attesa

Le azioni per il contenimento delle liste d'attesa, nonostante l'alto livello di attenzione, non hanno raggiunto tutti i livelli di *performance* prefissati. Per quanto riguarda visite e prestazioni in regime di urgenza (entro 24 ore) e di urgenza differibile (entro 7 giorni) le *performance* rispettano le tempistiche del "Piano per il Contenimento dei Tempi Massimi di Attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali", anche se permangono criticità per alcune prestazioni non in regime d'urgenza, per le quali è stato rinnovato l'intervento di miglioramento già a partire dal 2014.

La Tabella 3.2, che riporta i **Tempi di attesa prospettici (MAPS)** pubblicati sul Sito Internet aziendale in base ai monitoraggi di livello regionale, mostra i tempi medi d'attesa e l'indice di *performance*, relativi al 2013, a confronto con i due anni precedenti.

Tabella 3.2 - Rilevazione MAPS: indici performance prestazioni specialistiche. Periodo 2011-2013

Disciplina	Tempo medio di attesa MAPS			% a 30 gg x visite e 60 gg x diagnostica: MAPS		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Cardiologia						
<i>Visita Cardiologica</i>	43	22	68	72%	70%	35%
<i>Elettrocardiogramma</i>	39	31	64	89%	98%	58%
<i>ECG da sforzo</i>	n.v	60	100	n.v	57%	29%
<i>Elettrocardiogramma holter</i>	61	88	112	47%	45%	22%
Dermatologia						
<i>Visita Dermatologica</i>	37	57	56	65%	63%	49%
Gastroenterologia						
<i>Visita Gastroenterologica</i>	67	16	12	17%	96%	92%
<i>Colonscopia</i>	78	26	5	49%	87%	96%
<i>Gastroscopia</i>	30	18	12	100%	100%	97%
Ostetricia -Ginecologia						
<i>Visita Ginecologica</i>	75	22	28	25%	85%	70%
<i>Visita Ostetrica</i>	13	12	15	100%	100%	100%
Medicina						
<i>Ecocolordoppler</i>	28	53	118	80%	66%	16%
<i>Ecocolordoppler Cardiaca</i>	104	33	166	20%	85%	20%
Endocrinologia						
<i>Visita Endocrinologica</i>	28	17	34	79%	100%	56%
Neurologia						
<i>Visita Neurologica</i>	10	17	29	100%	100%	42%
Oculistica						
<i>Visita Oculistica</i>	98	74	76	16%	39%	46%
Oncologia						
<i>Visita Oncologica</i>	10	16	14	100%	90%	100%
Senologia						
<i>Visita Senologica</i>	n.v	n.v	16	n.v	n.v	100%
Ortopedia						
<i>Visita Ortopedica</i>	50	30	43	52%	54%	31%
Otorinolaringoiatria						
<i>Visita Otorinolaringoiatrica</i>	15	17	19	100%	92%	88%
<i>Audiometria</i>	26	24	23	100%	100%	100%
Odontoiatria						
<i>Visita Odontoiatrica</i>	n.v	n.v	26	n.v	n.v	43%
Pneumologia						
<i>Visita Pneumologica</i>	44	39	47	13%	40%	40%
Urologia						
<i>Visita Urologica</i>	49	15	50	43%	100%	25%
Medicina Riabilitativa						
<i>Visita Fisiatrica</i>	18	18	14	100%	100%	96%
Radiologia						
<i>Ecografia Addome</i>	44	39	59	85%	91%	63%
<i>TAC Addome</i>	14	55	120	83%	64%	36%
<i>TAC torace</i>	15	8	71	45%	100%	44%
<i>TAC del Capo</i>	43	28	26	52%	100%	100%
<i>TAC rachide e speco vertebrale</i>	34	30	28	57%	100%	100%
<i>TAC Bacino</i>	n.v	45	22	n.v	100%	100%
<i>RMN Colonna</i>	55	101	142	68%	33%	19%
<i>RM Muscoloscheletica</i>	n.v	75	95	n.v	62%	39%
<i>RMN Cerebrale</i>	7	13	42	86%	100%	83%
<i>Mammografia</i>	n.v	37	99	n.v	91%	54%
<i>Ecografia Capo e Collo</i>	n.v	55	74	n.v	50%	48%
<i>Ecografia Ostetrica e Ginecologica</i>	n.v	28	35	n.v	100%	82%
<i>EMG</i>	34	65	39	1	44%	100%
<i>Spirometria</i>	79	47	59	0	48%	54%

In relazione ad alcune branche specialistiche per patologie croniche, le criticità sono anche imputabili ad una rilevazione dei tempi che non permette di distinguere le prime visite dalle visite di controllo, aumentando i tempi di attesa di primo accesso secondo le procedure di rilevazione a livello regionale. In riferimento ai [tempi di attesa in regime di ricovero](#), si rimanda alla Sezione 2, par. 2.3.3 "Assistenza ospedaliera", dove si riportano gli indici di *performances* sui tempi di attesa per alcuni interventi chirurgici oggetto di monitoraggio regionale.

3.3 Centralità del cittadino

3.3.1 Forme di partecipazione del cittadino

Anche nel 2013 il "Piano-programma aziendale di ascolto e coinvolgimento di cittadini, comunità e professionisti e di azioni di miglioramento" si è sviluppato nel corso dell'anno mettendo a sistema tutti gli strumenti finalizzati all'ascolto dei cittadini (vedi anche [Sezione 5, par. 5.1.1](#)) ed alla loro partecipazione attiva alla vita dell'azienda, attraverso i propri rappresentanti. Questo strumento strategico di programmazione delle azioni annuali, coordinato dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), accorpa le funzioni di rilevazione della qualità percepita dagli utenti, di gestione e analisi delle segnalazioni e promozione delle azioni di miglioramento, di coordinamento e sviluppo delle attività dei Comitati aziendali (CCM e CUF). Negli ultimi anni ci si è, inoltre, attivamente occupati dello sviluppo dell'equità e del *diversity management*, tema su cui si è incentrato il seminario di rendicontazione annuale del 27 novembre 2013, a cui hanno partecipato la Direzione medica, i Dipartimenti ospedalieri (direttori, medici ed infermieri), i membri del CCM, l'URP e l'Equipe Qualità Percepita, la Direzione Generale, i rappresentanti della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale e che ha visto la presenza anche dell'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale.

Comitato Consultivo Misto degli Utenti (CCM). Nel 2013 sono stati 11 gli incontri dell'assemblea plenaria che hanno avuto all'ordine del giorno: la discussione dei risultati del seminario aziendale 2012 "*La qualità percepita dei servizi di ricovero e cura in ospedale - osservatorio per l'ascolto/coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti*", l'analisi delle schede su azioni di miglioramento ed eccellenze, la programmazione dell'attività annuale di ascolto e di qualità percepita, la presentazione del percorso nascita nell'AUSL di Imola; la malattia oncologica e il lutto (con i risultati del *focus group* sulla qualità della vita in Hospice e di alcune iniziative specifiche di miglioramento e di umanizzazione realizzate nell'anno); l'analisi delle segnalazioni URP 2012 e la relazione di attività del CCM; la presentazione da parte della direzione generale del Piano Strategico Aziendale 2010/2013 (in seduta congiunta con il CUF); la presentazione dati MAPS; la presentazione del progetto "Nessuno rimanga indietro"; la presentazione della Casa della salute di Castel San Pietro T; la presentazione del progetto di Audit organizzativo del Dipartimento di Emergenza Accettazione e l'organizzazione dell'indagine sugli utenti che è poi stata svolta con la collaborazione dello stesso CCM; il progetto segnaletica ospedaliera e territoriale secondo le linee guida della *Health literacy* a cui ha contribuito il CCM; la presentazione della UOC di Gastroenterologia e dei percorsi di endoscopia operativa; le novità del Servizio Alberghiero e la discussione sull'istituzione della nuova Commissione mista conciliativa e del relativo regolamento. Come di consueto, per i temi che meritavano un approfondimento ed un'attività specifica sono stati attivati sottogruppi di lavoro. Il gruppo "comunicazione al cittadino" si è occupato degli aggiornamenti delle carte dei servizi delle unità operative; il gruppo "segnalazioni" ha svolto semestralmente l'analisi dei reclami, valutato le seconde istanze, prodotto il nuovo regolamento per l'attivazione della Commissione Mista Conciliativa ed il piano azioni di

miglioramento annuale; il gruppo "qualità percepita" ha contribuito alla progettazione del *focus group* sulla qualità della vita in Hospice, sperimentato gli indicatori di umanizzazione 2013-14 dell'AGENAS, collaborato alle progettazioni delle indagini di qualità ambulatoriale; il gruppo "accessibilità/equità" ha collaborato al seminario equità 2013, alla costruzione del piano equità 2014 e al piano segnaletica. Nel 2013 il CCM e CUF hanno supportato gli uffici tecnici nella revisione della segnaletica dal punto di vista dei cittadini e dell'equità di accesso.

Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale (CUF). Oramai al V anno di attività, il CUF procede speditamente mantenendo strette connessioni con l'attività del CCM, che incontra periodicamente per un proficuo scambio di informazioni. Nel 2013 il CUF si è riunito 5 volte, oltre a 2 sedute plenarie con il CCM. Operando in stretta sinergia con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche, il CUF ha partecipato attivamente agli eventi organizzati dal DSM e alle attività di miglioramento previste a seguito delle risultanze dell'indagine di qualità percepita partita nel 2011 e proseguita per tutto il 2012. I volontari CUF hanno, inoltre, lavorato in gruppi a progetti specifici sui temi della: continuità assistenziale tra età pediatrica e età adulta; equità di accesso e percorsi dedicati; formazione famigliari (UFE) a supporto della comunicazione ed accoglienza ad utenti con disagio psichico; "Oltre la Siepe" (rassegna culturale annuale per la sensibilizzazione ai temi dell'inclusione); qualità percepita; segnaletica delle strutture sanitarie.

3.3.2 Valutazione gradimento del cittadino

Focus Group Hospice. Tra il 2012 e il 2013 si è svolta un'indagine sull'Hospice attraverso la tecnica del *focus group*. Sono stati 3 i focus nel 2012, di cui si è relazionato nel precedente Bilancio di Missione, mentre nel 2013 si è svolto un focus di approfondimento che ha coinvolto l'equipe per raccogliere idee e proposte atte a raccontare l'Hospice alla comunità e ai colleghi.

Focus Group Servizio Trasfusionale. L'esigenza di valutare il gradimento del servizio trasfusionale, che nel 2012 ha acquisito alcune prestazioni prima effettuate in Day Hospital, ha portato alla realizzazione di un *focus group* con pazienti e famigliari del servizio stesso che evidenziasse punti di forza e di debolezza dell'organizzazione del servizio. Il focus si è svolto il 26 giugno 2013 nella saletta del Centro raccolta sangue. Sono state invitate 12 persone tra pazienti e familiari, il campione è stato selezionato tra i frequentatori degli ultimi mesi dall'equipe con la collaborazione del conduttore. Hanno partecipato 7 persone: 4 familiari e 3 pazienti. Il focus group è stato realizzato da due sociologhe: conduttore e osservatore. Il materiale ottenuto dalla trascrizione è stato sottoposto ad analisi qualitativa del contenuto per aree tematiche. Pazienti e familiari hanno espresso una percezione positiva della nuova organizzazione con miglioramento dei tempi di permanenza per la trasfusione rispetto alla situazione precedente. Aree di miglioramento sono la prenotazione per accesso diretto e per il prelievo domiciliare. In alcune circostanze la difficoltà di prenotazione è stata superata dalla disponibilità degli operatori del centro prelievi e dell'assistenza domiciliare. Gli ambienti sono considerati facilmente accessibili,

confortevoli con apprezzamento per pulizia e ordine. I partecipanti riconoscono professionalità e cortesia ad entrambe le equipe che li hanno assistito e li assistono attualmente.

Indagine regionale sulla qualità percepita nei servizi dedicati all'interruzione di gravidanza.

Nell'estate 2013 si è collaborato all'indagine regionale di qualità percepita con tecnica quantitativa (somministrazione questionario con intervista) su un campione di utenti che ha usufruito dei servizi dedicati all'interruzione di gravidanza. Obiettivo dell'indagine era rilevare la qualità dal lato delle utenti dei servizi dedicati per ottenere indicazioni utili al miglioramento. La conduzione dell'indagine ha "sofferto" la difficoltà di reclutamento delle donne (10 cittadinanza italiana e 5 cittadinanza straniera) e le interviste sono state prorogate di qualche mese. L'elaborazione dei dati è tutt'ora in corso da parte della Regione.

Qualità percepita nei servizi per la vaccinazione pediatrica e degli adulti.

Si tratta per l'AUSL di Imola della prima indagine quantitativa svolta su un'attività ambulatoriale. L'obiettivo dell'indagine regionale è di rilevare attraverso questionario il parere degli utenti rispetto ad alcune caratteristiche degli ambulatori vaccinali, per individuare azioni di miglioramento. Dall'8/4 all'8/5 sono stati consegnati i questionari negli ambulatori vaccinali per adulti e bambini, secondo il definito campionamento per sedi territoriali. L'adesione è stata alta, con un ritorno dell'85,3% per i servizi di vaccinazione adulti e del 96,4% per i servizi di vaccinazione pediatrica. I dati sono in corso di elaborazione presso l'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale.

Audit Organizzativo Dipartimento Emergenza Accettazione.

Nel 2013 è stato realizzato, con il supporto metodologico di una ditta esterna specializzata, un Audit organizzativo sul DEA con gli obiettivi di: descrivere il livello di adesione al modello organizzativo clinico-assistenziale definito all'apertura del "nuovo DEA" (2009); conoscere il livello di integrazione multi professionale e multidisciplinare; descrivere la percezione degli operatori sull'organizzazione; rilevare la percezione della qualità dell'assistenza dei cittadini che afferiscono al DEA; sperimentare la metodologia dell'Audit in un Dipartimento di Emergenza Accettazione come strumento di monitoraggio della qualità dell'assistenza e della qualità percepita dall'utente e definire azioni di miglioramento sulla base delle criticità emerse. La ricerca si è realizzata con una serie di *focus group* con gli operatori per predisporre tre tipologie di questionari: uno rivolto agli operatori del DEA, uno rivolto alle interfacce (direttori e coordinatori assistenziali degli altri dipartimenti, medici e pediatri di famiglia) ed uno per i cittadini, somministrato a pazienti, familiari o conoscenti, coinvolgendo utenti dell'intero Dipartimento Emergenza. In ottobre il campione è stato intervistato dai volontari del CCM e del CUF istruiti sugli obiettivi di ricerca e sulle modalità di somministrazione del questionario. Per quanto riguarda il PS e l'OBI, il campione selezionato è composto da 80 persone, di cui 70 fruitori del PS e 10 dell'OBI. I pazienti dell'Area critica intervistati sono stati 15 di cui 5 di UTIC, 5 di semi-intensiva e 5 di intensiva e 30 dell'area degenza (Cardiologia e Medicina d'urgenza). I questionari compilati sono stati 125. Il report finale sarà presentato nel 2014 contemporaneamente alle azioni di miglioramento predisposte.

3.3.3 Equità e *Diversity Management*

Su indicazione della Regione, in questi ultimi anni, le aziende sanitarie sono impegnate a sviluppare la cultura dell'equità a tutti i livelli, nei confronti dei propri cittadini/utenti e dei propri professionisti. La scelta aziendale è stata di mantenere il coordinamento di queste attività in capo allo Staff Informazione e Comunicazione e nello specifico al responsabile aziendale URP-Qualità percepita per garantire la massima integrazione dei percorsi che mettono al centro il cittadino. L'AUSL di Imola ha deliberato il *Board* Equità aziendale a giugno 2011. Ad agosto 2011 è nato il CUG ([Comitato Unico di Garanzia](#) per le pari opportunità, valorizzazione del benessere di chi lavora, contro le discriminazioni), che fornisce un importante contributo sul versante del rispetto e della valorizzazione delle diversità dei professionisti (*Diversity management-DM*). Il programma di formazione sul tema e di definizione delle priorità di intervento è stato prodotto e condiviso con l'Agenzia Sanitaria Regionale nel 2012, e nel 2013 il *Board* Equità si è riunito due volte completando il monitoraggio, la compilazione e la verifica condivisa delle schede di autovalutazione in entrambi i settori, poi consegnati alla direzione aziendale. Alla fine del 2013 è stato quindi prodotto il Piano per l'Equità 2014-16. Il *Board* ha validato i progetti di buone pratiche, avviati nell'anno: il gruppo di lavoro Accessibilità/Equità - Progetto "Vengo anch'io", che si concluderà nel 2014 con l'installazione della nuova segnaletica aziendale sulle maggiori strutture aziendali, impegnando il CCM ed il CUF nel supporto all'Unità Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche per la revisione della segnaletica dal punto di vista della comprensibilità e fruibilità per i cittadini (applicando i principi della *Health Literacy*) e dell'equità di accesso. Si è, inoltre, prodotto uno specifico gruppo per definire ed attuare un piano per l'accessibilità fisica ossia di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali che ha coinvolto anche il CCM della Montecatone RI Spa, anche in relazione agli indicatori AGENAS. Il gruppo "piano per l'accessibilità organizzativa", che ancora una volta ha visto al centro CCM e CUF, si è invece impegnato nella revisione dei percorsi di Pronto Soccorso o Ambulatoriali individuati come critici per persone con disabilità fisiche o psichiche. Il gruppo di lavoro del CUF "UFE- utenti e familiari esperti" si è impegnato ad organizzare un progetto di formazione/addestramento di familiari della salute mentale a supporto della comunicazione/accoglienza agli utenti con disagio psichico. Infine, si è costituito un gruppo di progetto "Equità accesso screening PapTest" che ha individuato una priorità specifica di questa comunità. I dati di adesione agli *screening* femminili attestano, infatti, una parziale adesione da parte della popolazione straniera. Il gruppo si è impegnato ad analizzare i dati, indagare il fenomeno ed individuare azioni di contrasto alla disegualianza di accesso, monitorando poi i risultati degli interventi. Anche nel 2013 è stata confermata l'attività di formazione/aggiornamento del personale sul tema Equità/DM svolta nel 2012. Il *Piano di formazione equità 2013*, che ha coinvolto CCM e CUF come uditori ha previsto 9 eventi formativi dipartimentali che si sono conclusi con il seminario aziendale di condivisione e presentazione delle linee del Piano aziendale Equità del 27 novembre 2013.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

3.4.1 Appropriatelyzza clinica e organizzativa

Politiche di Area Vasta Emilia Centrale (AVEC). Il 2013 ha registrato un decisivo impulso dell'attività in ambito di Area Vasta che ha interessato il consolidamento del nuovo modello organizzativo dell'AVEC nella configurazione prevista dalle Direttive Regionali (DGR 927/2011) e la corretta interpretazione e applicazione delle linee di programmazione e finanziamento regionali (DGR 199/2013) indicanti le principali aree di intervento. In tale ambito il Comitato dei Direttori dell'AVEC (seduta 7/3/2013) ha identificato i seguenti argomenti quali obiettivi prioritari per il 2013:

- Integrazione Servizi Amministrativi
- Laboratorio Unico AVEC
- Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est
- Piano ICT (in particolare l'anagrafe sanitaria)

In sedute successive il Comitato dei Direttori ha avviato ulteriori progettualità:

- approfondimento logistica integrata di Area Vasta per verificare la fattibilità di un magazzino unico di AVEC;
- progetto per la realizzazione di un unico Servizio trasfusionale in area metropolitana.

Laboratorio Unico. Nel corso del 2013 si è concretizzata, anche con atti formali, la realizzazione del Laboratorio di Area Vasta. Approvato in via definitiva nell'incontro del Comitato dei Direttori AVEC del 3/10/2013, il progetto è stato inviato in regione il 30/10/2013. Nel contempo si è lavorato sul piano tecnico ed organizzativo. Si è lavorato sui processi riorganizzativi in relazione al riposizionamento della funzione *hub* sul laboratorio dell'Ospedale Maggiore. Ciò comporterà una redistribuzione della tipologia degli esami e del ruolo dei laboratori presenti nell'area bolognese che riguardano, tra l'altro, il trasferimento delle attività di autoimmunità dal laboratorio del S. Orsola a quello del Maggiore e la conclusione dell'iter di trasferimento degli esami di microbiologia dall'AUSL all'Azienda Ospedaliera. Con Deliberazione del DG, n. 171 del 27/11/2012 è stata attribuita, a partire dal 1/1/2013, la Responsabilità del Laboratorio di Imola al Direttore del LUM. Si è proceduto, inoltre, alla stesura dei capitolati di fornitura e all'espletamento delle gare di aggiudicazione per diversi sistemi operativi: analisi delle urine, elettroforesi e nefelometria. Definito il capitolato si è dato corso alla gara per il "Corelab" con l'aggiudicazione a luglio 2014. Si è provveduto, anche, a seguito di gara ad evidenza pubblica, all'aggiudicazione del nuovo sistema di informatizzazione del laboratorio unico, che vede allo stato attuale l'unificazione in un unico database dei sistemi delle aziende della provincia bolognese.

