

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

# ***Bilancio di missione*** **2015**

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

*Accompagno con queste brevi note la presentazione del Bilancio di Missione 2015 dell'Azienda USL di Imola, un documento che risponde non solo ad un preciso dettato legislativo regionale ma che è divenuto anno dopo anno, uno strutturato strumento di rendicontazione del nostro lavoro e del nostro impegno.*

*Le aziende sanitarie come la nostra sono chiamate a perseguire prioritariamente obiettivi di ordine meta-economico, che non sono misurabili attraverso i parametri del classico bilancio economico – finanziario.*

*Tali finalità, come da mission aziendale, sono riconducibili al pieno soddisfacimento dei bisogni di salute dei nostri cittadini, nel rispetto di quelle durevoli condizioni di equilibrio economico che sono implicite nel concetto stesso di Azienda.*

*Questo documento costituisce uno strumento di conoscenza, e al tempo stesso di informazione, in quanto è attraverso di esso che l'azienda comunica con i diversi portatori di interesse in ordine al grado di raggiungimento dei propri obiettivi finalizzanti istituzionali.*

*Molti sono i fatti accaduti nell'anno di cui questo documento dà conto.*

*In primis la nascita della Città Metropolitana, nuovo sistema istituzionale di carattere federativo, realizzata allo scopo di valorizzare le specifiche connotazioni dei territori in una nuova identità collettiva, che rappresenta, anche per la sanità, una importante occasione per superare visioni ed interessi particolaristici e settoriali a favore di un approccio ancor più integrato sia sul versante della programmazione, che su quello della gestione dei servizi.*

*In tale prospettiva sono da collocare:*

- 1) L'avvio delle forme di concentrazione interaziendale di servizi intermedi o di loro parte (es. Laboratorio Analisi, Radiologia, Genetica) di logistica (es. Economato/provveditorato) e amministrativi (es. Personale e Bilancio).*
- 2) Lo sviluppo delle reti cliniche (Chirurgia generale, Ortopedia, ecc.).*
- 3) Il consolidamento delle collaborazioni con l'Università degli Studi di Bologna sia sul versante dell'assistenza che su quello della didattica.*

*Il ridisegno organizzativo interno, con la semplificazione riduttiva dei Dipartimenti e delle UU.OO. è stato pensato anche al fine di renderlo più rispondente e più funzionale ai mutamenti del contesto politico-istituzionale.*

*In tutto questo cambiamento è rimasto come punto fermo imprescindibile il legame con il nostro territorio. Questo strumento di rendicontazione vuole contribuire ad alimentare il senso di appartenenza, la sussidiarietà, la reciprocità, la reputazione e la fiducia: in una parola l'alleanza con la nostra comunità.*

*Il Bilancio di Missione 2015 illustra con completezza di dati e di informazioni quanto realizzato in quest'anno di intenso lavoro; si spazia dalle attività di prevenzione e di promozione della salute al sistema di produzione delle cure, senza mai perdere di vista la centralità dei bisogni della persona.*

*Licenziare il documento è anche l'occasione per esprimere un sentito ringraziamento a quanti quotidianamente, ad ogni livello di compito e di responsabilità, hanno affrontato la fatica dell'assistenza in questa complessa realtà.*

*Ringrazio le tante organizzazioni del volontariato e del mondo no – profit che continuamente danno il loro contributo per rendere migliore le cure e le prestazioni all'assistito; ringrazio i tanti cittadini per le numerose manifestazioni di sostegno che ci esprimono, ed anche per l'opera di stimolo e continuo miglioramento che spesso fanno prevalere, specialmente quando qualcosa non va per il verso giusto.*

*Un sentito ringraziamento va a Maria Lazzarato che mi ha passato il testimone della direzione, con il riconoscimento di avere condotto con passione e dedizione, l'AUSL di Imola per sei importanti anni.*

*Un pensiero conclusivo pieno di affetto e gratitudine lo rivolgo infine a quanti altri hanno lasciato l'AUSL, in molti casi per sopraggiunti limiti di età e in qualche caso, nostro malgrado, per via di un crudele destino.*

*Andrea Rossi*

## Indice generale

<b>1. Contesto di riferimento.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Territorio Ambiente e Popolazione .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Superficie e densità demografica .....	5
1.1.2 Ambiente .....	6
1.1.3 Struttura demografica della popolazione residente.....	6
1.1.4 Anziani e grandi anziani .....	9
1.1.5 Aspettativa di vita.....	11
1.1.6 Natalità.....	11
1.1.7 Stranieri.....	12
<b>1.2 Osservazioni epidemiologiche .....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Mortalità .....	14
1.2.2 Mortalità per grandi cause .....	15
<b>1.3 Stili di vita e sicurezza .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Principali comportamenti influenti sullo stato di salute .....	17
1.3.2 Incidenti stradali .....	18
1.3.3 Infortuni sul lavoro .....	20
<b>Sezione 1 - Sintesi principali indicatori .....</b>	<b>22</b>
<b>2. Profilo aziendale .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Sostenibilità economica.....	23
2.1.2 Sostenibilità finanziaria .....	29
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale .....	31
<b>2.2 Impatto sociale ed ambientale .....</b>	<b>34</b>
2.2.1 Lasciti e donazioni .....	34
2.2.2 Uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari .....	35
<b>2.3 Livelli essenziali di assistenza .....</b>	<b>38</b>
2.3.1 Costo pro-capite per livelli di assistenza .....	38
2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro.....	40
2.3.3 Assistenza distrettuale .....	44
2.3.4 Assistenza ospedaliera .....	60
<b>2.3 Assetto organizzativo .....</b>	<b>70</b>
<b>Sezione 2 - Sintesi principali indicatori anno 2015 .....</b>	<b>73</b>
<b>3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali .....</b>	<b>75</b>
<b>3.1 Partecipazione Enti Locali alla programmazione sanitaria.....</b>	<b>75</b>
3.1.1 La <i>governance</i> nei servizi ad integrazione socio-sanitaria .....	75
<b>3.2 Universalità ed equità di accesso .....</b>	<b>75</b>
3.2.1 Il Fondo Regionale per la non Autosufficienza (FRNA).....	75
3.2.2 Politiche socio-sanitarie per aree con maggior disagio.....	76
3.2.3 Governo delle liste di attesa .....	83
<b>3.3 Centralità del cittadino .....</b>	<b>85</b>
3.3.1 Forme di partecipazione del cittadino.....	85
3.3.2 Valutazione gradimento del cittadino .....	85
3.3.3 Equità e <i>Diversity Management</i> .....	89
3.3.4 Trasparenza e prevenzione della corruzione .....	90