Centralizzazione magazzini farmaceutici ed economici. A partire dai primi mesi dell'anno le Direzioni delle Aziende di AVEC hanno avviato anche uno specifico lavoro di analisi e progettazione in ambito logistico per conseguire una progressiva integrazione ed unificazione

strutturale secondo quanto indicato dagli obiettivi regionali. I primi risultati sono stati oggetto dell'Assemblea dei DDGG AVEC (19/4/2013) che, oltre a fare il punto sulle esperienze presenti, ha consentito di delineare le linee di indirizzo per il progetto da predisporre. In particolare, è stato condiviso che tale progetto deve garantire maggiori livelli di efficienza rispetto all'assetto attuale tramite la gestione unificata dei punti logistici disponibili, anche attraverso l'adozione di applicativi informatici unici che consentano la modularità e piena integrazione dei processi di logistica operativa (unificazione degli ordini, ottimizzazione delle scorte, ecc.) e la progressiva riduzione del numero dei magazzini che tenga conto dei vincoli esistenti con fasi successive che ne consentano il superamento. Il percorso attuato per elaborare il progetto di integrazione logistica è partito dalla costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale che ha analizzato studi precedentemente elaborati in AVEC per una loro possibile integrazione e la situazione dei magazzini e dei processi logistici dei beni attualmente presente nelle aziende, per offrire ai Direttori Generali un quadro aggiornato sul quale impostare un nuovo percorso realmente integrato a livello interaziendale.

Servizio Trasfusionale. L'integrazione dei Servizi Trasfusionali dell'Area Metropolitana Bolognese e della AVEC in unico Servizio si pone, quali principali obiettivi, la concentrazione delle attività routinarie in un'unica sede per garantire l'omogeneizzazione degli interventi in un'ottica di miglioramento degli aspetti inerenti la sicurezza della terapia trasfusionale e di gestione univoca e prospettica dell'appropriatezza terapeutica e la costituzione di un polo di capacità professionali, tecnologiche ed organizzative e di casistica utile alla promozione della ricerca e sviluppo in ambito di medicina trasfusionale a valenza regionale, nazionale e internazionale. Le professionalità specifiche e le eccellenze delle singole realtà aziendali di area vasta verranno in tal modo poste al servizio anche delle altre sedi operative, sia a livello metropolitano e regionale, generando sinergie di efficienza e maggiore qualificazione del servizio.

A settembre 2013 è stato designato un gruppo di staff, coordinato dal Responsabile del progetto con il supporto della direzione Operativa di AVEC, costituito da referenti delle aziende sanitarie, con l'obiettivo di elaborare, in relazione a quanto sopra, un progetto di Area Vasta.

Il 16/1/2014 il progetto è stato posto all'attenzione delle Direzioni aziendali in AVEC che lo hanno approvato. Il 28/1/2014 la Direzione di AVEC ha formalmente incaricato il Responsabile di progetto di procedere alla fase operativa. Il sistema trasfusionale unico per l'area metropolitana, con estensione in una seconda fase all'area ferrarese, vede allo stato attuale l'unificazione in un unico database dei sistemi delle aziende della provincia bolognese.

Centrali Operative – 118. La realizzazione della Centrale Operativa di area omogenea Emilia Est (Bologna, Ferrara e Modena) è iniziata su indicazione regionale con un incontro presso l'Assessorato alle Politiche Sociali il 10/1/2013. Nel rispetto della tempistica prevista è stato elaborato un documento progettuale corredato da un'ipotesi di tempistica per la sua realizzazione. Il Comitato dei Direttori AVEC ha approvato il progetto nell'incontro del 22/5/2013 e inviato alla Regione in data 6/6/2013. Il progetto è stato, inoltre, sottoposto con esito positivo all'esame delle CTSS di Bologna, Ferrara Modena e del Nuovo Circondario Imolese a luglio 2013.

Integrazione servizi tecnico amministrativi. A seguito della nota del Direttore Operativo AVEC (10/10/2012) si è costituito un gruppo di lavoro per realizzare azioni condivise in materia di amministrazione e gestione dell'**attività libero professionale** che, nel 2013, ha effettuato le attività di seguito indicate. 1. Con l'entrata in vigore del c.d. "Decreto Balduzzi" (DL 158/2012) individuazione di strumenti interpretativi comuni e di univoche modalità operative nella ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'attività LP intramuraria nelle strutture aziendali e dei volumi delle prestazioni rese in regime di LP. 2. Analisi e individuazione di criteri comuni per i sistemi di autorizzazione alla LP dei dirigenti medici e sanitari. 3. Definizione dei criteri contabili unici per le aziende dell'AVEC in ordine alla trattenuta del 5% sugli onorari medici delle prestazioni LP, prevista dal "Decreto Balduzzi" e individuazione delle azioni conseguenti alla nota del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali del 19/9/2012 "ulteriore decurtazione compensi ALP dell'11,95%". 4. Definizione di proposte comuni all'Osservatorio Regionale LP in ordine ai criteri per le Linee Guida Regionali in tema di LP. 5. Interpretazione e applicazione delle Linee Guida regionali in materia di LP (DGR 1131 del 2/8/2013) in particolare sulla disciplina dell'utilizzo di spazi esterni e studi privati per l'esercizio di LP, sugli strumenti di accesso e pagamento delle prestazioni LP e sulle caratteristiche tecniche della infrastruttura di rete.

Nel **settore acquisti** la programmazione 2013 è stata presentata come programmazione unica di AVEC, poiché è ormai prassi consolidata il confronto tra le aziende, anche laddove l'acquisizione sia prevista per una sola di esse. Si riporta in sintesi tale programmazione e, per continuità con gli anni passati, le procedure che hanno visto la presenza di almeno due aziende dell'AVEC.

Sono 202 le procedure di acquisizioni programmate per una o più delle aziende AVEC:

- 79 relative a beni sanitari,
- 16 relative a beni e servizi informatici,
- 59 relative a beni e servizi economici,
- 33 relative a service/noleggi,
- 13 relative a manutenzioni attrezzature sanitarie e tecnico economici,
- 2 relative a servizi sociali.

Sono state aggiudicate 127 procedure (62%), per un importo totale annuo con IVA di € 58,82 mln. Delle 75 procedure non aggiudicate (38%), 9 sono confluite in altre procedure e 11 non si sono più rivelate necessarie; le rimanenti 55 sono in corso di completamento. Senza tenere conto degli acquisti diretti attraverso ordini in economia, ai fini di omogeneità nella rilevazione, sono state inoltre espletate, ad integrazione della programmazione, 142 procedure: 18 da parte del Dipartimento Acquisti di Ferrara per un importo annuo con IVA di € 5,14 mln. e 124 da parte del Servizio Acquisti Metropolitan (SAM) di Bologna per un importo annuo con IVA di € 25,74 mln.

L'importo totale di AVEC delle gare aggiudicate fuori programmazione è stato di € 30,88 mln.

L'attività del **Gruppo degli Uffici Assicurativi** di AVEC per la gestione diretta dei sinistri e del contenzioso da responsabilità medica di cui alla LR 13/2012, nell'ambito della predisposizione di gare per le coperture assicurative, ha avuto nuovo impulso in vista delle scadenze contrattuali al

31/12/2013 della polizza RCT/RCO e del servizio di *Brokeraggio* assicurativo in essere. Per quanto riguarda il servizio di *Brokeraggio* si è proceduto alla proroga tecnica del contratto per sei mesi, rinviando al 2014 i lavori per la predisposizione degli atti di gara. Analogamente sono state rinviate al 2014 le procedure per l'allestimento della gara per l'affidamento delle coperture assicurative RCAuto, *Kasko*, Infortuni, *All risks* beni immobili e *All risks* beni artistici, in scadenza al 30/6/2014. L'attività preponderante del Gruppo è stata svolta per l'avvio delle azioni propedeutiche all'affidamento del servizio assicurativo della responsabilità civile verso terzi e operatori (polizza RCT/RCO).

L'applicazione normativa "**prevenzione corruzione e trasparenza**" su sollecito di diverse Direzioni Aziendali dell'Area Vasta, visto il notevole impatto delle novità normative nazionali (L 190/2012, D.Lgs 33/2013, D.Lgs 39/2013) e delle delibere applicative ANAC in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza, ha visto attivato un Tavolo permanente di confronto e coordinamento AVEC su tale materia, coi Responsabili aziendali per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza. Gli ambiti di confronto sviluppati sono i seguenti: contenuti del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, del Programma Triennale per la Trasparenza e per l'Integrità e del Codice di comportamento; contenuti della sezione "Amministrazione trasparente" dei siti istituzionali; monitoraggio delle azioni e delle ricadute dei documenti predisposti; promozione di attività formative ed informative in forma congiunta.

In materia di applicazione della **normativa Privacy**, a dicembre 2012, è stato costituito un Gruppo di lavoro con professionalità esperte dalle diverse aziende. Le problematiche emerse – oggetto di particolare approfondimento nel corso del 2013 - hanno orientato gli esperti a prendere in considerazione due istituti che potrebbero (in alternativa) risolvere eventuali conflitti in materia:

- 1) l'istituto della "contitolarità" dei trattamenti fra i diversi Titolari interessati;
- 2) l'istituto della nomina di "Responsabile esterno del trattamento dei dati" che ciascun Titolare del trattamento sarebbe tenuto a garantire.

Le conclusioni del gruppo sono state presentate e condivise al Collegio Tecnico AVEC – Area Sanitaria in data 31/10/2013 e, come da indicazione dei Direttori Sanitari, è stato deciso di integrare altre professionalità (in particolare figure di medici di direzione) indicate dalle aziende. Successivamente il gruppo si è nuovamente riunito (22/11/2013) evidenziando, con vari distinguo, la soluzione della contitolarità dei trattamenti come la più idonea e garantista rispetto alle esigenze delle Aziende AVEC, con riferimento agli innumerevoli trattamenti congiunti che sono già in corso o che sono programmati per i prossimi anni.

Come previsto dal **piano strategico ICT** AVEC, nel 2013, sono stati portati avanti diversi progetti che hanno avuto origine negli anni precedenti.

Il più rilevante è il progetto di adozione di un'**Anagrafe Unica di Area Vasta** che a oggi vede collegati l'AUSL e l'AOSP di Bologna, lo IOR, mentre sono in fase di attivazione l'AUSL di Imola e le Aziende AUSL e AOSP di Ferrara.

Segue il progetto di un sistema unico AVEC di [Anatomia Patologica](#) che ha visto l'avvio dell'AUSL di Bologna e di Imola e che prevede nel 2014 il completamento dell'AUSL BO (Ospedale Bellaria) e l'estensione all'AOSP di Bologna, previa condivisione delle configurazioni uniche per l'AVEC.

Altro progetto, che ha visto nuovo impulso riguarda l'unificazione logistica dei sistemi PACS (o **PACS federato**) che prevede, in una prima fase, l'unificazione dei sistema in area metropolitana. Nel 2013, infine, è stata condotta la definizione di specifiche per la realizzazione della gara per il nuovo **servizio di help desk**, manutenzione e assistenza delle stazioni di lavoro, uniformato in area vasta e per cui è imminente la pubblicazione del relativo bando.

Anche sul fronte dell'[attività formativa](#) del personale è stata effettuata un'intensa attività in comune tra le aziende di Area vasta, che ha portato alla definizione di un primo PAF di AVEC.

Per quanto riguarda le attività congiunte effettuate nel 2013, si segnalano due edizioni regionali del Corso di Abilitazione alla direzione di struttura complessa per 56 direttori; 28 eventi formativi condivisi; un primo avviso di reclutamento unico per le docenze dei corsi di Laurea delle professioni sanitarie UNIBO; un progetto di sviluppo della formazione dei *caregiver* di minori con patologia cronica da assistere a domicilio (Progetto Chirone); 8 incontri per trovare elementi di integrazione nelle modalità di progettare eventi formativi e di costruzione dei documenti per l'accreditamento degli eventi per la documentazione della funzione Provider (sponsorizzazioni, attribuzioni crediti ECM, ecc.); creazione del sito AVEC - Formazione utilizzato da dicembre 2013 per la pubblicizzazione degli eventi formativi e la gestione delle iscrizioni *on line*.

3.4.2 Percorsi multiprofessionali

[Dimissioni Protette e PUA](#). Il Punto Unico di Accesso (PUA) si occupa di continuità assistenziale ospedale-territorio rivolta a utenti non autosufficienti o in stato di fragilità sociale che al momento della dimissione necessitano l'attivazione della rete dei servizi territoriali.

Il PUA accoglie le segnalazioni dai reparti ospedalieri e da ospedali di altre AUSL, ove siano ricoverati cittadini residenti nel nostro comprensorio, dall'Azienda Servizi alla Persona (ASP), ecc. Si occupa di avvisare il Medico di Famiglia (per le segnalazioni sanitarie e solo per casi sociali gravi); di attivare le figure necessarie a fornire una risposta al bisogno dell'utente e della famiglia. Il PUA opera a stretto contatto con i servizi sociali, partecipa alle valutazioni UVG in qualità di componenti della commissione.

Al bisogno effettua colloqui personalizzati con utenti o familiari con finalità informative di orientamento ai servizi e *counseling*.

Nel 2013 sono stati segnalati al PUA complessivamente 2.165 casi (Tabella 3.3), suddivisi anche per tipologia di provenienza (Figura 3.4) e per tipologia di esito (Figura 3.5).

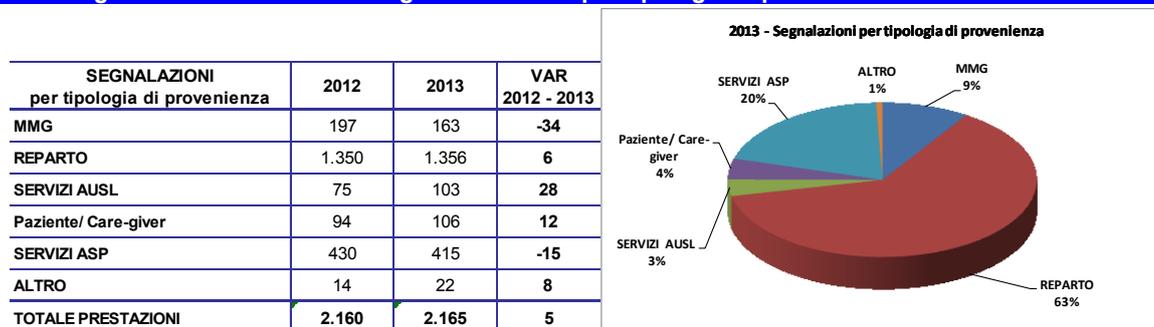
In Tabella 3.3 si riportano i casi di dimissione protetta per sede di provenienza nel 2012 e 2013.

Tabella 3.3 – Segnalazioni e dimissioni per sede di provenienza. Anni 2012 e 2013

SEGNALAZIONI per sede di provenienza	2012	2013	VAR 2013 - 2014
AMBI - MEDICINA MINORE INTENSITA CLINICA	96	100	4
MEDI - MEDICINA INTERNA 1	89	135	46
MED2 - MEDICINA INTERNA 2	93	97	4
GERM - GERIATRIA MISTA	253	250	-3
LUIN - LUNGODEG.INTENSIVA	285	317	32
LDPC - LUNGODEG.POST ACUTI CSP	226	178	-48
CARD - CARDIOLOGIA	8	5	-3
MUR	12	8	-4
UROL	4	5	1
CHIA - CHIRURGIA A	17	30	13
ORTB - ORTOPEDIA	22	29	7
RIAN - RIANIMAZIONE	3	8	5
SEMI - TERAPIA SEMINTENSIVA	7	7	0
PSIO - PSICHIATRICO OBBL.	8	3	-5
PSIV - PSICHIATRICO VOL.	21	4	-17
HOSP - HOSPICE	24	35	11
PEDG - PEDIATRIA GENERALE	21	21	0
PEPN - PEDIATRIA NEONATALE	1	1	0
OSTE - OSTETRICIA-GINECOLOGIA	10	9	-1
NIDO - NEONATOLOGIA	3	3	0
DIALISI-NEFROLOGIA	7	6	-1
DH ONCOL	15	27	12
OBI	8	16	8
PRONTO SOCCORSO	88	83	-5
ALTRI SERVIZI	1	7	6
DOMICILIO	698	651	-47
Montecatone	66	38	-28
Ospedale altra AUSL	42	60	18
Strutture ASP (CP/RSA)	30	32	2
altro	2	0	-2
TOTALE	2.160	2.165	5

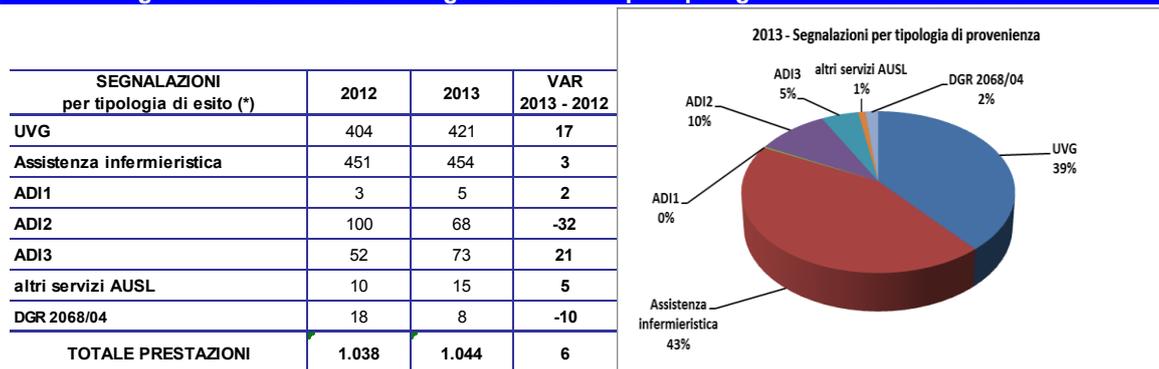
Il 66% delle segnalazioni provengono da reparti e servizi aziendali (1.356 dai reparti ospedalieri e 103 da altri servizi aziendali); il 20% proviene dai servizi dell'ASP, il 9% dai Medici di Famiglia e 103 casi vengono segnalati direttamente dai pazienti e/o dai loro *care-giver*.

Figura 3.4 – Distribuzione segnalazioni PUA per tipologia di provenienza. Anni 2012 - 2013



La distribuzione per esito evidenzia che in 421 casi (39%) è stata necessaria l'attivazione dell'UVG; nel 43% dei casi è stata attivata l'assistenza infermieristica domiciliare (454), mentre le prese in carico dell'Assistenza Domiciliare Integrata (bassa/media/alta intensità) sono state 146.

Figura 3.5 – Distribuzione segnalazioni PUA per tipologia di esito. Anni 2012 - 2013



(*) sono escluse le segnalazioni con bisogno sociale ASP/AUSL

Budget di salute. La riorganizzazione dei percorsi terapeutici di tipo abitativo, per favorire l'aumento delle abilità personali e l'inserimento in una rete sociale di condivisione con altri attori sociali degli scopi ed obiettivi personali, si basa sulle residenze socio sanitarie - dove trovano accoglienza persone che non hanno più un luogo ove tornare (come nel caso delle ex-OP) o per le quali le condizioni psichiche e fisiche possono prevedere tempi lunghi di permanenza - sulle residenze socio-riabilitative e sull'“abitare supportato”.

Il CSM, integrandosi con il terzo settore, sostiene il progetto e la struttura organizzativa che risponde ai bisogni “dell'abitare supportato” e che costituisce l'essenza dei percorsi chiamati, in linea con altre esperienze italiane, “Budget di salute”: la persona, non più curata in un *setting* artefatto, riceve un servizio nella propria abitazione. Questo tipo di intervento parte dai progetti terapeutico-riabilitativi individuali che indicano obiettivi generali e specifici concordati tra equipe del CSM, operatori del Privato Sociale, utenti e familiari.

Il “Budget di salute” consente all'utente di esprimere meglio il proprio ruolo di cittadino: favorisce una maggiore contrattualità, la possibilità di un apprendimento *in vivo*, in un *setting* permanente, in un ambiente facilitante, ovvero nel contesto reale nel quale le diverse abilità della persona devono essere messe in pratica. Consente, anche, un livello di supporto e di intervento sempre più individualizzato e flessibile che, partendo dall'abitare, coinvolge l'ambito del lavoro e della socialità. Il supporto all'abitare può manifestarsi in vari modi: nelle pratiche necessarie alla richiesta di un alloggio ACER, nella gestione diretta della casa, nella cura dell'alimentazione e dell'abbigliamento, nell'aiuto a facilitare il rapporto con i MMG, nella gestione del denaro, nella ricerca di un lavoro, nella fruizione del tempo libero orientata alla conoscenza delle opportunità presenti sul territorio. Il “Budget di salute” si definisce, quindi, come un intervento orientato a produrre un cambiamento del contesto, determinando un aumento delle opportunità di scambio di risorse e affetti per gli utenti. Per quanto riguarda l'attribuzione dei livelli di intensità (alta, media, bassa e variabile) ogni progetto terapeutico riabilitativo è individuale e tiene conto del grado di disabilità partendo da pazienti con disturbi gravi con necessità di interventi atti a ripristinare la ripresa di un percorso abilitante ed offrire una relazione accogliente e protettiva, fino a pazienti con bisogni prevalenti nell'area relazionale e sociale dove l'intervento di *budget* di salute si

connota come strumento di sviluppo delle capacità individuali, di supporto e mediazione delle relazioni con il contesto sociale. I percorsi vengono periodicamente verificati e può essere necessario mutare sia il tipo di obiettivi che il tipo di interventi arrivando anche a mutare il tipo di intensità dell'intervento.

Nel 2013 sono stati attivati 21 progetti individualizzati che, in base all'intensità, si distinguono in 12 a bassa intensità (impegno di circa 1 ora al giorno per ogni utente) 4 a media intensità (impegno di circa 1 ora e 50 minuti al giorno per ogni utente), 1 ad alta intensità (impegno di circa 2 ore al giorno per ogni utente) e 4 ad intensità variabile (impegno di ore variabile nel periodo di intervento previsto).

PDTA - Neoplasia della mammella. Nel 2013 è proseguito il lavoro, che ha coinvolto tutti i professionisti interessati, per definire a livello aziendale il PDTA di presa in carico della donna affetta da neoplasia alla mammella, durante le fasi del percorso, accompagnandola nel programma di cure secondo piani personalizzati multidisciplinari e multi professionali. Il campo di applicazione riguarda le donne con diagnosi di sospetta o accertata neoplasia della mammella nelle diverse fasi di conferma diagnostica, terapeutica, riabilitativa, di *follow-up* e di gestione avanzata della malattia. Il documento, la cui versione definitiva è uscita nei primi mesi del 2014, è stato redatto in base agli indirizzi del livello regionale, coi seguenti obiettivi: assicurare il miglior percorso praticabile all'interno della organizzazione aziendale di tutte le fasi assistenziali; condividere gli standard professionali ed organizzativi; promuovere e migliorare la comunicazione ed il confronto tra le parti professionali, focalizzando l'attenzione sulle esigenze della paziente e del *care giver*; ricercare corrispondenza degli *outcome* rispetto agli indicatori previsti nel PDTA.

3.4.3 Gestione del rischio "sicurezza delle cure"

Assetto organizzativo per rischio e sicurezza. Per la modalità di gestione dei sinistri è stato nominato il *Risk Manager* ed è stato costituito il Comitato Valutazione Sinistri, composto dal Responsabile della Medicina Legale, dal Direttore dell'Unità operativa Segreteria Generale e Affari Legali e dal *Risk Manager*, in conformità alla DGR 653/2012.

I Protocolli sanciscono la gestione congiunta (Azienda – Compagnia) delle vertenze, sia per la fase istruttoria che decisoria. Per quanto riguarda la mappatura della sinistrosità, gli uffici gestori del contenzioso curano (oltre all'alimentazione ed aggiornamento del data base regionale) apposita reportistica, integrata con quella delle Compagnie, con riferimento ai sinistri aperti (denunciati) dal 1.7.2002 sulle polizze RCT *claims made*.

Tale reportistica viene utilizzata per una elaborazione dei dati più rilevanti sotto il profilo dell'analisi della sinistrosità (limitatamente ai casi di responsabilità professionale sanitaria), presentata ai Direttori delle Unità Operative Complesse.

La tabella sotto riportata evidenzia tutti i sinistri giunti all'attenzione dell'azienda per segnalazione diretta o indiretta dell'interessato, ovvero per la notizia dell'avvio di una azione penale o civile o per il semplice sequestro di documentazione clinica.

Tabella 3.6 – Sinistri aperti per anno. Periodo 2008 - 2013

Anno di apertura	Totale sinistri	di cui sinistri "utili"
2008	52	43
2009	48	44
2010	57	47
2011	54	41
2012	71	57
2013	52	38
TOTALE	282	232

I casi "utili" sono quelli per i quali è pervenuta una qualsiasi richiesta di ristoro del danno, indipendentemente dalla forma con cui è stata prospettata (ad es. semplice richiesta diretta, intermediata da uno studio legale o associata ad un'azione civile o penale).

In ambito di sicurezza dei processi di cura, per il percorso diagnostico pre-operatorio, l'AUSL di Imola ha adottato un percorso tramite l'ambulatorio operandi, con l'identificazione puntuale di un percorso *ad hoc* dove al paziente vengono effettuate le indagini preliminari per l'effettuazione di un intervento chirurgico, viene valutato da un anestesista ed arruolato in lista operatoria.

Nello specifico, è stata codificata, già a partire dal 2009, una procedura "percorso pre-operatorio", inserita nel sistema aziendale definito *doc web* al quale gli operatori abilitati possono accedere tramite intranet aziendale. In merito ai modelli di assistenza post-operatoria, sono state implementate procedure finalizzate sia alla corretta assistenza postoperatoria sia all'assistenza pre-operatoria. Il modello assistenziale adottato è per settori: ad un gruppo di infermieri è assegnato un gruppo di pazienti. Inoltre, c'è da segnalare che tutte le procedure attivate nelle sale operatorie garantiscono adeguata sicurezza; a supporto di ciò l'azienda ha aderito al *network* regionale definito "S.O.S. NET". Infine, in tutte le Unità Operative, è garantita la procedura di identificazione del paziente tramite il braccialetto elettronico oggetto di un progetto di modernizzazione regionale a cui ha partecipato attivamente l'AUSL di Imola.

Sorveglianza e Monitoraggio. La Regione Emilia-Romagna, per quanto riguarda la sorveglianza e il monitoraggio in ambito di rischio clinico, ha coinvolto tutte le aziende sanitarie del Sistema regionale su alcuni progetti di seguito illustrati.

Infezioni correlate all'assistenza (ICA). Nelle strutture ospedaliere e nelle Case Residenze Anziani (CRA) le ICA riguardano circa l'8-10% dei pazienti ricoverati (Consiglio d'Europa 2009), nel 2013 la frequenza delle ICA nell'AUSL di Imola è rientrata in questi standard. Per prevenire la trasmissione di ICA il servizio rischi clinici attua interventi di prevenzione, controllo e sorveglianza nel presidio Ospedaliero, nel Dipartimento di cure primarie e nelle Case Residenze Anziani (CRA). La prevenzione delle ICA nel 2013 si è realizzata tramite la revisione periodica di alcuni protocolli assistenziali (protocolli di antibiotico profilassi ...), la formazione continua degli operatori e la promozione dell'igiene delle mani in tutti i *setting* assistenziali.

Il servizio rischi clinici, nel 2013, ha sorvegliato continuamente le infezioni del sito chirurgico (progetto SICHChER), le infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva (progetto Margherita),

la resistenza dei microrganismi agli antibiotici nel Presidio Ospedaliero e nelle CRA, la frequenza delle ICA nelle CRA, l'adesione degli operatori all'igiene delle mani e i consumi di soluzione alcolica. Nel 2013 la sorveglianza dei microrganismi antibioticoresistenti si è focalizzata soprattutto nei confronti degli Enterobatteri produttori di Carbapenemasi che rappresenta una emergenza sociale. A cadenza mensile, l'Area Rischi Clinici provvede ad inviare i dati di monitoraggio degli Enterobatteri produttori di Carbapenemasi relativi al Presidio Ospedaliero e a Montecatone *Rehabilitation Institute* S.p.A. all'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia Romagna (ASSER).

Nel 2013 l'attività di controllo si è realizzata tramite la conduzione di audit clinici per verificare l'applicazione delle buone pratiche assistenziali nel blocco operatorio, e la verifica dell'applicazione delle misure di isolamento negli assistiti con malattie infettive nel Presidio Ospedaliero e nelle CRA. Per monitorare lo stato di avanzamento dei programmi aziendali di governo del rischio infettivo correlato alle attività assistenziali, l'ASSER redige un rapporto annuale di confronto tra le Aziende Sanitarie che si focalizza sulle seguenti 4 aree tematiche analizzate attraverso il calcolo di indicatori ed indici:

1. attività di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
2. attività mirate a promuovere la corretta adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari;
3. attività di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (partecipazione al Sistema SICHER)
4. utilizzo di antibiotici in ambito ospedaliero.

Nell'AUSL di Imola nel 2013 sono stati raggiunti gli standard per tutti gli indicatori monitorati.

Sicurezza in sala operatoria. Nel 2008 l'OMS ha pubblicato e diffuso le linee guida "*Guidelines for Safe Surgery*" per la sicurezza in sala operatoria. Sulla base di queste raccomandazioni, è stata costruita una *checklist* per la sicurezza in sala operatoria, a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'adesione a standard di sicurezza per la prevenzione degli eventi avversi evitabili. I risultati emersi dalla sperimentazione condotta in ospedali di diversi Paesi suggeriscono che l'utilizzo della *checklist* può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie. Nel 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato un Manuale per la sicurezza in sala operatoria, adattando le raccomandazioni dell'OMS al contesto nazionale. Nel 2010 l'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna ha curato l'adattamento delle raccomandazioni del Ministero e la loro diffusione tra le aziende sanitarie, avviando, con la partecipazione del Policlinico di Modena, il progetto collaborativo SOS.net (Sale Operatorie Sicure). Il progetto SOS.net si propone di promuovere l'uso della *checklist* nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un database dedicato. L'adesione delle aziende al progetto SOS.net – e in particolare l'adesione al database dedicato - può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso un semplice indicatore di "copertura": % di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della *checklist* SOS.net.

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Tabella 3.7 –Interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della checklist SOS.net. Anno 2013

2013 Tipo di stabilimento	INDICATORE			Stabilimenti	
	Num.*	Den.**	Val. (%)	N.Tot.	N.Partecip.***
PUBBLICO (AUSL E AOSP)	227.771	107.843	47,3%	48	39
PRIVATO ACCREDITATO	75.680	23.829	31,5%	29	14
TOTALE RER	303.451	131.672	43,4%	77	53
AUSL IMOLA	5.967	5.565	93,3%	2	2

*Num.: numero di interventi chirurgici per i quali è documentata la compilazione della checklist SOS.net nell'anno

**Den.: numero totale di ricoveri con DRG chirurgico registrati nell'anno

***N. Partecipanti: stabilimenti per i quali sono state caricate le schede nel database SOS.net

4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

4.1 "Carta di Identità" del personale

Le risorse umane, impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2013, sono complessivamente 1.982, registrando rispetto al 2012 una sostanziale equivalenza. Dall'analisi per tipologia contrattuale si osserva un incremento di 2 unità sui contratti libero professionali, Co.Co.co. finanziati per un 26% da fondi vincolati.

Tabella 4.1 - Personale dell'AUSL di Imola per tipologia contrattuale. Periodo 2011-2013

Tipologia contrattuale	2011	2012	2013	Var ass. 2013 - 2012
Dipendente	1.781	1.789	1.789	0
Convenzionato*	169	163	163	0
Contratti libero-professionali, co.co.co.	29	28	30	2
TOTALE	1.979	1.980	1.982	2

* Convenzionato: MMG, PLS, Medici Ambulatoriali, Guardie Mediche

In Figura 4.2 si rappresenta la suddivisione del personale dipendente per categorie professionali, con la variazione percentuale rispetto all'anno precedente.

Figura 4.2 – Personale dipendente dell'AUSL di Imola per categorie. Periodo 2011-2013



Il personale convenzionato viene di seguito rappresentato per categorie, genere e classi di età.

Tabella 4.3 – Personale convenzionato per categorie, genere e classi di età. Anno 2013

Categorie personale convenzionato	sesso		classi di età					Totale	%
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65		
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA	53	42		5	23	64	3	95	58%
MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	7	14		2	8	11		21	13%
MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (titolari)	14	11	1	8	8	8		25	15%
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	8	14		3	2	16	1	22	13%
Totale	82	81	1	18	41	99	4	163	100%

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

In Tabella 4.4 vengono riportati i contratti libero professionali e i Co.Co.co al 31/12, indipendentemente dalla durata e dall'impegno settimanale.

Tabella 4.4 - Liberi professionisti e Co.co.co. per categorie, genere e classi di età. Anno 2013

Liberi professionistie Co.co.co.	sesso		classi di età					totale
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI AMM.VI	1				1			1
MEDICI	6	6	4	2	1	4	1	12
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	3	2	1	3	1			5
PERSONALE INFERMIERISTICO	1		1					1
PERSONALE TECNICO	2		1		1			2
PERSONALE TECNICO SANITARIO		1	1					1
PSICOLOGI	2	5	4	2	1			7
COMPONENTI NUCLEO VALUTAZIONE				1				1
Totale	15	14	12	8	5	4	1	30

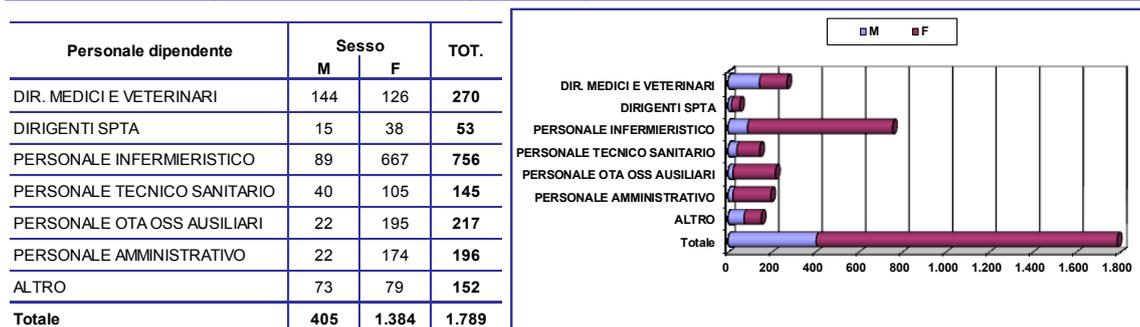
La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola (Tabella 4.5) sostanzialmente si ripropone immutata: ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata dato dal numero basso degli *under 35*; massima concentrazione nelle classi 45-54 (42,6%).

Tabella 4.5 - Personale dipendente per categorie e classi di età. Anno 2013

Personale dipendente	classi di età					TOT.
	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	21	67	55	121	6	270
ALTRI DIRIGENTI SPTA	1	14	18	20		53
PERSONALE INFERMIERISTICO	105	225	314	112		756
PERSONALE TECNICO SANITARIO	24	31	62	28		145
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	5	45	112	55		217
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2	17	119	57	1	196
ALTRO	4	25	76	47		152
Totale	162	424	756	440	7	1.789
%	9,1%	23,7%	42,3%	24,6%	0,4%	

Il grafico di Figura 4.6 rappresenta la distribuzione per genere che conferma una maggioranza di personale femminile. Il personale maschile risulta superiore nella categoria "dirigenti medici e veterinari".

Figura 4.6 - Personale dipendente per categorie e genere. Anno 2013



Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Di seguito la suddivisione del personale dipendente per categorie e Livello di assistenza (LEA).

Tabella 4.7 – Personale dipendente suddiviso per categorie e livelli di assistenza. Anno 2013

Personale dipendente	OSPEDALE	DISTRETTO	SANITA' PUBBLICA	SERVIZI GENERALI	Totale
DIR. MEDICI E VETERINARI	214	36	18	2	270
DIRIGENTI SPTA	12	11	2	28	53
PERSONALE INFERMIERISTICO	603	127	11	15	756
PERSONALE TECNICO SANITARIO	78	47	16	4	145
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	193	19	2	3	217
PERSONALE AMMINISTRATIVO	34	40	10	112	196
ALTRO	29	10		113	152
Totale	1.163	290	59	277	1.789
%	65%	16%	3%	15%	100%

Nel 2013 si registra un decremento delle unità di personale a tempo indeterminato (-8 unità).

Tabella 4.8 - Indicatore di mobilità del personale dipendente (turn-over). Anno 2013

DIPENDENTI 2013	IN INGRESSO				IN USCITA					turn over
	da SSR	non da SSR	Altro	Tot	dimissione	mobilità vs altre aziende	pensionamento	altri motivi	Tot	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI			3	3			3	1	4	-1
ALTRI DIRIGENTI SPTA	1		3	4		1	1		2	2
PERSONALE INFERMIERISTICO	7		9	16	5	10	6	3	24	-8
PERSONALE TECNICO SANITARIO	1		2	3	1				1	2
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	1		13	14	3	2	2	2	9	5
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2			2	2	3	1		6	-4
ALTRO	1			1			4	1	5	-4
Totale	13	0	30	43	11	16	17	7	51	-8

In Tabella 4.9 il *turn over*, rispetto alle modalità di reclutamento e alle cause di cessazione.

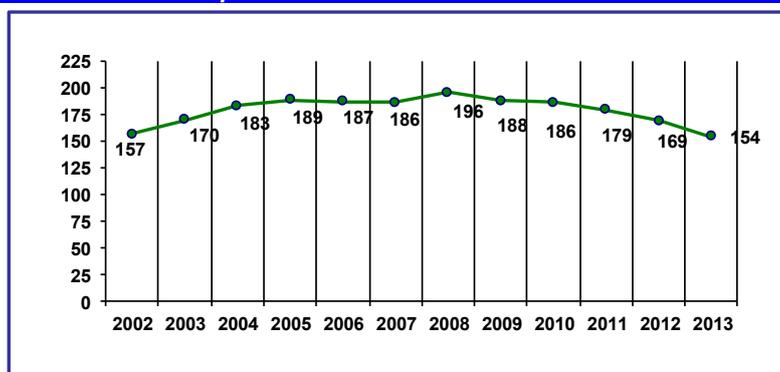
Tabella 4.9 - Modalità di reclutamento e cause di cessazione nell'AUSL di Imola. Anno 2013

Modalità di reclutamento	TOT.
TRASFERIMENTO DA ALTRO ENTE	13
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBL. CONTINUITA' TEMPO DETERM.	9
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA	21
Totale	43
Cause di cessazione	TOT.
DECESSO	2
INIDONEITA' PERMANENTE A PROFICUO LAVORO	5
RECESSO DEL DIPENDENTE	9
RECESSO PER PENSIONAMENTO ANZIANITA'/VECCHIAIA	16
RISOLUZIONE RAPPORTO PER RAGGIUNTI LIMITI DI ETA'	1
TERMINE RAPPORTO-FINE ASPETT. ENTE ESTERNO	2
TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE	16
Totale	51

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Il Grafico 4.10 e la Tabella 4.11 mostrano rispettivamente il trend dei part-time e la suddivisione per categoria, genere e tipologia (ciclico, orizzontale e verticale) in riferimento al 2013.

Grafico 4.10 - Numero di part-time attivati nell'AUSL di Imola. Periodo 2002 - 2013



* Dato al 31/12 dell'anno di riferimento

Tabella 4.11 - Numero part-time nell'AUSL di Imola, aggregati per tipologia e genere. Anno 2013

Part-Time	PT Ciclico		PT Orizzontale		PT Verticale		TOT.
	M	F	M	F	M	F	
PERSONALE INFERMIERISTICO			1	62		27	90
PERSONALE TECNICO SANITARIO				6		3	9
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI		1	1	12		8	22
PERSONALE AMMINISTRATIVO		1		17		3	21
ALTRO			1	6	3	2	12
Totale	0	2	3	103	3	43	154

La Tabella 4.12 mostra i dipendenti suddivisi per genere (con complessive giornate di assenza) che hanno usufruito degli accessi ai congedi parentali e alla L. 104/92 per l'assistenza a familiare, nel biennio 2012-2013.

Tabella 4.12 – Accesso ai congedi parentali e assistenza familiare. Anni 2012 e 2013

ANNO 2013	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	198	36	10.282	699
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	224	24	5.316	506
Totale	422	60	15.598	1.205
ANNO 2012	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	204	34	10.302	552
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	215	25	5.089	470
Totale	419	59	15.391	1.022

4.2 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

4.2.1 Sistema di valutazione *performance* e sistemi incentivanti

Nel corso del 2013, l'AUSL di Imola, ha introdotto profondi cambiamenti nei processi di valutazione della *performance* del personale dirigente. A seguito della Delibera 26 del 6.3.2013, assunta alla luce delle novità introdotte dal D.Lgs 150/2009, è stato avviato un percorso sperimentale rivolto all'introduzione di nuove modalità di valutazione della *performance* individuale del personale dirigente, legate al sistema premiante, che ha coinvolto un primo gruppo di Unità Operative alle quali seguiranno tutte le altre con l'obiettivo di portare a regime il nuovo sistema nel 2016. Tali innovazioni rientrano nel nuovo quadro normativo tracciato, *in primis*, dal D.Lgs 150/2009 che obbliga le Pubbliche Amministrazioni a rendicontare ai propri *stakeholders* i risultati gestionali e i livelli di *performance* organizzativa ed individuale raggiunti. Per l'AUSL di Imola, il quadro regolamentare interno è il Piano della *Performance* 2014-2016 (Delib. 3 del 31.1.2014).

Per "Valutazione della *Performance*" si intende il contributo (risultato e modalità di raggiungimento) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, gruppo di lavoro, individuo) apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Il percorso riorganizzativo avviato parte dalla consapevolezza che sempre più all'interno delle aziende sanitarie c'è la necessità di nuovi strumenti di rendicontazione capaci di apprezzare i vari livelli di *performance*, oltre che di agire sul clima, sulla cultura organizzativa e sullo sviluppo dei sistemi di comunicazione e di relazione con collaboratori, partner e *stakeholder* sociali.

Tali strumenti, in particolare per quanto riguarda la gestione del personale, devono andare oltre alle politiche retributive e di carriera, ponendo attenzione al miglioramento della qualità del lavoro, offrendo nuove opportunità di sviluppo professionale ed investendo su relazioni interne salde e capaci di produrre significati e valori condivisi. In questo quadro la ricerca di una nuova forma di motivazione, basata su un *commitment* interno e sulla valorizzazione del lavoro individuale, può rappresentare un'alternativa alle logiche di scambio retribuzione/prestazione, dando diverso senso e dignità al lavoro. Partendo da questa consapevolezza, l'AUSL di Imola, ha inteso investire sulle proprie figure dirigenziali e sulla crescita della cultura "manageriale" interna. Non si tratta solo di tecniche e strumenti di gestione, ma di clima, di assunzione del rischio e di investimenti emotivi, di valori da trasmettere e di codici morali da rispettare, di scelte da valutare, rendere sostenibili e perseguire.

Consapevoli che l'introduzione di strumenti di valutazione di *performance* e meritocratici spesso impatta con una realtà "culturalmente" impreparata ed "emotivamente" mal predisposta, l'implementazione dei nuovi strumenti di valutazione è stata accompagnata da un percorso formativo rivolto al personale, partendo dalle responsabilità apicali. La stragrande maggioranza delle iniziative formative rivolte ai dipendenti pubblici si situa nell'area del "sapere" (in genere

aggiornamenti normativi), poche vanno nella direzione del "saper fare" (dalla relazione accademica all'esercitazione), lasciando poco spazio al "saper essere" che ha come obiettivo il diffondersi della cultura del farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di essere proattivi senza aspettare indicazioni e prescrizioni, di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore e, ancor di più, di porsi il problema a quali valori professionali orientarsi per stabilire la bussola del proprio agire.

Per il corretto e pieno sviluppo del sistema di valutazione della *performance*, l'AUSL di Imola, ha provveduto alla nomina dell'Organismo di Valutazione Aziendale (OVA), con Deliberazione n. 145 del 25.10.2013, composto da tre membri di comprovata esperienza e competenza in materia di *management* pubblico e sistemi di valutazione.

4.2.2 Sistema di valutazione incarichi dirigenziali e sviluppo di carriera

In coerenza con le novità introdotte in materia di valutazione delle *performance* individuale e del Piano della *Performance*, suddetto, l'AUSL di Imola, ha avviato, nel 2013, un percorso di revisione del sistema di valutazione dei dirigenti legato agli incarichi professionali attribuiti. A decorrere dal 2014, tutti i dirigenti, a partire dai Direttori di struttura e a seguire la restante dirigenza professionale, saranno valutati attraverso un nuovo strumento, che si articola su tre aree:

- obiettivi di mandato assegnati all'atto della sottoscrizione del contratto individuale;
- competenze professionali espresse durante l'incarico rivestito;
- giudizio in ordine alle valutazioni della *performance* annuale ricevuto durante l'incarico.

Il nuovo sistema, ridefinito da un apposito gruppo di lavoro insediato dal Collegio di Direzione, ha rivisto e sviluppato il sistema di valutazione degli incarichi dirigenziali in essere in modo che l'azienda possa, sempre nelle garanzie di trasparenza, oggettività e partecipazione del valutato, meglio valutare le competenze professionali dei propri dirigenti. Uno strumento che:

- fa emergere meglio ed apprezzare adeguatamente le professionalità di ogni dirigente;
- consente di valorizzare i professionisti in possesso di specifiche conoscenze e competenze;
- configura al meglio gli obiettivi di sviluppo e di carriera legati non solo e necessariamente alla titolarità di strutture, ma capaci di rilevare specifiche competenze, sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo.

Ogni area di valutazione è strutturata e declinata attraverso obiettivi misurabili con esplicita e preliminare indicazione dei risultati attesi, dei target e dei criteri di misurazione.

Per la formulazione del giudizio relativo a ciascun *item* indicato nella scheda di valutazione il valutatore può orientarsi in base alla reportistica prodotta dagli Uffici di supporto e/o di Staff (Controllo di Gestione, Direzione Sanitaria, ecc.) per gli indicatori quantitativi o di processo, mentre, per quanto riguarda i comportamenti organizzativi, può esprimere il corrispondente giudizio di valore per quegli *item* osservazionali/qualitativi utilizzando una scala di valutazione a quattro/cinque livelli. A garanzia di trasparenza ed oggettività, ogni dirigente si vedrà assegnato in

modo partecipato gli obiettivi di mandato che conoscerà fin dal momento dell'affidamento dell'incarico e periodicamente sarà chiamato a partecipare a momenti di verifica dei livelli di perseguimento degli obiettivi contrattualmente assegnati, con la possibilità di attivare, se necessario, azioni di formazione o di miglioramento. Gli elementi fondamentali per la valutazione devono, pertanto, trovare esplicitazione nell'ambito del contratto individuale, quale strumento per la definizione dei contenuti del "patto" fra il dirigente e l'azienda.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali

Nell'AUSL di Imola, nel 2013, è stata validata la procedura riguardante il percorso sanitario e amministrativo dell'infortunio a rischio biologico. Rispetto all'anno precedente, si registra un aumento generale delle visite di sorveglianza sanitaria effettuate che risultano complessivamente 810, registrando un aumento di 67 visite rispetto al 2012; le visite periodiche sono state 430.

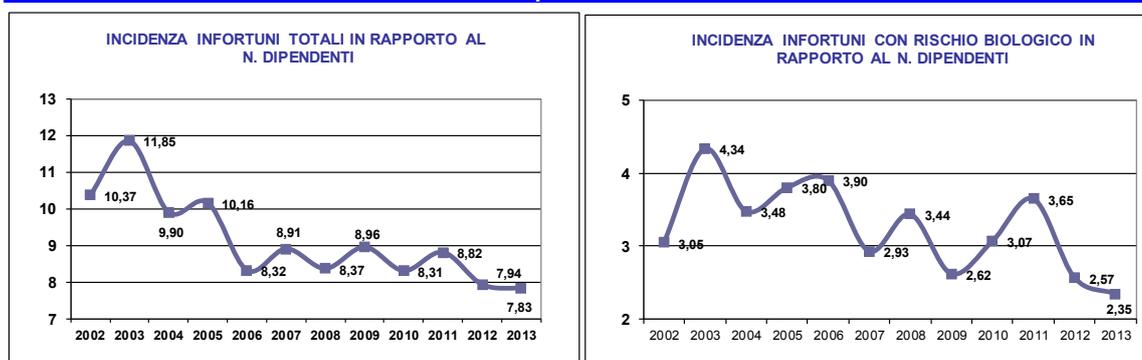
Tabella 4.13 - Attività di sorveglianza sanitaria dell'AUSL di Imola. Anni 2012 e 2013

Attività di sorveglianza	2012	2013	Var.	Var %
N° visite effettuate	743	810	67	9,0%
N° visite periodiche	413	430	17	4,1%
N° viste preventive + visite a richiesta	258	283	25	9,7%

4.3.2 Andamento del fenomeno infortunistico

Gli infortuni e le malattie professionali vengono denunciati *on line* collegandosi al sito Web INAIL e per ogni infortunio viene effettuata una intervista-inchiesta interna. L'analisi dell'andamento complessivo è effettuata su base annuale per quantificare il fenomeno e monitorare l'andamento degli indici. Nel 2013 sono stati rilevati 140 infortuni totali, di cui 42 a rischio biologico, con una leggera flessione rispetto all'anno precedente: l'indice di incidenza per gli infortuni totali è di 7,83% e per gli infortuni a rischio biologico risulta pari a 2,35%.

Grafici 4.14 - Incidenza di infortuni di dipendenti nell'AUSL di Imola. Periodo 2001-2013



Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Dal 2010 l'azienda ha partecipato alle gare di Area Vasta per l'acquisizione di aghi di sicurezza al fine di ridurre il fenomeno infortunistico; i presidi protetti sono a disposizione degli operatori dal 2011 e la conversione all'utilizzo di questi aghi prosegue anche nel 2013. Si procede, inoltre, alla valutazione di tutti i rischi, in particolare, quelli legati alla movimentazione manuale dei pazienti ed al rischio biologico. La tabella che segue riassume il numero dei lavoratori assicurati INAIL sottoposti a sorveglianza, il numero degli infortuni e i lavoratori con inidoneità.

Tabella 4.15 – Sorveglianza sanitaria, inidoneità alla mansione e infortuni. Periodo 2010-2013

Sorveglianza sanitaria	2010	2011	2012	2013
Lavoratori assicurati INAIL	1.793	1.781	1.789	1.789
Totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	1.680	1.650	1.735	1.735
Totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	570	552	743	810
Lavoratori idonei alla mansione specifica	510	515	600	608
Lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	22	24	17	23
Lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	32	6	10	30
Lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica	2	6	12	10
Lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica	8	1	1	3
Infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici	82	76	78	73
Infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici	10	10	18	25
Infortuni a matrice biologica	55	65	46	42
Totale infortuni denunciati	82	77	55	102*
Totale di giornate di assenza per infortunio	2.191	2.185	1.868	1.991

L'AUSL di Imola si attiene alle direttive nazionali e regionali nella valutazione e gestione del rischio stress da lavoro correlato in un'ottica preventiva e di promozione del benessere organizzativo, attraverso organi come il [Comitato Unico di Garanzia \(CUG\)](#) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, che funge da punto di rilevazione delle segnalazioni provenienti dalle realtà lavorative aziendali. Si segnala, inoltre, la partecipazione al progetto regionale in tema di "[Diversity Management](#)".

4.4 Formazione "in cifre"

L'AUSL di Imola ha realizzato 252 iniziative formative rivolte al personale dipendente (159 residenziali, 82 di formazione sul campo, 11 FAD) che hanno dato origine a 473 edizioni di cui 440 accreditate; 44 non accreditate rivolte a personale non soggetto a obbligo ECM.

L'AUSL di Imola ha, inoltre, progettato e realizzato 3 corsi dedicati a cittadini e volontari del territorio, riguardanti diversi temi tra cui quello della sicurezza sviluppati su 21 edizioni.

Tabella 4.16 - Iniziative formative realizzate. Anno 2013

INIZIATIVE FORMATIVE	Eventi realizzati dedicati a personale dipendente		Eventi accreditati per Agenzia/RER		Eventi accreditati per Montecatone		Eventi realizzati dedicati a Personale ESTERNO		Totale Corsi	Totale Edizioni
	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni		
Residenziale ECM	145	223	11	13	11	23			167	259
Residenziale NON ECM	14	25			1	2	3	21	18	48
Sul campo ECM	77	212			1	6			78	218
Sul campo NON ECM	5	13							5	13
FAD	5		1		1				7	0
FAD NON ECM	6								6	0
Totale	252	473	12	13	14	31	3	21	281	538

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Sono state realizzate 9 iniziative formative dedicate ai Medici di Medicina Generale e Medici di Continuità Assistenziale; una rivolta ai Pediatri di Libera Scelta e 3 agli Specialisti Ambulatoriali.

Tabella 4.17 - Iniziative formative rivolte a personale convenzionato. Anno 2013

Titoli corsi di aggiornamento interno per personale convenzionato	MMG	MCA	PDLS	SPEC AMB
Uso delle statine. Come muoversi fra le evidenze disponibili la ennesima versione della nota 13 - MMG, Farmacisti, Medici ospedalieri	81			
Percorso d'accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne vittime di violenza. Il minore maltrattato: come proteggerlo da abusi e malattie sessualmente trasmissibili - MMG MCA PDLS Medici ospedalieri	72	14	16	
Fertilità e Menopausa nell'Ambulatorio di Medicina Generale - MMG	76	5		
Ruolo e contributo del medico di medicina generale nell'individuare e segnalare soggetti con malattie professionali - MMG e MCA (facoltativo)	74	14		
La prescrizione Farmacologica e l'uso degli equivalenti dei nuclei delle cure primarie -MMG	19			
BLSDR (SPEC MMG MCA)	76	4		5
Rivalutazione del trattamento di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia in base alle nozioni di evidence based medicine - MMG	17			
Il paziente oncologico e il medico di medicina generale - MCA MCA	74	15		
Gestione del paziente pediatrico da 0 a 6 anni - MCA		21		
Focus sulla corretta prescrizione dei farmaci - SPEC				16
Farmacovigilanza: Integrazioni e temi emergenti. Valutazione critica delle evidenze - SPEC				9

Nell'anno in esame gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano 1.203 dipendenti, su un totale di 1.789 (pari al 67%); 167 medici convenzionati. A seguito della attività formativa interna realizzata il "monte crediti" è pari a 65.718 con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM di 54,63. La Tabella 4.18 fa riferimento a quanto registrato al 17/04/2014: il dato sulla formazione interna è completo, mentre quello sulla formazione esterna accreditata non è esaustivo, in quanto registrata solo la documentazione pervenuta allo Staff Formazione.

Tabella 4.18 - Crediti ECM acquisiti nell'AUSL di Imola. Anno 2013

Anno	N.ro Crediti Erogati			Totale Crediti Erogati	Totale Dipendenti Ruolo Sanitario	Credito Minimo	Valore Assoluto	Rapporto
	Dipendenti	Non Dipendenti	Convenzionati					
2011	50.159,20	4.545,00	4.253,00	58.957,20	1.193,00	30,00	35.790,00	42,04
2012	65.607,95	21.871,00	5.352,00	92.830,95	1.198,00	30,00	35.940,00	54,76
2013	65.718,60	9.562,00	3.229,65	78.510,30	1.203,00	30,00	36.090,00	54,63

In Tabella 4.19 si evidenziano i dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2013 per la realizzazione di varie iniziative che hanno coinvolto i dipendenti: 186 docenze di formazione continua; 370 funzioni di *tutoring* per la formazione continua e iniziative di formazione sul campo. Sono 189 gli incarichi di docenza/relatore e tutoraggio assegnati a professionisti esterni.

Tabella 4.19 - Incarichi didattici nell'ambito della Formazione Continua. Anno 2013

Formazione Continua incarichi didattici	Dipendenti	Non Dipendenti	Convenzionati	Totale
Docenti	186	166	4	356
Tutor	370	8	11	389
Totale	556	174	15	745

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Alla formazione dell'AUSL di Imola ha partecipato, oltre al personale dipendente e convenzionato, anche personale esterno per un totale di crediti pari a 9.562. In Tabella 4.20 si riportata il *budget* riferito all'attività formativa 2013, così come fissato dal Collegio di Direzione.

Tabella 4.20 - Budget per la Formazione dell'AUSL di Imola. Anno 2013

Strutture	Fondi	%
Fondo di riequilibrio	€ 17.000	10,0%
Formazione trasversale e FAD	€ 43.000	25,3%
Uffici di Staff	€ 2.800	1,6%
Direzione Infermieristica e Tecnica	€ 3.400	2,0%
Direzione Assistenza Farmaceutica	€ 1.500	0,9%
Direzione Medica di Presidio	€ 300	0,2%
Dipartimento Sanità Pubblica	€ 1.700	1,0%
Dipartimento Materno Infantile	€ 6.900	4,1%
Distretto/ Dipartimento Cure Primarie	€ 7.700	4,5%
Dipartimento Salute Mentale	€ 9.500	5,6%
Dipartimento Amministrativo	€ 11.900	7,0%
Dipartimento Chirurgico	€ 15.500	9,1%
Dipartimento Medico	€ 18.350	10,8%
Dipartimento Emergenza Accettazione	€ 18.800	11,1%
Dipartimento Servizi Intermedi	€ 11.650	6,9%
Sub Totale	€ 170.000,00	100%
Biblioteca Aziendale	€ 95.000,00	
Totale Generale	€ 265.000,00	

Nel 2013, rispetto ai previsti € 265.000 sono stati utilizzati € 237.088 da Fondo aziendale stanziato per la formazione e ulteriori € 80.668 da Fondi vincolati/Finalizzati per un totale di € 317.756. La spesa per la Formazione interna dei Medici convenzionati è stata pari a € 1.680.

Tabella 4.21 - Spesa per la Formazione dell'AUSL di Imola. Anno 2013

2013	Spesa per formazione		Totale
	Da budget	Fondi Vincolati	
Formazione Interna	€ 80.934	€ 67.377	€ 148.311
Formazione Esterna	€ 48.419	€ 7.045	€ 55.464
Formazione interna personale Convenzionato		€ 1.680	€ 1.680
Biblioteca	€ 106.056	€ 6.245	€ 112.301
Totale	€ 235.408	€ 82.348	€ 317.756
	€ 317.756		

Per quanto riguarda la ricaduta "gestionale", viene messa a disposizione della Direzione aziendale e dei Dipartimenti una reportistica relativa a: andamento del *budget* assegnato (iniziative esterne e interne); crediti ECM acquisiti da parte dei dipendenti; monte ore registrato con causale "presenza in Formazione" (interna ed esterna); gradi di realizzazione del PAF e di assorbimento del *budget* specifico dipartimentale; dettaglio iniziative interne ed esterne per singolo professionista. E' altresì stata avviata la sperimentazione relativa al Dossier Formativo di

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Dipartimento, mettendo in evidenza, per le competenze attese per i professionisti, la formazione pianificata e realizzata. Nel 2013, prosegue la [formazione a livello di AVEC](#), al fine di creare sinergie tra aziende sanitarie, facilitare il confronto tra gli operatori e contenere, ove possibile, i costi, in particolare per l'area amministrativa. L'iniziativa è stata promossa in ogni singola azienda attivando le Direzioni dei Dipartimenti Amministrativi per la ricognizione del fabbisogno formativo di natura "trasversale". Hanno partecipato complessivamente 524 operatori provenienti dalle aziende dell'AVEC, contro i 939 operatori del 2012.

Tabella 4.22 - Corsi di formazione di Area Vasta Centro. Anno 2013

AZIENDA	INIZIATIVA FORMATIVA	N.RO PARTECIPANTI	COSTO
AOSP Bologna	Corruzione e illegalità nelle Pubbliche Amministrazioni (Legge n. 190/2012)	74	€ 1.800,00
AUSL Imola	Il sistema di e-procurement nella PA	65	€ 0,00
AUSL Ferrara	Gli obblighi di pubblicazione sui siti istituzionali delle PP.AA. Dopo il Dlgs 33/2013	229	€ 200,00
IOR	Codice Digitale	44	€ 1.015,04
AUSL Bologna	Il piano della performance e la valutazione sui risultati raggiunti: riflessi economici	59	€ 3.598,60
AOSP Ferrara	Decreto Balduzzi: ruolo degli organi istituzionali e attività libero professionale	53	€ 1.200,00
Totale		524	€ 7.813,64

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi

5.1.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) sono affidate una molteplicità di funzioni inerenti la relazione e la comunicazione all'utenza. Ad esso fanno capo tutte le attività del Piano-programma aziendale di ascolto e coinvolgimento di cittadini, comunità e professionisti e di azioni di miglioramento (vedi anche [Sezione 3, par. 3.3.1](#)). L'URP gestisce la relazione diretta con i cittadini, le segnalazioni, la mediazione del conflitto ed attraverso ogni strumento disponibile si dedica all'ascolto dei cittadini, perché lo stesso sappia tradursi sia in una risposta diretta sia in un miglioramento generale delle attività aziendali, in linea coi bisogni rilevati e, ancora, in un *empowerment* dell'utenza esterna e interna.

5.1.2 Carta dei Servizi

Nel 2013 sono state aggiornate periodicamente le Carte dei Servizi di Unità Operativa, in collaborazione con i rappresentanti dei cittadini (CCM e CUF) e con parallelo aggiornamento delle pagine del sito istituzionale aziendale.

5.1.3 Servizio Numero Verde Regionale

Il Numero Verde Unico del Servizio sanitario regionale è un servizio informativo attivo tutti i giorni feriali dalle 8.30 alle 17.30 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30. La Banca dati Numero Verde, relativamente alle informazioni dell'AUSL di Imola, costantemente popolata ed aggiornata da un operatore dedicato dell'URP, al 31.12.2013, conteneva 4.078 prestazioni (vs 4.064 del 2012).

L'URP garantisce, inoltre, la copertura oraria del servizio informativo aziendale di II livello, con operatori disponibili a questo tipo di risposta dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30. Nel 2012 i contatti telefonici per richiedere informazioni sui servizi dell'AUSL di Imola sono stati 2.947, un trend in costante calo negli ultimi anni (3.040 nel 2012 e 4.424 nel 2011), forse anche per una maggiore capacità informativa acquisita dagli strumenti web quali il sito istituzionale e i *social network*. Il 13,6% delle chiamate (401) sono state trasmesse al II livello gestito direttamente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, mentre 219 chiamate sono state passate direttamente al CUP telefonico per effettuare una prenotazione.

5.1.4 Sito internet istituzionale e la trasparenza

L'analisi dei dati di fruizione del sito internet istituzionale (www.ausl.imola.bo.it) rileva nel 2013, rispetto all'anno precedente, un aumento delle connessioni da IP univoci (453.290 vs 380.934) che identificano il terminale specifico e quindi la persona/famiglia che si è connesso e delle pagine

visitate (2.802.491 vs 1.766.042) a fronte di un calo degli accessi generali (le visite passano da 579.765 del 2012 al 570.470 del 2013). Questi dati, unitamente al numero di mail di richiesta informazioni arrivate al sito (da 203 nel 2012 a 227 nel 2013), devono essere interpretate nel senso di un maggior e miglior utilizzo del sito da parte degli utenti. Le pagine più visitate, oltre all'*Homepage* ed alle *news* principali, si confermano essere quella del Consultorio Familiare, in particolare lo Spazio Giovani, gli *screening*, le pagine del libretto pediatrico, i bandi di concorso. Nel 2013 è stata anche completata la rivisitazione strutturale di varie sezioni del sito con un notevole incremento dei contenuti, per poter garantire al cittadino una sempre più completa descrizione dell'azienda e dei suoi servizi, oltre che l'accesso ad alcuni servizi web, come le prenotazioni ed i pagamenti ticket *on line*, l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico, ecc. L'introduzione della sezione Amministrazione Trasparente ha, inoltre, arricchito enormemente i contenuti del sito e scadenato gli obblighi di pubblicazione come normato dal D.Lgs 33/2013.

Fascicolo sanitario elettronico (FSE). Si tratta di una raccolta di documentazione sanitaria che, nel tempo, costituisce la storia clinica di una persona. E' disponibile in ogni momento su internet (www.fascicolo-sanitario.it), in forma protetta e riservata, vale a dire consultabile solo attraverso l'utilizzo di credenziali personali che garantiscono la privacy.

I documenti, come ad esempio referti di visite ed esami specialistici, sono inseriti automaticamente nel Fascicolo sanitario elettronico personale per il quale l'interessato rilascia il proprio consenso formale. Ogni cittadino può poi inserire nel proprio fascicolo ulteriori documenti sanitari, dati e informazioni personali, che può riservare alla sua esclusiva consultazione o mettere in condivisione con il medico di famiglia e altri specialisti. Nel 2013, l'AUSL di Imola ha organizzato un evento informativo di approfondimento sul FSE rivolto a tutto il personale operante presso gli sportelli unici distrettuali e l'URP in modo da allineare le conoscenze sul fascicolo e sulle modalità di rilascio delle credenziali. Sono, inoltre, state realizzate numerose iniziative di promozione del FSE, anche con l'affiancamento di esperti di Cup 2000. In particolare il progetto regionale è stato presentato alle classi V di alcuni istituti scolastici e agli studenti del corso di laurea in infermieristica, con distribuzione delle credenziali di accesso ai partecipanti; sono state fornite informazioni e attivato le credenziali ai cittadini nel corso di alcune manifestazioni pubbliche cittadine; presso il Comune di Castel Guelfo è stato organizzato un pomeriggio dedicato all'attivazione dei FSE ai dipendenti comunali. Molte le giornate dedicate alla distribuzione delle credenziali presso stand installati nell'atrio dell'ospedale S. Maria della Scaletta ed altre strutture aziendali, di cui hanno beneficiato anche i dipendenti aziendali. Una campagna di distribuzione del materiale informativo e a mezzo stampa ha poi accompagnato le iniziative di attivazione. Il risultato della campagna nel suo complesso ha portato all'attivazione di oltre 2.000 credenziali. Al 31.12.2013 gli assistiti dell'AUSL di Imola che hanno attivato l'FSE sono 2.611, a fronte di 3.167 credenziali attivate e di 1.261 credenziali registrate e non ancora attivate.

Obblighi di trasparenza e contrasto alla corruzione. A seguito della L. 190 del 6.11.2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", e del successivo D.Lgs 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", le Pubbliche Amministrazioni sono state chiamate a rivedere ordinamenti e procedure amministrative per adeguare il proprio agire ai principi di legalità, trasparenza ed integrità, dettati dal nostro ordinamento costituzionale. L'AUSL di Imola, in ottemperanza a quanto disposto dal "Piano Nazionale Anticorruzione" approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (Deliberazione n. 72 del 11.9.2013) e dalle prime disposizioni operative del Dipartimento della Funzione Pubblica (Circolare n. 1/2013), ha proceduto tempestivamente, con Deliberazione n. 18 del 14.2.2013, alla nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione, individuato nel Responsabile delle Attività amministrative trasversali del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, nonché a diramare ai servizi aziendali le necessarie indicazioni operative circa l'assolvimento degli obblighi di trasmissione delle informazioni all'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici, lavori, servizi e forniture (art. 1 comma 32 della L. 190/2012).

Nel corso del 2013, oltre ad una intensa attività di studio della normativa a livello interaziendale, di area vasta e metropolitana, si sono effettuate nei confronti dei Dirigenti dell'azienda le verifiche ex L. 39/2013, in materia di incompatibilità ed inconfiribilità degli incarichi, con conseguente pubblicazione dell'esito nel Sito Web aziendale. Successivamente si è proceduto, in collaborazione con l'Unità operativa [Tecnologie Informatiche e di Rete](#) (TIR), alla predisposizione delle griglie da utilizzare per la mappatura delle attività a rischio di corruzione. L'attività istruttoria e propedeutica alla predisposizione del Piano Aziendale Anticorruzione ha interessato tutti i Direttori/Referenti ed i collaboratori con apposite riunioni di verifica con il Responsabile della prevenzione.

L'attività, nel 2013, è stata oggetto di confronto e verifica anche in ambito regionale, per quanto concerne le prerogative atte a formulare indirizzi omogenei sia interpretativi che operativi per tutte le aziende del SSR. Con Deliberazione n. 2 del 31.1.2014 sono stati approvati il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e il Codice di Comportamento. In maniera altrettanto intensiva si è operato per quanto riguarda gli adempimenti al D.Lgs 33/2013. L'azienda ha attivato, sul proprio Sito aziendale, una apposita Sezione "Amministrazione Trasparente" articolata secondo i dettati normativi ed accessibile ai cittadini. Attualmente l'articolazione della sezione corrisponde a quanto disposto dalla delibera CIVIT 50/2013. In tale area web sono stati trasferiti, in specifiche sotto-sezioni di riferimento, i contenuti già pubblicati nel sito aziendale in virtù di obblighi normativi preesistenti. Nel 2013, l'obiettivo prioritario è stato individuato nell'adempiere agli obblighi di pubblicazione specificatamente sanzionati (anche in termini di inefficacia del provvedimento in assenza della pubblicazione), coinvolgendo tutti i dirigenti interessati nel dare attuazione all'art. 15, comma 2, all'art. 22, agli artt. 26 e 27, nei contenuti minimi e con adeguamento nel tempo alle note interpretative diffuse dagli organismi competenti. Con

Deliberazione n. 105 del 7.8.2013 è stato nominato il Responsabile della Trasparenza individuato nel Direttore dell'Unità Operativa Segreteria Generale e Affari Legali.

A seguito delle Deliberazioni CIVIT 71 del 31.7.2013 e 77 del 12.12.2013 (che hanno disposto la verifica dell'assolvimento di determinati obblighi di pubblicazione) sono state completate e/o realizzate *ex novo* le pubblicazioni ivi previste. Nei termini previsti (26.9.2013 e il 21.1.2014) sono stati pubblicati in "Amministrazione Trasparente" gli esiti delle verifiche relativamente agli obblighi di pubblicazione oggetto delle stesse, sia con riferimento alla completezza dei dati, che all'aggiornamento e all'apertura del formato.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016, adottato con Deliberazione n. 2 del 31.1.2014, rappresenta il primo documento di programmazione in materia di trasparenza per l'azienda e prevede la progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione secondo la normativa, nel triennio 2014-2016, per arrivare al pieno adempimento sotto i diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e del loro aggiornamento (oltre che dei tempi e delle modalità di archiviazione). L'elaborazione dei contenuti del programma è la risultanza della collaborazione e del diretto coinvolgimento della dirigenza aziendale in forma di incontri collegiali (riunioni del Dipartimento amministrativo e tecnico), incontri con il Responsabile Trasparenza, corrispondenza e *mail*. Tutta l'attività di impianto e propedeutica all'adozione dei Piani Anticorruzione e trasparenza è stata oggetto di condivisione con l'Organismo di Valutazione aziendale (OVA). I Piani sono poi stati presentati al Collegio Sindacale nella seduta del 17.1.2014 e al Collegio di Direzione il 13.12.2013. Sono stati trasmessi al CCM e al CUF, alle OO.SS. Dirigenza e Comparto e alle RSU aziendali e ad una *mailing* di *stakeholder* locali e nazionali.

5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità

5.2.1 Sistema di gestione delle segnalazioni

Nel 2013 sono state presentate 569 segnalazioni verso l'AUSL di Imola, al netto di quelle inerenti la Montecatone R.I spa. In Tabella 5.1 la distribuzione assoluta e percentuale delle segnalazioni classificate per tipologia e riferite al periodo 2011-2013, in cui si può notare una sostanziale invarianza tra gli ultimi due anni.

Tabella 5.1 - Segnalazioni per tipologia rivolte all'AUSL di Imola. Periodo 2011-2013

Tipologia segnalazione	2011	2012	2013	Var 2010/2012	%
Elogi	130	190	177	-13	31,1%
Reclami	172	249	239	-10	42,0%
Rilievi	78	103	126	23	22,1%
Suggerimenti	22	26	27	1	4,7%
TOTALE	402	568	569	1	100%

La Tabella 5.2 mostra le modalità di presentazione delle segnalazioni, che vede un trend di crescita dei mezzi elettronici (*email* e web) ed un lieve calo della presentazione diretta all'URP (286 nel 2013 vs 304 nel 2012), pur restando questa la scelta prevalente del cittadino.

Tabella 5.2 - Segnalazioni per modalità di presentazione. Anno 2013

Tipologia segnalazione	URP	Lettera	E-mail/web	Stampa	Fax	Verbale / Telefonica	Totale	%
Elogi	30	60	49	37	0	1	177	31,1%
Reclami	179	19	31	5	5	0	239	42,0%
Rilievi	67	10	25	14	3	7	126	22,1%
Suggerimenti	10	1	9	3	2	2	27	4,7%
TOTALE	286	90	114	59	10	10	569	100%
%	50,3%	15,8%	20,0%	10,4%	1,8%	1,8%	100%	

Si riporta di seguito la distribuzione in base alla classificazione CCRQ, che evidenzia un picco degli elogi nella macro categoria "umanizzazione e aspetti relazionali" ed un picco dei reclami per gli aspetti di contestazione ticket e adeguamento alla normativa.

Tabella 5.3 – Segnalazioni suddivise in base alla classificazione CCRQ. Anno 2013

Macro-categorie oggetto del reclamo	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale	%
ASPETTI STRUTTURALI	1	0	4	6	11	1,9%
INFORMAZIONE	0	3	9	2	14	2,5%
ASPETTI ORGANIZZATIVI BUROCRATICI AMMINISTRATIVI	1	16	64	12	93	16,3%
ASPETTI TECNICI PROFESSIONALI	42	51	9	0	102	17,9%
UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI	133	14	7	0	154	27,1%
ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT	0	0	4	5	9	1,6%
TEMPI	0	6	26	0	32	5,6%
ASPETTI ECONOMICI	0	99	2	0	101	17,8%
ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA	0	50	0	0	50	8,8%
ALTRO	0	0	1	2	3	0,5%
Totale	177	239	126	27	569	100%

L'88,5% delle pratiche di reclamo 2013 sono state chiuse entro 30 giorni (70% nel 2012), mentre 30 hanno necessitato di un iter più lungo, comunque comunicato all'utente con lettera interlocutoria e sono stati risolti in media in 47 giorni, con un miglioramento di 13 giorni rispetto ai tempi medi del 2012.

5.2.2 Incontri pubblici, campagne e materiali informativi

Nel 2013 sono stati organizzati 14 incontri pubblici su temi di salute di interesse per la comunità, anche in collaborazione con Associazioni di Volontariato e di Promozione sociale del territorio o con le Amministrazioni Comunali. L'azienda si è come sempre fatta terminale delle campagne di comunicazione regionali, ed ha attivato in proprio alcune campagne informative e di raccolta fondi. Sono 12 gli eventi di inaugurazione di nuove strutture, servizi o attrezzature e 6 i convegni di carattere più prettamente scientifico organizzati internamente.

Figure 5.4 – Campagne informative: eventi e convegni aziendali. Anno 2013



Figure 5.5 – Campagne informative aziendali: materiali informativi. Anno 2013



5.2.3 Mass-media e social media

L'ufficio stampa nel 2013 ha prodotto 156 comunicati stampa, di cui 133 attivi (85,3%) e 23 in risposta ad articoli apparsi su quotidiani o settimanali locali. Sono, inoltre, state organizzate 13 conferenze stampa.

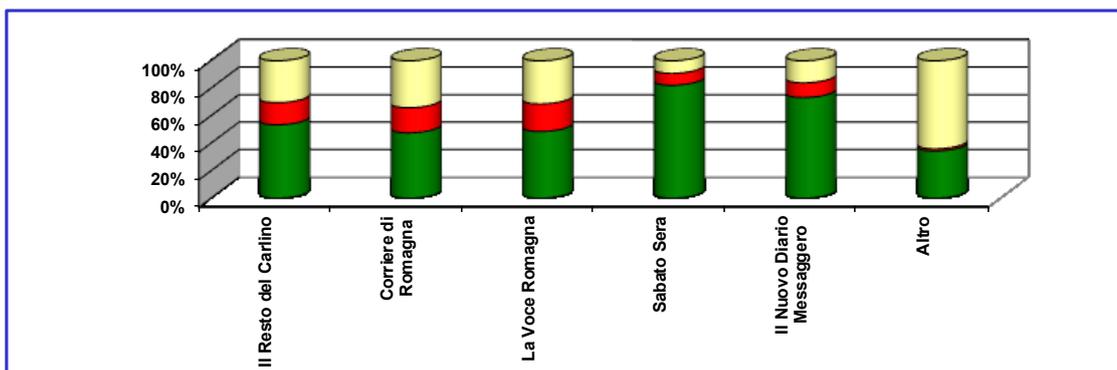
Tabella 5.6 – Conferenze e comunicati stampa per mese di emissione. Anno 2013

2013	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	totale
Conferenze stampa	0	2	3	3	0	0	1	0	0	2	1	1	13
Comunicati stampa	9	13	15	13	14	14	18	8	16	10	17	9	156
di cui attivi	8	13	10	9	13	12	14	7	15	8	15	9	133
di cui risposta	1	0	5	4	1	2	4	1	1	2	2	0	23

La percentuale di pubblicazione da parte delle testate dei comunicati aziendali è stata del 93,5%, con il 61% circa di uscite su più di tre testate. Nel 2013 gli articoli che riguardano l'azienda sono in lieve aumento (973) rispetto al 2012 (955). Continua il trend in calo degli articoli negativi che passano da 446 del 2011, a 209 nel 2012 fino a 138 del 2013. La suddivisione per la posizione espressa dell'articolo vede il 58% di articoli positivi, il 28% di neutri ed il 14% di negativi.

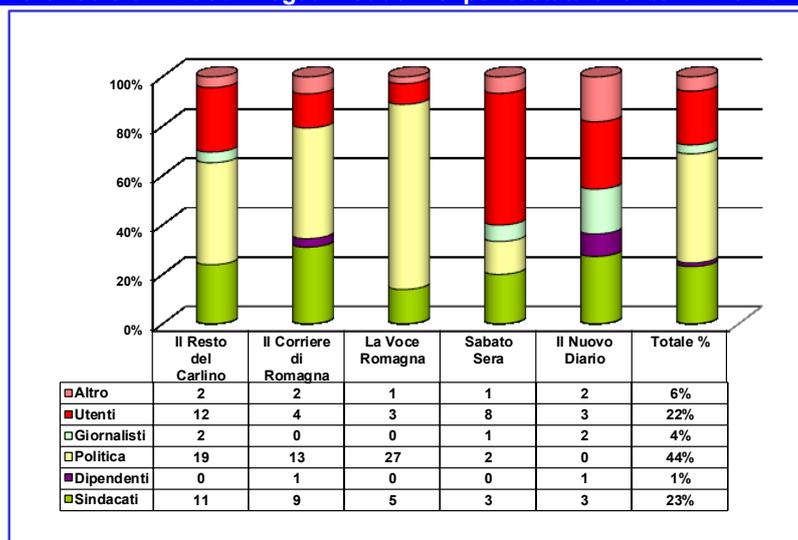
Figura 5.7 - Articoli sull'AUSL di Imola, per testate e per posizioni assunte. Anno 2013

Giornali	Positivi	Negativi	Neutri	Totali	%	% Positivi	% Negativi	% Neutri
Il Resto del Carlino	149	45	85	279	29%	53%	16%	30%
Corriere di Romagna	78	30	56	164	17%	48%	18%	34%
La Voce Romagna	82	34	53	169	17%	49%	20%	31%
Sabato Sera	152	16	17	185	19%	82%	9%	9%
Il Nuovo Diario Messaggero	82	12	18	112	12%	73%	11%	16%
Altro	22	1	41	64	7%	34%	2%	64%
Totale	565	138	270	973	100%	58%	14%	28%



L'analisi delle fonti di articoli negativi (Grafico 5.8) conferma il trend in aumento già evidenziato lo scorso anno per quanto riguarda gli interventi diretti dei cittadini (22% nel 2013, 15% nel 2012 vs 10% nel 2011), anche se il primato delle fonti critiche nei confronti dell'azienda resta alla politica ed ai sindacati, che nel 2013 tornano al 23% nell'analisi delle fonti negative, dopo il netto calo del 2012 che li vedeva segnalare criticità solo nel 7% degli articoli stampa pubblicati.

Grafico 5.8 - Articoli negativi suddivisi per testata e fonte. Anno 2013



Anche nel 2013 è proseguita la collaborazione con il Resto del Carlino Imola, attiva dal 2004, che ha portato alla pubblicazione di circa 50 articoli su temi di educazione alla salute all'interno della rubrica del giovedì "Carlino Salute"; sono state inoltre attivate due collaborazioni con i settimanali

locali, che hanno portato alla produzione di 22 redazionali nell'anno di riferimento. Anche nel 2013 l'azienda ha utilizzato i *social network* (*Facebook*, *Twitter* e *YouTube*) per la comunicazione delle informazioni di servizio e delle news aziendali di maggior impatto pubblico. Sono oltre 300 i *followers* in ciascuno dei *social* utilizzati, mentre crescono costantemente le visualizzazioni dei filmati informativi postati su *YouTube*, che in alcuni casi hanno superato quota 31.000.

Nel 2013 l'AUSL di Imola si è concentrata in particolare nella formazione dei propri operatori all'utilizzo degli strumenti del web 2.0, organizzando una serie di corsi che hanno visto la partecipazione di oltre 100 persone. I *social*, quali importanti strumenti di comunicazione esterna per promuovere l'azienda ed i suoi eventi, si sono dimostrati vincenti per comunicare in tempo reale coi cittadini, potenziando la capacità di ascolto delle loro esigenze ed opinioni.

Già a fine 2013 i profili aperti sul *social* aziendale "InterAusl" erano circa 400 ed i gruppi di lavoro attivi oltre 40.

6. Governo della ricerca e innovazione

6.1 Attività di ricerca

Nel 2013, l'AUSL di Imola ha approvato ed avviato - da sola o in *partnership* con altre aziende sanitarie, Regione e Università - i progetti di ricerca e di innovazione clinico - organizzativa, riepilogati in Tabella 6.1, dove si riportano costi, finanziamenti e professionisti coinvolti.

Tabella 6.1 - Sintesi attività di ricerca AUSL di Imola. Anno 2013

Progetti anno 2013	Progetti	Personale	Costi	Finanziamenti RER
Sperimentazioni	1	1	€ 1.259	
Fondo per la Modernizzazione 2010 - 2012 (biennale)	3	>50	€ 185.000	€ 185.000
TOTALE	4	>55	€ 186.259	€ 185.000

Studi sperimentali e osservazionali. Lo studio approvato nel 2013 è stato condotto dalla Unità operativa di Nefrologia e Dialisi. Si tratta di una sperimentazione clinica che riguarda la terapia con bardoxolone metile nei pazienti con insufficienza renale cronica e diabete di tipo 2.

Lo studio, randomizzato, mira a definire se la terapia con bardoxolone metile, in aggiunta a quella standard, sia in grado di aiutare le persone che soffrono di insufficienza renale cronica e diabete di tipo 2.

Programma Regione-Università 2010-2012. L'articolo 12 del Protocollo di intesa Regione-Università del febbraio 2005 (Delibera di Giunta n. 297/2005) ha previsto l'avvio di un programma di collaborazione tra Regione e Università per lo sviluppo di un'attività di ricerca finalizzata a sviluppare innovazioni scientifiche, nuove modalità gestionali, organizzative e formative. A questi finanziamenti possono accedere le Aziende Ospedaliero-Universitarie per promuovere progetti di ricerca a cui possono aderire tutte le aziende sanitarie della regione.

Progetto *SpeNK* - "Il neonato e il bambino ad alta complessità assistenziale". Questo progetto è stato avviato nell'ambito del Programma Regione-Università 2010-2012, area 2 "Ricerca per il Governo Clinico" - programma finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, nel corso del 2012 e continuato nel 2013. L'implementazione e la valutazione delle dimissioni protette e dei percorsi integrati ospedale-territorio nella provincia di Bologna, studio osservazionale prospettico con popolazione residente nella provincia di Bologna, nasce dalla collaborazione tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Orsola Malpighi, l'AUSL di Bologna, l'AUSL di Imola e il Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università di Bologna e prevede il reclutamento di tutti i neonati dimessi con peso ≤ 1.000 gr e dei bambini/adolescenti dimessi per la prima volta con elevati bisogni assistenziali o patologia oncologica. Le dimissioni protette e i piani di assistenza richiedono una forte integrazione ospedale-territorio con l'obiettivo di assicurare coordinamento tra i diversi servizi di cura per evitare duplicazioni assistenziali e garantire una migliore qualità di vita al bambino e alla sua famiglia. Il progetto permetterà di aggiungere nuove

conoscenze sull'attuazione di dimissioni protette, percorsi assistenziali integrati e continuità delle cure nei confronti di neonati/bambini con particolare bisogni di assistenza. Saranno sviluppati e validati nel contesto assistenziale metodologie per l'individuazione di neonati e bambini complessi a partire dai flussi amministrativi correnti e questionari per valutare l'attività di coordinamento del Pediatri di Libera Scelta e la percezione e soddisfazione delle famiglie. Sarà inoltre messa a punto una metodologia per monitorare i consumi assistenziali della casistica trattata e la loro valorizzazione economica. Il progetto a livello locale è coordinato dal Direttore della Unità operativa Pediatria e Nido dell'AUSL di Imola. Ad oggi i neonati residenti nel comprensorio imolese dimessi dalla Pediatria e Nido e reclutati nello studio sono stati 10.

Fondo per la Modernizzazione 2010 – 2012. Nel 2013, sono stati condotti tre progetti afferenti al "Fondo per la Modernizzazione 2010-2012", nell'ambito dell'Area A - Progetti di sostegno alle iniziative di cambiamento direttamente conseguenti alle linee di indirizzo regionali, approvati dalla Regione ad ottobre 2011 e dei quali l'AUSL di Imola rappresenta l'Ente capofila.

"Definizione di un percorso di continuità assistenziale per i minori in carico alla Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza che accedono ad altri servizi sanitari al conseguimento della maggiore età". Il progetto coinvolge i Dipartimenti di salute mentale dell'Area Vasta Centro e si propone di costruire un percorso assistenziale rivolto alla popolazione in carico alla [Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza](#) (NPIA) nella fascia di età 14 – 18 anni con bisogni di salute che richiedono interventi di carattere socio-sanitario o sanitario che diano continuità nel passaggio di presa in cura legato all'età verso i servizi sanitari e socio-sanitari rivolti agli adulti, promuovendo l'integrazione tra i servizi di riferimento.

Nel 2012 sono stati effettuati diversi incontri tra gli operatori dei servizi coinvolti con l'obiettivo di mettere a confronto i rispettivi protocolli aziendali per la presa in carico della fascia di utenza individuata. Il modello organizzativo che è stato condiviso è quello delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), modalità di relazione tra servizi sanitari e sociali prevista dal Piano attuativo per Salute mentale regionale 2009 – 2011 e finalizzata ad assicurare continuità assistenziale tra i servizi e criteri di presa in carico uniformi e condivisi dei giovani con bisogni di salute che richiedano interventi integrati socio sanitari e che mette in relazione l'attività dei servizi sociali e sanitari per i passaggi dei minori al Centro Salute Mentale, alla Medicina Riabilitativa, all'Azienda per i Servizi alla Persona (ASP), al SerT, coinvolgendo il paziente, la famiglia, il Pediatra di Libera Scelta e il Medico di Medicina Generale. Il 2013 ha visto lo sviluppo del sistema ICT a supporto del progetto, ovvero, la messa a punto del sistema informatico/informativo. Le componenti software in uso alle diverse unità operative (ELEA, EFESO, cartelle cliniche specialistiche), sono state interconnesse al fine di supportare le necessità di condivisione di informazioni sul paziente all'interno del DSM.

"Sviluppo di un modello clinico-assistenziale per intensità / complessità delle cure in area critica (area intensiva, semintensiva, terapia intensiva cardiologica)". Il progetto, per il quale la Regione ha concesso un finanziamento, risponde alla strategia regionale di

promozione e sviluppo dell'[assistenza ospedaliera per intensità di cura](#). In questo ambito si è consolidato il modello di assistenza dell'intera Area Critica ridefinendo la *mission* della Terapia Intensiva Cardiologica (TIC) come area assistenziale di tipo semintensivo, con vocazione non solo cardiologica (accessi dai Centri di riferimento di pazienti con infarto miocardico acuto STEMI e SCA noSTE, ricovero dei casi STEMI non inviati ai centri di riferimento, incremento dei ricoveri non coronarici come lo scompenso cardiaco) ma anche indirizzata al trattamento di pazienti cardiologici con comorbidità internistiche che richiedano livelli di assistenza semintensiva. La *mission* è stata adattata ai nuovi requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture cardiologiche (DGR 1802/2011). In questo modo l'area Critica ha modificato il proprio assetto, integrando in senso trasversale e interdisciplinare i posti letto di Rianimazione/Terapia Intensiva e di Terapia Semintensiva. Si è infatti proceduto a concentrare, in aree connotate specificamente e predefinite, i percorsi diagnostico-terapeutici che richiedono livelli assistenziali intensivi e semintensivi, pertanto i posti letto di area intensiva sono passati da 12 a 8 e quelli di semintensiva da 8 a 12. I pazienti vengono assegnati in area critica complessiva in base ai bisogni assistenziali presentati e monitorati tramite il NEMS. La rilevazione del NEMS viene effettuata dal personale infermieristico ogni inizio turno (3 volte al giorno) e ogni qualvolta si modifica la complessità assistenziale. L'assistenza medica viene erogata non più per settore dedicato bensì in base al livello di intensità di cura (intensivo/semintensivo) del paziente ed è il medico che si sposta in area intensiva o semintensiva in relazione alla collocazione del paziente.

Il progetto ha visto la valutazione del livello di integrazione raggiunto della gestione per intensità di cura in area critica valutando tre principali elementi, le competenze professionali che consentono lo sviluppo dell'integrazione professionale medico-infermieristica, la condivisione di documentazione sanitaria e di strumenti informatici di supporto, l'elaborazione di procedure relative ai principali percorsi diagnostico-terapeutici.

L'acquisizione di strumenti informatici ed informativi a supporto dello sviluppo del modello di gestione per intensità di cura in area critica ha permesso una maggiore integrazione interprofessionale e multidisciplinare, favorendo la creazione di una rete di continuità clinico assistenziale e rendendo più efficiente il processo di diagnosi e cura. Il supporto informatico/informativo consente la stratificazione dell'intensità/complessità assistenziale del paziente a partire dall'ingresso in Pronto Soccorso, attraverso l'utilizzo della scala MEWS integrata nell'applicativo in uso al servizio. La classificazione del paziente consente l'attribuzione del *setting* più appropriato di assistenza non solo in area critica ma anche in area medica, anch'essa organizzata secondo il modello di intensità di cura. Lo sviluppo dell'informatizzazione ha anche riguardato l'ambito radiologico e quello della diagnostica di laboratorio. E' stata infine sviluppata la cartella clinica informatizzata per l'area critica del DEA. Il software permette una completa personalizzazione dei componenti della cartella, integrando tutti i documenti di lavoro in un unico applicativo. La modularità e la flessibilità della cartella clinica ha permesso la creazione di una cartella ideata per integrarsi con semplicità alle modalità di lavoro dell'area critica ed ha permesso

di configurare la cartella in tre modi differenti, per rispondere alle diverse esigenze di rianimazione, semintensiva e UTIC.

“Assistenza da parte dell’ostetrica alla donna in gravidanza a basso rischio”, capofila AUSL Bologna, che fa riferimento alla DGR 1097/2011 “Preso in carico della gravidanza fisiologica a basso rischio da parte dell’ostetrica”. Nel corso del 2012 è stato istituito il gruppo di lavoro aziendale che ha validato la procedura di gestione della presa in carico della gravidanza a basso rischio secondo le direttive regionali. Il percorso di presa in carico della gravidanza fisiologica da parte dell’ostetrica in regime di Day Service Ambulatoriale tipo 2 (DSA2) è rivolto alle donne che accedono al Consultorio Familiare dell’AUSL di Imola che abbiano una gravidanza “diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica” ai sensi dell’art. 48 del D.Lgs 206/2007. Dal 2013 l’attività è da considerarsi a regime e connessa all’attività ostetrica ospedaliera, che effettua a sua volta la presa in carico della gravidanza a basso rischio presso il termine.

Programma Sperimentale sull’integrazione delle Medicine non convenzionali.

L’Osservatorio regionale per le malattie Non Convenzionali dell’Emilia-Romagna (OMncER), istituito nel 2004, si pone l’obiettivo di sperimentare modelli di integrazione tra trattamenti sanitari convenzionali e non convenzionali in alcuni ambiti di patologia laddove sussistono prove di efficacia e sicurezza. A tal fine sono stati promossi tre programmi sperimentali.

Il 1° programma, conclusosi nel 2008, ha finanziato studi osservazionali di piccole dimensioni e su base aziendale relativi alle pratiche non convenzionali più diffuse (agopuntura, omeopatia e fitoterapia), in ambito ginecologico, oncologico e neurologico. Il 2° Programma sperimentale (deliberato nel 2009 e tuttora in corso) ha proseguito la linea di ricerca e innovazione iniziata con il 1° Programma. Sono stati inclusi e finanziati studi di dimensioni maggiori rispetto al 1° Programma, condotti nelle strutture del SSR e focalizzati prevalentemente alla valutazione dell’efficacia clinica e all’osservazione di trattamenti di medicine non convenzionali. 9 dei 12 studi finanziati sono *trials* clinici randomizzati (RCT). L’Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia dell’AUSL di Imola ha aderito al progetto “Giù la testa”, studio osservazionale sulla presentazione podalica cui partecipano 47 centri (consultori e punti nascita) della Regione Emilia-Romagna.

Lo studio è stato proposto dal Dipartimento materno infantile - Ginecologia e Ostetricia dell’Ospedale Maggiore di Bologna in collaborazione con il Programma tutela salute donna infanzia e adolescenza dell’AUSL di Bologna e con il Centro di documentazione SaPeRiDoc del CeVEAS di Modena. Lo studio mira a raccogliere informazioni sul tasso di versione spontanea nel terzo trimestre nella popolazione assistita dai consultori e dai punti nascita della Regione e propone l’offerta attiva di trattamenti, in particolare moxibustione o ago-moxibustione e rivolgimento per manovre esterne (RME) per ottenere la versione. La moxibustione o moxa è un trattamento di medicina tradizionale cinese che consiste nella stimolazione di punti di agopuntura (in questo caso un punto in corrispondenza del 5° dito del piede) mediante il calore prodotto da un bastoncino di carbone di artemisia. Nel corso del 2012 è cominciato il lavoro preparatorio che ha dato alla luce il

3° Programma Sperimentale, nel quale sono stati individuati trattamenti/metodiche non convenzionali per i quali procedere a studi di approfondimento e che riguardano l'area della salute della donna, il dolore cronico non oncologico e il paziente con patologia oncologica. A questi progetti per l'AUSL di Imola hanno aderito le Unità operative di Ostetricia e Ginecologia, Medicina 2 e Oncologia. In ambito di salute della donna si sperimenta un modello d'integrazione tra trattamenti convenzionali e digitopressione (agopressione) per il contenimento del dolore del travaglio – parto, per l'ambito del dolore cronico non oncologico l'integrazione tra trattamenti convenzionali e agopuntura, con particolare riferimento a lombalgia e cefalea, per l'ambito oncologico l'integrazione tra trattamenti convenzionali e fitoterapia (*Viscum Album*) per la qualità della vita e la prevenzione / riduzione degli eventi avversi da terapie oncologiche, con particolare riferimento ai sintomi fatigue e nausea.

6.2 Alta formazione

Il rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna (Facoltà di Medicina e Chirurgia) per quanto attiene i 4 Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie presenti nell'AUSL di Imola (Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale; Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro) è ormai consolidato. Per i primi due corsi l'azienda è sezione formativa (sede lezioni teoriche relative alla parte professionalizzante e delle ore di attività integrativa e di tirocinio) mentre per i restanti due è sede didattica (sede lezioni teoriche e di tirocinio). L'A.A. 2012/2013 ha registrato un incremento di 25 unità rispetto al 2011/2012.

Tabella 6.2 - Sezioni attive e numero studenti dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2013

Corsi di laurea	Anno di Corso	N. studenti A.A. 2012/2013	N. studenti A.A. 2013/2014
Corso di Laurea in Infermieristica	1°	65	60
	2°	34	57
	3°	84	78
Totale		183	195
Corso di Laurea in Fisioterapia	1°	30	20
	2°	19	28
	3°	29	32
Totale		78	80
Corso di Laurea in Educazione Professionale	1°	37	37
	2°	28	34
	3°	41	37
Totale		106	108
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	1°	29	28
	2°	27	27
	3°	61	56
Totale		117	111
Totale complessivo		484	494

Tabella 6.3 - Incarichi didattici nell'ambito dei corsi universitari dell'AUSL di Imola. Anno 2013

Corsi di laurea	Incarichi didattici	N.ro incarichi didattici	Impegno nell'attività
Corso di Laurea in Infermieristica	Coordinatore Tecnico Pratico	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	2	36 ore/settimana
Corso di Laurea in Fisioterapia	Coordinatore Tecnico Pratico	1	36 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	2	36 ore/settimana (di cui 1 dipendente M.R.I.)
Corso di Laurea in Educazione Professionale	Coordinatore Tecnico Pratico	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	2 incarichi: 12 ore/settimana 1 incarico: 36 ore/settimana in convenzione
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	Coordinatore Tecnico Pratico	1	18 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	12 ore/settimana

Si confermano, nella maggior parte dei casi, i dati relativi agli incarichi didattici assegnati per i corsi di Laurea attivati, in Tabella 6.3, per ciò che attiene i Coordinatori Tecnico Pratici ed i Tutor di Corso. I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono 29, affiancati da 11 di Montecatone *R.I.* ed ulteriori 54 professionisti coinvolti nella gestione delle attività seminariali o di laboratorio in qualità di esperti della materia. I dipendenti incaricati della Funzione di Guida di tirocinio (Tutor Aziendali di Tirocinio) sono stati 575 di cui 221 dipendenti aziendali.

Tabella 6.4 - Guide attive per i tirocini curriculari dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2013

Corsi di laurea	N. Guide di Tirocinio c/o AUSL di Imola	N. Guide di Tirocinio c/o altre Aziende / Strutture Private Convenzionate / ASP / Privato Sociale / Aziende	N. totale Guide di Tirocinio attivate
Corso di Laurea in Infermieristica	169	14	183
Corso di Laurea in Fisioterapia	19	127	146
Corso di Laurea in Educazione Professionale	11	130	141
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	22	83	105
Totale	221	354	575

E' continuato, poiché attivato a partire dell'A.A. 2010/2011 dalla sezione formativa di Imola, il Corso di Laurea infermieristica in collaborazione con l'Università di Ferrara, sezione formativa di Pieve di Cento, stesso Corso di Laurea, uno studio osservazionale analitico sulla valutazione del livello di raggiungimento delle competenze esito in relazione ai fattori predittivi negli studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica.

Il campione costituito da 120 studenti iscritti al corso di Laurea delle due sezioni formative sarà osservato per l'intera durata degli studi.

Oltre ai Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie, nel 2013, è stato attivato in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna:

- un corso di Alta Formazione in "Assistenza Infermieristica in Endoscopia digestiva";
- un corso di Alta Formazione in "Strumenti per la valutazione dell'inquinamento negli ambienti di vita e di lavoro" rivolto a Tecnici della Prevenzione della Regione;

Nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali, l'attività formativa vede nel 2013 presenti 11 medici in formazione specialistica, anche se in presenza alternata e non continuativa, provenienti dalla Scuola di Specializzazione in Urologia e Gastroenterologia dell'Ateneo di Bologna e Medicina di Emergenza dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

Le strutture aziendali sono state sede di altri tirocini universitari, come si evidenzia in Tabella 6.5.

Tabella 6.5 - Tipologia di tirocinio e numero studenti per altri corsi di Laurea. Anno 2013

Altri corsi di laurea	Tipologia tirocinio	N.ro studenti
Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche	Curriculare presso Staff Formazione	1
Master in Management	Curriculare presso Blocco Operatorio	1
Master in Management	Curriculare presso Staff Formazione	1
Master di I livello in Infermieristica in Emergenza e Urgenza sanitaria	Curriculare presso Imola Soccorso	2
Master fascicolo sociale e sanitario elettronico	Curriculare presso Servizio Comunicazione	1
Laurea Magistrale Scienze della Riabilitazione	Curriculare presso Centro Ausili	1
Laurea Magistrale Scienze della Riabilitazione	Curriculare presso Neuropsichiatri infantile	1
Scienze Farmaceutiche	Curriculare presso Cardiologia	1
Corso di Laurea in Dietistica	Post laurea presso Servizio Dietiste	1
Corso di Laurea magistrale in Ingegneria gestionale	Tirocinio per tesi presso U.O. Patrimonio e Tecnologie impiantistiche	1
Corso di Laurea magistrale in Architettura	Tirocinio per tesi presso U.O. Patrimonio e Tecnologie impiantistiche	2
Totale		13

Anche i medici convenzionati, in particolare i Medici di Medicina Generale (MMG), hanno svolto un ruolo importante per quanto attiene la formazione universitaria, svolgendo funzione di tutoraggio: nel 2013 sono 5 i MMG che hanno esercitato tale ruolo.

Tabella 6.6 - Attività di Tutor dei MMG e numero tirocinanti in carico. Anno 2013

Corsi di Laurea	Tipologia Tirocinio	n. tirocinanti
Laurea in Medicina e Chirurgia	Tutor pre-laurea presso ambulatorio MMG	8
Laurea in Medicina e Chirurgia	Preabilitazione Medicina ambulatorio MMG	6
Totale		14

Il numero dei tirocinanti frequentanti il corso di formazione specialistica in Medicina Generale è concordato direttamente con il MMG e quindi non ricompreso in tale rendicontazione.

6.3 Information and Communication Technology

Le tecnologie innovative come la telemedicina, la teleassistenza, l'informatica e più in generale l'*ICT* (*Information and Communication Technology*) costituiscono l'infrastruttura *hardware* e *software* che, in sanità, garantisce gestione e continuità assistenziale a tutti i livelli di erogazione: ospedaliero, territoriale e di sanità pubblica. Gli sviluppi prioritari del sistema informativo si collocano nella gestione del processo di ricovero, nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e nello scambio informativo ospedale/territorio tra professionisti, in coerenza con le soluzioni tecnologiche realizzate a livello regionale. Tali processi (ricovero in accesso programmato o in urgenza e l'attività ambulatoriale) devono essere sempre più integrati tra loro e con gli strumenti elettromedicali. Nel 2013, nell'ambito del *turn-over* delle postazioni di lavoro, sono stati sostituiti 150 PC, 160 stampanti ed altre attrezzature (*scanner*, *barcode*, stampanti termiche, ecc.); anche l'infrastruttura server, ammodernata nel 2012, è stata mantenuta aggiornata con *upgrade* dei server. Di particolare rilievo in ambito di innovazione tecnologica, il sistema informatico di gestione dell'attività dell'Otorino aggiornato con le integrazioni software rese necessarie con le attrezzature installate presso la nuova sede del presidio di Imola. Per quanto riguarda le attività in ambito **ospedaliero** si elencano le funzionalità di maggior rilievo implementate:

- nuova versione SW di gestione delle liste d'attesa di interventi chirurgici che comprende anche la gestione della programmazione degli interventi ambulatoriali;
- ulteriore sviluppo della Cartella Infermieristica con l'attivazione della Ginecologia e Ostetricia che ha comportato la realizzazione del sistema Wireless al 2° piano;
- nuovo sistema informatico per la gestione della Nefrologia e Dialisi;
- funzionalità di controllo e monitoraggio per la gestione centralizzata dell'Anagrafica (APC) al fine di ridurre la duplicazione delle anagrafiche;
- nuovo sistema informatico per la gestione dell'[Anatomia Patologica](#) e del Centro *Screening*, a seguito della trattativa di AVEC che ha individuato il nuovo SW da implementare a livello di area vasta;
- attività propedeutiche all'attivazione della firma digitale nei referti ambulatoriali;
- percorsi formativi per l'utilizzo del SW per la gestione informatizzata della prescrizione farmaceutica a pazienti ricoverati;

Gli investimenti principali eseguiti in ambito **territoriale** riguardano in particolare il Consultorio dove è stato implementato il modulo per la gestione del Day Service Ostetrico-ginecologico.

E' proseguita, inoltre, l'implementazione del software per la gestione dell'assistenza domiciliare, con l'acquisizione di moduli integrativi per la nuova struttura "Casa della Salute", finanziati con fondi vincolati. Sono proseguite le attività per supportare l'implementazione della rete SOLE.

I **[Medici di Medicina Generale \(MMG\) ed i Pediatri di Libera Scelta \(PLS\)](#)**, nel 2013, risultano complessivamente 117: 95 MMG e 22 PLS. I medici collegati alla rete SOLE sono 115 (98%), mentre alle reti orizzontali sono collegati 110 medici (94%). Il collegamento hardware e software non garantisce di per sé la fruizione delle informazioni, tuttavia, nel 2013 sono stati

scambiati sulla rete SOLE: 147.070 referti di Laboratorio; 126.174 referti di Specialistica ambulatoriale; 21.499 di Radiologia e 42.971 di Pronto Soccorso; 14.218 notifiche di ricovero, 14.341 notifiche di dimissione e 11.564 lettere di dimissione. E' stato potenziato anche l'invio ai MMG del referto di Diabetologia per i pazienti che accedono al centro antidiabetico dell'ospedale, avviato a fine 2012; il numero di referti inviati è di 4.524. Sempre nell'ambito della rete SOLE, nel 2013, è stata attivata l'integrazione del sistema di neuropsichiatria con la definizione dei modelli di comunicazione coi Pediatri di Libera Scelta e l'invio di 144 referti. Si è svolta, inoltre, una sperimentazione in ambito di Continuità assistenziale con l'utilizzo del SW regionale da parte dei medici che hanno emesso 121 referti. Inoltre, nel 2013, è stata organizzata una forte campagna di sensibilizzazione all'attivazione delle credenziali per l'accesso al [Fascicolo Sanitario Elettronico](#) (FSE) che ha portato a totalizzare complessivamente, a fine 2013, 2.395 fascicoli attivati.

Nell'ambito della **Sanità Pubblica** sono proseguite le attività per l'avvio del Sistema informativo integrato di gestione del Dipartimento, attivato nel 2013. In particolare è stato implementato il software di gestione dell'Igiene Pubblica, realizzate le integrazioni tra il software di gestione fornito dal fornitore e altri software già in uso in azienda (SW Protocollo e SW Veterinaria). Il 2013 si caratterizza anche per gli investimenti effettuati, in riferimento ai recenti obblighi normativi, in tema di "[Trasparenza e Anticorruzione](#)", acquisendo moduli specifici nell'ambito del sistema di gestione del sito internet.

6.4 Accredитamento istituzionale

Il mantenimento dei requisiti per l'accreditamento istituzionale dei Dipartimenti aziendali è stato verificato nel corso 2013 attraverso l'utilizzo dello strumento delle verifiche ispettive interne.

La Regione Emilia-Romagna chiede, infatti, alle strutture sanitarie, pubbliche e private, di organizzare attività di verifica del mantenimento dello status di accreditamento nell'arco temporale, di quattro anni, che intercorre tra una visita di verifica effettuata dai valutatori esterni selezionati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e la successiva.

Le verifiche ispettive interne di medio periodo vengono effettuate da un pool di valutatori interni, appositamente formati, che utilizzano gli stessi strumenti e le stesse modalità utilizzate dai valutatori regionali. Tra i valutatori interni sono presenti anche operatori dell'AUSL di Imola certificati per il ruolo di valutatore regionale per l'accreditamento.

Nel corso del 2013 le unità operative oggetto di verifica ispettiva interna sono state quelle afferenti al Dipartimento di Emergenza e Accettazione ed il Dipartimento di Sanità Pubblica. Le verifiche hanno generato un ottimo spirito di collaborazione tra gli operatori, valutati e valutatori, stimolando l'applicazione degli strumenti tipici del modello di gestione in qualità, in particolare sui principali percorsi clinico assistenziali comuni ai diversi Dipartimenti, facilitando l'individuazione, la pianificazione e la messa in atto, ove necessario, di azioni e progetti di miglioramento.

7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

7.1 Rendicontazione PAL 2010 – 2013

Il quadriennio appena trascorso, oltre a corrispondere al periodo di mandato della Direzione Generale, si caratterizza per l'impegno alla realizzazione di quanto declinato nel Piano Attuativo Locale (PAL) 2010-2013. Un quadriennio che ha visto una profonda opera di riordino e riqualificazione dell'intera struttura aziendale, tesa a migliorare ed ampliare i servizi erogati ai cittadini e a facilitarne l'accesso e la fruibilità, garantendo sostenibilità al sistema. Alla vigilia della elaborazione e diffusione del nuovo PAL, di seguito, si rappresentano gli aspetti salienti che hanno caratterizzato l'azione dell'azienda in ragione del PAL 2010-2013.

7.1.1 Rete ospedaliera

Il riordino e la riqualificazione dell'area ospedaliera, attraverso l'implementazione di nuovi modelli gestionali ed assistenziali per intensità di cura, l'integrazione con i servizi territoriali, l'ampliamento dell'offerta con l'istituzione di nuove discipline, il potenziamento e lo sviluppo tecnologico, hanno visto un forte impegno sul fronte delle risorse umane. L'AUSL di Imola si presentava, ad inizio periodo, con un Presidio Ospedaliero unico articolato su due stabilimenti (Imola e Castel San Pietro Terme) integrati e complementari: lo **stabilimento di Imola**, definito come sede elettiva per l'emergenza-urgenza, le cure ad elevata intensità assistenziale ed i servizi di diagnosi e cura più complessi, al quale si associa lo **stabilimento di Castel San Pietro** per le esigenze di cure *long term*, collegate alla palliazione e per le attività di riabilitazione estensiva. La disponibilità, presso il polo castellano, di un blocco operatorio dotato di tre sale con il supporto di spazi di degenza a regime diurno ha permesso di ampliare l'attività di chirurgia di giorno, prefigurando un polo polispecialistico di Day Surgery a servizio non solo dell'azienda imolese.

Nello stabilimento Imolese, in ragione della *mission* di Centro di riferimento per le cure in regime di emergenza-urgenza, per trattamenti intensivi e semi-intensivi e per l'erogazione di trattamenti specialistici che richiedono l'impiego di tecnologie "pesanti" e ad alto profilo tecnologico, si è operato secondo i seguenti indirizzi programmatici:

- trasferimento all'Ospedale Nuovo delle funzioni ospedaliere ancora collocate presso il vecchio ospedale o in altra sede: DH Oncologico, Pneumo-Allergologia e ORL;
- definizione di una nuova articolazione delle aree di degenza in settori specializzati per livello assistenziale (terapia intensiva e semintensiva, alta, media, minore intensità clinica) per fase del percorso (pre-intervento e post-intervento, post-acuzie, riabilitazione, dimissione protetta) o per percorso diagnostico terapeutico (patologie più frequenti e/o complicate da episodi acuti e cronici);

- sperimentazione di progetti di innovazione organizzativa riguardanti l'implementazione di nuove modalità di interazione professionale fra medico curante e specialista consulente, in modo da migliorare e facilitare i percorsi clinici o singole fasi della presa in carico;
- attivazione di nuove funzioni specialistiche non presenti con risposte strutturate di degenza: oncologia, nefrologia, gastroenterologia (aree di degenza configurate e collocate nell'ambito della degenza medica).

In ragione di quanto sopra, si descrivono le principali innovazioni per Dipartimenti ospedalieri.

Dipartimento medico. Consolidamento e sviluppo del modello per intensità di cura e complessità assistenziale con particolare riferimento alle degenze in Geriatria e Lungodegenza postacutizie; ampliamento in senso specialistico della degenza internistica attraverso l'attivazione di alcune funzioni di ricovero ordinario mancanti: Gastroenterologia, Nefrologia e Oncologia, che avevano potuto utilizzare solo le modalità assistenziali ambulatoriali (compresi i percorsi di Day Service) e Day hospital. L'individuazione di alcuni posti letto di degenza ordinaria (6 totali) nell'ambito della dotazione dell'UO Medicina 2 ha consentito, dal 2013, di completare la gamma assistenziale disponibile a vantaggio di una maggiore appropriatezza, efficacia ed efficienza del percorso diagnostico terapeutico erogato; connotazione delle degenze internistiche per acuti anche su percorsi specialistici, ridefinendo la *mission* delle unità operative con conseguenti modifiche alle equipe mediche.

Medicina 1: comprende la degenza ordinaria classificata di media e medio-alta intensità ad indirizzo polispecialistico (indirizzo neurologico - *stroke care* e pneumologico che prevedono percorsi integrati con l'Area critica; reumatologico e angiologico) ed, inoltre, le relative attività specialistiche di consulenza per interni ed attività ambulatoriali.

Medicina 2: comprende la degenza ordinaria classificata di media intensità ad indirizzo polispecialistico (indirizzo endocrino-diabetologico, nefrologico, oncologico, gastroenterologico) ed effettua attività specialistiche di consulenza per interni ed attività ambulatoriali di endocrinologia e diabetologia con evoluzione verso la costituzione di un Centro per le malattie metaboliche.

Medicina MIC (Minore Intensità Clinica): area di degenza classificata a medio-bassa intensità per il trattamento di pazienti sempre acuti, ma con più spiccate caratteristiche di cronicizzazione; eroga, inoltre, consulenze e attività ambulatoriale infettivologica.

Geriatria-Lungodegenza postacuti: area di degenza per percorsi dedicati all'anziano in condizioni di fragilità; è costituita da un'area a media intensità assistenziale per il trattamento della fase acuta (Geriatria) e da un'area a bassa complessità assistenziale che assicura al paziente una assistenza e cura senza sorveglianza particolare (Lungodegenza). L'evoluzione specialistica di quest'area comporterà l'attivazione di percorsi sia post chirurgici per l'anziano fragile (4 PL di ortogeriatrics che accoglieranno i pazienti entro 48 ore dall'intervento chirurgico) sia riabilitativi in acuto attraverso l'attivazione di 4 PL gestiti dalla Riabilitazione. La funzione di ricovero per riabilitazione estensiva continua invece ad essere collocata nella sede di Castel San Pietro Terme.

Attività endoscopiche. Ad ottobre 2012 è stato attivato il nuovo Polo endoscopico polispecialistico presso l'ospedale di Imola dove sono operative: Gastroenterologia, Broncologia (che assicura attività di broncoscopia finora assenti), Urologia e Ginecologia. Il Polo è costituito da tre sale endoscopiche idonee ad eseguire procedure sia diagnostiche che operative in analgesia/sedazione/anestesia; è stata ricavata una sala per l'osservazione dei pazienti nell'immediato decorso post procedura dotata di 7 postazioni con spogliatoi e bagni dedicati. La disponibilità di questa nuova struttura consente di razionalizzare le attività gastroenterologiche che continueranno ad essere erogate su entrambe le sedi (Imola e Castel San Pietro T.).

Dipartimento chirurgico. Nel 2013 si è completato il percorso innovativo di riorganizzazione e riassetto delle funzioni delle due sedi ospedaliere:

- concentrazione delle funzioni di degenza chirurgica ordinaria nell'ospedale di Imola per favorire percorsi diagnostico terapeutici integrati con gli altri dipartimenti e la condivisione di risorse umane e strutturali. Completamento della ristrutturazione del 4° piano e trasferimento dell'Urologia in una sede complanare alla Chirurgia;
- trasferimento dell'ORL all'ospedale di Imola (maggio 2013) presso l'area già occupata dal DH internistico, in collocazione integrata con un'area di degenza di 12 PL e un'area ambulatoriale costituita da 5 ambulatori (visita, audiometria, vestibologia, rinomanometria, allergologia);
- definizione di un nuovo modello organizzativo della Chirurgia Generale, con l'attivazione di una UOS di Chirurgia Senologica, la concentrazione di tutta l'attività in Day surgery presso la sede di Castel San Pietro T. (presidio multispecialistico di chirurgia di giorno) organizzato per assicurare tempestività di intervento ed elevati standard di qualità;
- potenziamento dell'attività chirurgica con l'attivazione di una ottava sala operatoria;
- sviluppo dell'attività della Banca delle cornee con la realizzazione di una nuova sede.

Dipartimento dei servizi. E' proseguita l'attività di analisi e progettazione del gruppo di lavoro AVEC per realizzare il [Laboratorio Unificato di Area Vasta](#), con la partecipazione degli operatori aziendali ai sottogruppi sulle aree di intervento: logistica dei prelievi, dotazione apparecchiature e gare di approvvigionamento, dotazione risorse umane ecc.. Il processo di integrazione in AVEC ha coinvolto anche l'Anatomia Patologica che ha partecipato alla valutazione e scelta del nuovo software di gestione delle attività unico per tutte le aziende implementato a novembre 2013. E' stata sviluppata l'attività diagnostica di RMN Cardiaca in collaborazione tra le Unità operative di Radiologia e Cardiologia.

Dipartimento materno infantile. Si è completata una prima fase di riorganizzazione delle modalità assistenziali della Ostetricia ginecologia per valorizzare la figura dell'ostetrica nel percorso nascita. Tramite lo scambio di un turno infermieristico con un turno di ostetriche si è ottenuta una maggiore presenza di questa figura per aumentare i livelli di coinvolgimento nella gestione dei parti fisiologici e permettere l'inserimento nell'equipe di sala operatoria dedicata all'effettuazione di parti cesarei sia elettivi che emergenti, attraverso un percorso di formazione e addestramento per rispondere in maniera più adeguata e tempestiva alle emergenze ostetriche.

A giugno 2013 ha avuto avvio il parto in analgesia, attività che l'azienda ha in programma di sviluppare e garantire secondo gli indirizzi e standard regionali.

Dipartimento Emergenza Accettazione. L'aspetto innovativo riguarda il consolidato del "Modello di assistenza per Complessità Assistenziale e Intensità delle Cure all'interno dell'Area Critica" attivato a dicembre 2011, al fine di ottimizzare le risorse impiegate in Area critica ridefinendo la *mission* della Terapia intensiva cardiologica (TIC) come area assistenziale di tipo semintensivo, con vocazione non solo cardiologica (accessi dall'*HUB* di pazienti STEMI e SCA noSTE, ricovero dei casi STEMI non inviati all'*HUB*, incremento ricoveri non coronarici come scompensi ecc.) ma anche indirizzata al trattamento di pazienti cardiologici con comorbidità internistiche che richiedano livelli di assistenza semintensiva. La *mission* è stata adattata ai nuovi requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture cardiologiche (DGR 1802 del 5/12/2011). Questo ha comportato il ridisegno dell'Area critica che, pur mantenendo invariato il numero PL, ha modificato l'assetto, integrando in senso trasversale e interdisciplinare i PL di Rianimazione / Terapia Intensiva e di terapia semintensiva.

7.1.2 Assistenza territoriale

Sul fronte dell'assistenza territoriale il quadriennio passato si è caratterizzato per l'attivazione, con avvio nel 2013, delle **Case della Salute di Castel San Pietro e di Medicina**, come ampiamente illustrato nel Bilancio di Missione 2012. La Casa della Salute è un presidio del distretto la cui gestione è affidata al **Dipartimento di Cure Primarie** che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri dipartimenti. Nella Casa della Salute (CdS) trovano allocazione, in uno stesso spazio, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale e i Servizi Sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In questa sede, inoltre, vengono realizzate iniziative rivolte alla prevenzione individuale e della comunità locale e si attuano i programmi per la promozione della salute e del benessere sociale. La realizzazione ed avvio delle CdS ha comportato un radicale cambiamento della strategia sanitaria, finora improntata prevalentemente sulla centralità dell'ospedale, spostando l'attenzione sul cittadino e sulla complessità dei suoi bisogni, individuando nel territorio il luogo della prima risposta, dove i bisogni sanitari e sociali trovano una risposta esaustiva ovvero, se necessario, vengono orientati verso la struttura di livello appropriato e successivamente ripresi in carico. Presso le CdS è stato avviato il **progetto "Accoglienza"** con la compartecipazione oltre al Dipartimento Cure Primarie, anche del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento di Sanità Pubblica. Gli interventi nell'Area Accoglienza, fanno riferimento a percorsi semplificati di presa in carico a valenza socio-sanitaria con interfacce integrate e lo sviluppo dei percorsi di valutazione multidimensionale dei casi complessi, in collaborazione con il **Punto Unico di Accettazione (PUA)**.

Oltre ai servizi tipicamente afferenti alle cure primarie e a quelli della prevenzione, nella Casa della Salute è prevista l'erogazione di prestazioni e servizi afferenti al Dipartimento di Salute

Mentale e Dipendenze patologiche, configurando un profilo completo nell'offerta di servizi di cure primarie. Parallelamente alla realizzazione delle Case della Salute si è completato il riassetto dei **Nuclei delle Cure Primarie (NCP)**, che vede attualmente operanti sul territorio Imolese 5 Nuclei: "IMOLA CENTRO" (ex Imola Centro Ovest e Imola Centro Cavour); "IMOLA NORD-SUD" (ex Imola Cintura Nord e Imola Cintura Sud); "NCP di Castel San Pietro – Dozza"; "NCP di Medicina - Castel Guelfo"; e "NCP della Vallata del Santerno". Nella sede della Casa della Salute di Castel San Pietro Terme si è trasferita, negli ultimi mesi del 2013, una medicina di gruppo che associa 10 medici di assistenza primaria; essendo già presente all'interno degli spazi della CdS un'altra medicina di gruppo composta da 6 MMG e da 3 pediatri di libera scelta, attualmente tutti i medici di assistenza primaria di Castel San Pietro Terme operano all'interno della struttura.

7.1.3 Prevenzione e promozione della salute

L'AUSL di Imola, attraverso una forte relazione con le istituzioni ed i cittadini ha mantenuto e rafforzato negli anni il suo ruolo e la presenza nella comunità locale, dando risposte ai nuovi bisogni di salute connessi ai cambiamenti economico-sociali, al fine di garantire un sistema di sicurezza sanitaria indispensabile allo sviluppo del territorio e della comunità stessa.

In attuazione del **Piano per la Salute e il Benessere Sociale**, oltre a garantire una buona e diffusa qualità d'offerta dei servizi, in particolare tramite il **Dipartimento di Sanità Pubblica**, l'azienda si è posta come interlocutore dei cittadini e, in sinergia con gli attori sociali, ha delineato interventi e percorsi virtuosi con l'obiettivo primario di migliorare il livello di salute e di benessere della comunità favorendo la massima prevenzione sulle cause di malattia più diffuse.

A tal fine, accanto ad una attività di *routine* (*screening*, vaccinazioni, controllo e vigilanza, ecc.) si sono sviluppati progetti sul fronte dell'educazione alla salute ed interventi mirati ai principali fattori di rischio per la salute in ambiente di vita e di lavoro:

- promozione attività fisica ("Passeggiate nel parco", *Pedibus*, "Cortili per gioco");
- promozione corretto stile alimentare (Progetto "Guadagnare salute" in contrasto all'obesità, PASSI, Passi d'Argento, "OKKIO alla salute");
- prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili;
- salute e sicurezza nelle scuole;
- prevenzione incidenti negli anziani;
- prevenzione delle malattie croniche;
- promozione salute ambiente di lavoro (Piano Edilizia e Piano Agricoltura);
- monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno di origine professionale.

In risposta al progetto regionale "Guadagnare salute", il Dipartimento di Salute Pubblica assieme agli altri analoghi dipartimenti delle aziende dell'AVEC, ha prodotto il progetto "Alla Salute! I cittadini imprenditori di qualità della vita", che si ispira *all'Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*, un piano che individua le strategie di prevenzione e di controllo delle malattie croniche.

Il progetto intende bilanciare gli interventi tra la popolazione generale e il singolo individuo, secondo programmi integrati e con strategie di intervento in grado di ottenere benefici maggiori rispetto a interventi esclusivamente individuali. Il progetto, a seguito del percorso di valutazione regionale, è stato approvato ed ammesso al finanziamento in data del 30/10/2013. Non sono mancati, sul fronte della sanità pubblica, anche momenti di emergenza, come quella epidemica con risvolti zoonosici, legata all'influenza aviaria, che ha colpito il territorio nell'estate-autunno 2013. L'infezione da parte del virus dell'[influenza aviaria](#) ad alta patogenicità su alcuni allevamenti di galline ovaiole del comune di Mordano, diagnosticata a seguito di campionamenti effettuati dal servizio veterinario nel periodo di sorveglianza straordinaria attivato dalla regione il 16 agosto, ha innescato procedure di emergenza epidemica. Il DSP ha attivato l'unità di crisi locale attraverso interventi mirati che hanno coinvolto diversi servizi aziendali:

- veterinaria: attivazione del piano di sorveglianza straordinario negli allevamenti avicoli del territorio (38 in totale) e gestione sanitaria dei siti di depopolamento e decontaminazione che sono stati individuati (9 in totale);
- malattie infettive ed epidemiologia: diffusione raccomandazioni su misure di prevenzione da adottare in relazione agli aspetti zoonosici della patologia; indagini epidemiologiche a seguito di diagnosi di congiuntivite virale; piano di sorveglianza sugli esposti;
- prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro con il servizio di prevenzione e protezione aziendale: verifica dei DPI in dotazione agli operatori e delle conoscenze sulle corrette modalità di utilizzo; esecuzione di sopralluoghi nei cantieri di attività;
- ufficio comunicazione aziendale: coordinamento della comunicazione esterna;
- ufficio economato e provveditorato: acquisizione dei materiali e attrezzature necessarie.

Negli allevamenti depopolati, sono state gestite le attività sottoelencate:

- 3 allevamenti infettati da virus aviario (focolai di malattia): abbattimento e distruzione di galline e pollastre per complessivi 804.805 capi; distruzione di 9.592.828 uova, kg 24.230 di prodotto d'uovo, kg 44.925 di mangime e kg 10.445 di pollina; supervisione dell'attività svolta da 185 operai addetti alle attività di depopolamento dal 21/8 al 8/9; verifica dell'attività di pulizia e disinfezione fino al 30 ottobre.
- 6 allevamenti classificati a contatto: abbattimento e distruzione di galline, pulcini e *broiler* presenti per complessivi 154.062 capi; distruzione di 1.607.409 uova e di kg 18.570 di mangime; decontaminati imballaggi e pollina; supervisione dell'attività svolta da 56 operai addetti all'attività di spopolamento dal 5 al 9 settembre; in seguito è stata verificata l'attività di pulizia e disinfezione che si è protratta fino al 28 ottobre.

L'Igiene veterinaria ha ricevuto la richiesta di indennizzo da parte dei proprietari degli animali e prodotti distrutti, pertanto è stata istituita una commissione per la valutazione delle spettanze, proposto ai sindaci di riferimento. Grazie alla tempestività degli interventi il problema è stato risolto in circa 2 mesi e gli allevamenti del territorio di Imola hanno potuto riprendere l'attività in tempi rapidi.

7.1.4 Rendicontazione PAL 2010-2013

Le schede che seguono rendicontano i principali obiettivi del PAL 2010-2013 con la rappresentazione grafica di tempi e grado di raggiungimento nel quadriennio.

In coerenza con l'impostazione del Piano si rendicontano gli obiettivi raggruppati in macro aree di intervento.

Sviluppo strutture sanitarie:

- l'Ospedale di Imola, la rete provinciale 118 e la rete clinica dei laboratori;
- l'Ospedale di CSPT evoluto in Casa della Salute e Ospedale di Comunità;
- il Polo di Medicina e lo sviluppo in Casa della Salute.

Percorsi clinico assistenziali per le malattie acute e croniche prevalenti:

- Ictus (stroke);
- scompenso cardiaco;
- assistenza oncologica e cure palliative;
- la rete della riabilitazione;
- l'assistenza alla gravidanza ed al parto: il percorso nascita;

Area territoriale:

- Cure Primarie;
- Salute Mentale;
- Sanità Pubblica.

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

SVILUPPO STRUTTURE SANITARIE: Ospedale di Imola - PAL OBIETTIVI 2010 - 2013					
OSPEDALE DI IMOLA - Ospedale per acuti - Sede elettiva per le cure in regime di emergenza-urgenza, per trattamenti intensivi e semi intensivi, per la fruizione di prestazioni diagnostiche connessi alle alte tecnologie		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Trasferire al Nuovo Ospedale di Imola le funzioni ospedaliere presenti all'Ospedale Vecchio e all'Ospedale di Castel S. Pietro T.	Day Hospital Oncologico				
	Trasferimento Servizio di Terapia Antalgica (1a fase)				
	Ambulatori specialistici (pneumo-allergologici)				
	Trasferimento ORL				
	Accordo di programma AUSL/Comune/Provincia alienazione Silvio Alvisi finalizzato al trasferimento del servizio di riabilitazione				
Obiettivo 2 Riconvertire aree ex PS c/o Ospedale Nuovo di Imola e progettare piastre tecniche per il trasferimento di funzioni ospedaliere e alcune funzioni di supporto	Studio di fattibilità Piastra ambulatori e Riabilitazione				
	Studio di fattibilità Anatomia Patologica, Camera Mortuaria				
	Studio di fattibilità Magazzino farmaceutico e Genetica				
	Richiesta finanziamento regionale				
	Accordo di programma AUSL/Comune/Provincia per il progetto "Piastra ambulatori"				
	Approvazione Progetto Nuova Piastra e concessione finanziamento regionale				
	Trasferimento ambulatori chirurgici c/o nuova area Poliambulatori				
	Riorganizzazione 6° Piano: modello assistenziale per intensità di cura				
Obiettivo 3 Sviluppare l'area degenza potenziando l'organizzazione dell'attività per intensità di cura	Riorganizzazione 5° Piano per Medicina 2: qualificazione degenza specialistica di nefrologia e gastroenterologia				
	Riorganizzazione 3° Piano Geriatria e Lungodegenza postacuzie, con attivazione funzione di riabilitazione estensiva e di Ortogeriatria				
	Qualificazione degenza specialistica di oncologia, nefrologia e gastroenterologia c/o Medicina 2				
	Riorganizzazione 4° Piano per le necessità della Chirurgia ed Urologia				
Obiettivo 4 Sviluppare l'area chirurgica potenziando il blocco operatorio e consolidando la mission delle discipline chirurgiche	Blocco operatorio: realizzazione 8° sala operatoria				
	Nuova sede Banca delle Cornee				
	Progetto di riorganizzazione della chirurgia generale				
	Chirurgia laparoscopica e toracica				
	Chirurgia rinologica e del collo (ORL)				
	Chirurgia protesica articolare e traumatologica				
	Chirurgia uro-ginecologica e mininvasiva dei calcoli e della prostata				
Obiettivo 5 Completare nel DEA lo sviluppo del modello di assistenza per intensità delle cure e complessità assistenziale	Definizione percorsi diagnostico terapeutici per Stroke e percorso attività di trombolisi				
	Sviluppo e compimento modello per intensità di cura in area critica (terapia intensiva, sub intensiva e UTIC)				
	Attività diagnostica di II livello: RMN cardiaca				
LA RETE PROVINCIALE DEL 118		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Migliorare la rete dell'emergenza nelle province di Bologna e Ferrara	Rafforzamento dei rapporti di collaborazione nell'area del Comune di Medicina con il volontariato CRI e la CRI di Bologna				
LA RETE CLINICA DEI LABORATORI		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Aderire al Laboratorio Unico Metropolitano (LUM)	Accordo di Area Vasta di adesione LUM				
	Direttore unico U.O. Laboratorio Imola/Bologna				
	Progettazione LUM				
	Espletamento gara d'appalto di acquisizione nuovi sistemi diagnostici				
Obiettivo 2 Progettare la nuova logistica aziendale dell'area dei laboratori c/o Nuovo OSP Imola	Studio progettuale nuova Area Laboratori (Laboratorio Analisi, Trasfusionale, Genetica, Anatomia Patologica)				
	Innovazioni tecnologiche ed informatiche: SW gestionale AVEC per Anatomia Patologica				

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

SVILUPPO STRUTTURE SANITARIE: Casa della Salute e Ospedale di Comunità di CSPT - PAL OBIETTIVI 2010 - 2013					
CASA DELLA SALUTE E OSPEDALE DI COMUNITA' DI CASTEL SAN PIETRO TERME Struttura orientata alle cure intermedie e palliative e alla attività chirurgica a sostanziale sviluppo diurno		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Ampliare la vocazione chirurgica diurna ad altre specialità a servizio non solo dell'azienda imolese	Polo multispecialistico di Day Surgery per: analgesia, chirurgia generale, ginecologia, ortopedia, ORL, oculistica				
	Trasferimento Servizio di Terapia Antalgica (2a fase: apertura sede principale a CSPT)				
Obiettivo 2 Orientare la <i>mission</i> dell'ospedale verso le cure long-term e l'ampliamento delle cure palliative	Riorganizzazione attività lungodegenza e potenziamento attività riabilitativa e del nursing infermieristico				
	Attivazione ambulatorio per le cure palliative e Day Hospice				Obiettivo Nuovo PAL
	Sviluppo dell'attività verso malati terminali attraverso una maggiore integrazione tra Hospice e ADI				
Obiettivo 3 Realizzare la Casa per la Salute presso lo stabilimento di Castel San Pietro Terme	Approvazione del progetto				
	Aggiudicazione e stipula del contratto di appalto dei lavori				
	1° stralcio: Ambulatori medici ed infermieristici NCP, Pediatria di Gruppo, Neupsichiatria Infanzia e Adolescenza, Servizio sociale (ASP)				
	2° stralcio: ambulatori Medicina di Gruppo e Consultorio Familiare (ginecologia, psicologia e ostetricia)				
	3° stralcio: spazi accoglienza cittadini (portineria, punto ristoro, CUP, Punto prelievi, ecc.)				
	Conclusioni lavori e collaudi				
	Sviluppo funzione di accoglienza presso la Casa della Salute				
SVILUPPO STRUTTURE SANITARIE: Casa della Salute di Medicina - PAL OBIETTIVI 2010 - 2013					
EVOLUZIONE POLO SANITARIO DI MEDICINA IN CASA DELLA SALUTE		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Realizzare la Casa della Salute quale centro per la salute ed il benessere nei territori di Medicina e Castel Guelfo	Adozione Progetto				
	Aggiudicazione e stipula del contratto appalto lavori				
	Ristrutturazione del piano terra (locali ex radiologia) con ampliamento ambulatori della Medicina di Gruppo				
	Polo Pediatrico consultoriale: Petriatria di Gruppo e di Comunità e Consultorio Familiare e Spazio Giovani				
	Ampliamento zona poliambulatoriale: potenziamento diagnostica ecografica e mantenimento delle specialità (cardiologia, dermatologia, oculistica, ORL, ortopedia, neurologia, urologia, gastroenterologia, e medicina riabilitativa)				
	Ampliamento Centro Diurno per Anziani				
	Conclusioni lavori e collaudi				
	Sviluppo funzione di accoglienza presso la Casa della Salute				
Obiettivo 2 Sviluppare attività Polo Sanitario di Medicina	Aumento attività ambulatoriale di Ostetricia-Ginecologia				
	Attivazione Spazio Giovani				
	Installazione elettrocardiografo con trasmissione telematica del tracciato alla Cardiologia dell'Ospedale di Imola				
	Attivazione nuovo percorso consulenze geriatriche a domicilio, nelle strutture residenziali e e semiresidenziali				

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI PER LE MALATTIE ACUTE E CRONICHE PREVALENTI - PAL OBIETTIVI 2010 - 2013					
ICTUS (STROKE)		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Portare a regime il modello per intensità delle cure che comprende l'alta intensità assistenziale	Completare la rete stroke care per la gestione della fase acuta del paziente con stroke con posti letto dedicati				
	Gruppo professionale multidisciplinare formato ad hoc				
	Follow up internistico paziente stroke				
Obiettivo 2 Garantire la presa in carico riabilitativa precoce in sede ospedaliera e la continuità assistenziale	Piani di dimissione individuali da parte del team aziendale multidisciplinare				
	Migliorare la fruibilità, in spazi adeguati, della riabilitazione durante la degenza				
	Migliorare la fruibilità, in spazi adeguati, nel post dimissione sul territorio				
Obiettivo 3 Definire percorsi dedicati al paziente con stroke	Residenzialità a lungo termine				
	Coinvolgimento servizi distrettuali e servizi sociali dei Comuni: dimissione protetta e cure domiciliari				
	Riabilitazione post-ospedaliera a livello ambulatoriale				
SCOMPENSO CARDIACO		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Progetto di ricerca di Area Vasta NOA "Nuova Organizzazione Ambulatoriale"	Sperimentazione attività medico-infermieristica sul territorio con presa in carico in collaborazione con specialisti ospedalieri				
	A regime modello organizzativo per garantire presa in carico, continuità assistenziale e tempestività accesso ai servizi territorio				Obiettivo Nuovo PAL
Obiettivo 2 Gestire il tema del fine vita	Pazienti con scompenso: elaborazione protocolli tra area post-accuzie e Hospice.				Obiettivo Nuovo PAL
ASSISTENZA ONCOLOGICA E CURE PALLIATIVE		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Revisione principali percorsi oncologici gestiti in collaborazione con i servizi aziendali ed extra aziendali	Percorso mammella (Radiologia, Chirurgia, Dipartimento Oncologico Bellaria per radioterapia e IORT)				
	Percorso colon-retto (Anatomia Patologica, Gastro, Oncologia, Chirurgia generale, Radiologia)				
	Percorso polmone (Pneumologia, Chirurgia)				Obiettivo Nuovo PAL
Obiettivo 2 Revisione strutture e modello di assistenza oncologica	Attivazione nuove funzioni specialistiche (oncologia per degenti)				Obiettivo Nuovo PAL
	Garantire le attività di II e III livello con la definizione di percorsi del paziente verso altre strutture (IRST, S.Orsola e Bellaria)				
LA RETE DELLA RIABILITAZIONE		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Sviluppare un approccio assistenziale globale alle patologie, specialmente per quanto riguarda l'anziano	Medicina Riabilitativa: percorsi di presa in carico continuativa dalla fase acuta in degenza alla fase post-acuta ambulatoriale e dei controlli a distanza				
	Potenziamento riabilitazione estensiva a CSPT				
	Attivazione posti letto di riabilitazione estensiva all'Ospedale di Imola				
Obiettivo 2 Percorsi di presa in carico per gravi patologie croniche disabilitanti e di pertinenza neurologica	Percorsi cura ed assistenza personalizzati per gravi patologie croniche disabilitanti di pertinenza neurologica (SLA; sclerosi)				
	Attivazione UVM disabili adulti e commissione gravissimi disabili (DGR 2068)				
	Percorso paziente BPCO				
ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA ED AL PARTO: IL PERCORSO NASCITA		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Sviluppare l'attività diagnostica e i percorsi di presa in carico in area materno-infantile	Test combinato (bitest): step per la definizione del rischio di anomalie fetali, in particolare la sindrome di Down				
	Test di screening per selezionare le donne gravide ad alto rischio a cui offrire metodiche diagnostiche invasive di II livello (villocentesi, amniocentesi)				
	Rete Hub & Spoke in AVEC: II livello per assistenza neonatale hub per Citogenetica				
	Nuovo ruolo dell'ostetrica nella presa in carico delle gravide a basso rischio				
	Controllo del dolore da parto: partoanalgesia				

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

AREA TERRITORIALE: CURE PRIMARIE - PAL OBIETTIVI 2010 - 2013					
CURE PRIMARIE		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Sviluppo organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) e delle attività assistenziali territoriali	Progetto regionale profili di NCP				
	Gestione territoriale dello scompenso cardiaco (Progetto NOA)				
	Redefinizione sedi fisiche, composizione e funzioni dei Nuclei di Cure Primarie				
	Riorganizzazione del Servizio Infermieristico territoriale				
	Inserimento dei PLS nei NCP				
	Assistenza Specialistica: nuovo percorso di accesso alle prestazioni ambulatoriali urgenti e sollecite				
	Progetto Leggeri: individuazione NPIA nei NCP				
	Riorganizzazione Continuità assistenziale prefestiva, festiva e notturna				
	Sviluppo della Continuità assistenziale diurna a Imola e nella Vallata del Santerno				
Revisione linee guida del paziente diabetico					
Obiettivo 2 Riorganizzazione Presidio Sanitario Ospedale Vecchio-Lolli di Imola	Nuova sede Continuità Assistenziale prefestiva notturna				
	Nuova sede Consultorio Familiare				
	Studio di Fattibilità Casa della Salute di Imola				
Obiettivo 3 Integrazione con altri Dipartimenti	Area Pediatrica: miglioramento diagnosi precoce autismo, disturbi del linguaggio e dello sviluppo cognitivo				
	Percorso nascita: promozione allattamento al seno, presa in carico disturbi emptivi donna gravida e puerpera, gravidanza fisiologica (ruolo dell'ostetrica) e offerta attiva del test combinato (bitest)				

AREA TERRITORIALE: SALUTE MENTALE - PAL OBIETTIVI 2010 - 2013					
SALUTE MENTALE		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Attuazione Piano Regionale per la Salute Mentale con potenziamento dei percorsi di presa in carico e di integrazione socio-sanitaria	Trasferimento SPDC-RTI all'OSP Nuovo di Imola				
	Trasferimento Psichiatria Territoriale Adulti (CSM e DHT) al Polo Sanitario "Lolli"				
	Piano emergenze/urgenze per psichiatria adulti, infanzia ed adolescenza (Day Hospital Territoriale e Night Hospital)				
	Riorganizzazione SPDC e RTI secondo il modello di assistenza per intensità delle cure e complessità assistenziale				
	Percorso Terapeutico Riabilitativo Progetto nel Budget di salute				
	Progetto Leggeri: sviluppo integrazione con la Medicina Generale				
	Percorsi clinico assistenziali NPIA: Progetto Regionale Integrato Autismo (PRIA)				
Obiettivo 2 Riorganizzazione Dipendenze Patologiche	Chiusura Centro di crisi vicariato da RTI presso l'OSP Nuovo di Imola (Night Hospital) e DHT				
	Potenziamento attività semiresidenziale: centro diurno Arcobaleno a Casola Canina				
Obiettivo 3 Riorganizzazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Centro diurno unico (chiusura centrodiurno "Girasole")				
	Trasformazione della struttura accreditata socio-riabilitativa (Ca' del Vento) in residenza socio-sanitaria				
	Superamento gestione mista con il trasferimento al privato sociale delle delle strutture socio-riabilitative (psichiatria adulti)				
	Rimando in capo al DSM del governo clinico e verifica dei percorsi diagnostico-terapeutici				

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

AREA TERRITORIALE: SANITA' PUBBLICA - PAL OBIETTIVI 2010 - 2013					
SANITA' PUBBLICA		2010	2011	2012	2013
Obiettivo 1 Promozione della salute. Iniziative "Piano Salute e Benessere Sociale del Circondario"	Interventi integrati con l'Assistenza Primaria (NCP e Case della Salute): Carta Rischio Cardiovascolare con MMG				
	Progetti promozione attività motoria: "Cortili per gioco"; "Passeggiate nel Parco"; "Imola cammina"; "Pedibus"; ecc.				
	Pet therapy: programmi di educazione e controllo sul rapporto animale-ambiente (disabili ed anziani)				
	Educazione alimentare: "Guadagnare salute" contro l'obesità (Studio Passi e Okkio alla salute)				
	Mobility Manager: ampliamento biciclette aziendali, promozione mobilità ciclabile interna all'AUSL e sul territorio, ecc				
	Salute e sicurezza nelle scuole: formazione dirigenti scolastici e piano mirato vigilanza nelle scuole				
	Indagine epidemiologica infortuni nel territorio imolese				
Obiettivo 2 Promozione sicurezza della salute sul lavoro. "Piano regionale della prevenzione e Piani nazionali edilizia e agricoltura"	Eventi sulla promozione ed informazione della salute nei luoghi di lavoro rivolte ai comparti agricoltura ed edilizia				
	Incremento dell'attività di vigilanza in edilizia, agricoltura e in aziende a rischio cancerogeno				
	Valutazione preventiva piani di lavoro nelle rimozioni di manufatti in cemento amianto (piani di lavoro valutati)				
	Epidemiologia rischio cancerogeno professionale: istituzione c/o SPSAL di Imola del Centro Operativo Regionale Registro Tumori Naso Sinusali (RENATUNS) di origine professionale				
Obiettivo 3 Promozione sicurezza alimentare	Completamento della formazione operatori settore alimentare (OSA) e coinvolgimento associazioni di categoria				
	Definizione linee guida (con AUSL Bologna) per controllo provinciale attività produzione primaria				
	Adozione procedure regionali di vigilanza sulla somministrazione degli alimenti (a base di selvaggina e pesce crudo)				
Obiettivo 4 Favorire le fasce più deboli e a rischio della popolazione	Ambulatorio Infettivo, screening tubercolosi, offerta farmaci antiparassitari in classe C				
	Progetto regionale Prevenzione caduta dell'anziano in collaborazione con i servizi di Riabilitazione e il volontariato				
Obiettivo 5 Ricerca sinergie interne all'Azienda ed esterne con altre Aziende per lo sviluppo dei progetti congiunti	Dip. Materno-Infantile, Consultorio Familiare, MMG e PdL per la promozione dell'attività motoria e la lotta all'obesità nelle scuole				Obiettivo Nuovo PAL
	Dipendenze Patologiche: rilascio patenti, prevenzione abuso alcool nelle scuole e lavoro				
	Presidio Ospedaliero per prevenzione delle malattie trasmissibili e legionellosi				
	AUSL Bologna: gruppo di lavoro per nuovo modello codifica cause di morte				
	AUSL Bologna, Direzione Territoriale del Lavoro, INAIL, INPS, VV.F., ARPA: pianificazione coordinata e congiunta interistituzionale dell'attività di vigilanza nei luoghi di lavoro				
Coinvolgimento MMG all'emersione delle professionali all'emersione delle malattie professionali					

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola
Viale Amendola, 2 - 40026 Imola (BO)
tel. +39 0542 604111 - fax. +39 0542 604013
e-mail: ausl@ausl.imola.bo.it
www.ausl.imola.bo.it