<b>3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale .....</b>	<b>91</b>
3.4.1 Promozione della salute e prevenzione delle malattie .....	91
3.4.2 Appropriatelyzza clinica e organizzativa .....	94
3.4.3 Percorsi continuità ospedale - territorio.....	97
3.4.4 Gestione del rischio "sicurezza delle cure" .....	102
<b>4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione.....</b>	<b>107</b>
<b>4.1 "Carta di Identità" del personale.....</b>	<b>107</b>
<b>4.2 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti.....</b>	<b>111</b>
<b>4.3 Gestione del rischio e sicurezza.....</b>	<b>113</b>
4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali.....	113
4.3.2 Andamento del fenomeno infortunistico.....	113
<b>4.4 Formazione "in cifre" .....</b>	<b>115</b>
<b>5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione.....</b>	<b>117</b>
<b>5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi.....</b>	<b>117</b>
5.1.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).....	117
5.1.2 Carta dei Servizi .....	117
5.1.3 Servizio Numero Verde Regionale.....	117
5.1.4 Sito internet istituzionale e la trasparenza .....	118
<b>5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità .....</b>	<b>119</b>
5.2.1 Sistema di gestione delle segnalazioni .....	119
5.2.2 Incontri pubblici, campagne e materiali informativi .....	121
5.2.3 <i>Mass-media e social media</i> .....	122
<b>6. Governo della ricerca e innovazione.....</b>	<b>125</b>
<b>6.1 Attività di ricerca .....</b>	<b>125</b>
6.1.1 Programma Regione-Università (PrRU) .....	125
6.1.2 Programma Fondo regionale per la modernizzazione (FRM) .....	128
6.1.3 Sperimentazioni cliniche .....	129
6.1.4 Altre innovazioni organizzative a livello locale.....	129
<b>6.2 Alta formazione .....</b>	<b>130</b>
<b>6.3 Information and Communication Technology .....</b>	<b>133</b>
<b>6.4 Accreditamento istituzionale.....</b>	<b>138</b>
<b>7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale .....</b>	<b>139</b>
<b>7.1 Il sistema di valutazione e monitoraggio SIV-ER.....</b>	<b>139</b>

## 1. Contesto di riferimento

### 1.1 Territorio Ambiente e Popolazione

#### 1.1.1 Superficie e densità demografica

La superficie del circondario imolese, che comprende 10 comuni, è pari a 787 Km<sup>2</sup>. Il territorio nella zona di pianura conferma una densità abitativa medio-alta che diminuisce nella Provincia di Bologna. La vastità della superficie associata alle caratteristiche geo-morfologiche diversificate ha dato vita a numerosi insediamenti collinari sparsi, aumentando la dispersione abitativa e riducendo la densità demografica. Questo indicatore, utile per determinare l'impatto che la pressione antropica esercita sull'ambiente, conferma una generalizzata ma esigua crescita, anche nel periodo 2008-2015 contraddistinto da crisi economica e contrazione demografica. L'aumento a livello dei comuni imolesi (circa 5 ab./km<sup>2</sup>), che raddoppia a livello Provinciale - essendo un indicatore legato ai flussi migratori - regge il confronto, nel periodo in esame, con il livello regionale.

**Tabella 1.1 - Superficie e densità demografica nei Comuni dell'AUSL di Imola al 31/12/2015**

COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE Km <sup>2</sup>	POPOLAZIONE RESIDENTE	DENSITÀ 2015 Pop/Km <sup>2</sup>	DENSITÀ 2008 Pop/Km <sup>2</sup>
IMOLA	204,95	69.797	340,56	331,90
MORDANO	21,46	4.760	221,81	212,07
MEDICINA	159,11	16.739	105,20	102,39
CASTEL GUELFO	28,55	4.455	156,04	142,98
<b>TOTALE PIANURA</b>	<b>414,07</b>	<b>95.751</b>	<b>231,24</b>	<b>224,47</b>
CASTEL S. PIETRO	148,48	20.811	140,16	137,62
DOZZA	24,24	6.652	274,42	260,44
CASALFUMANESE	81,97	3.438	41,94	41,95
BORGO TOSSIGNANO	29,12	3.289	112,95	113,32
FONTANELICE	36,57	1.943	53,13	51,93
CASTEL DEL RIO	52,56	1.246	23,71	23,97
<b>TOTALE COLLINA</b>	<b>372,94</b>	<b>37.379</b>	<b>100,23</b>	<b>98,26</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>787,01</b>	<b>133.130</b>	<b>169,16</b>	<b>164,66</b>
Prov. Bologna (2015-2008)			<b>271,94</b>	<b>260,39</b>
RER (2015- 2008)			<b>198,67</b>	<b>193,33</b>
ITALIA (2014-2008)			<b>201,25</b>	<b>197,85</b>

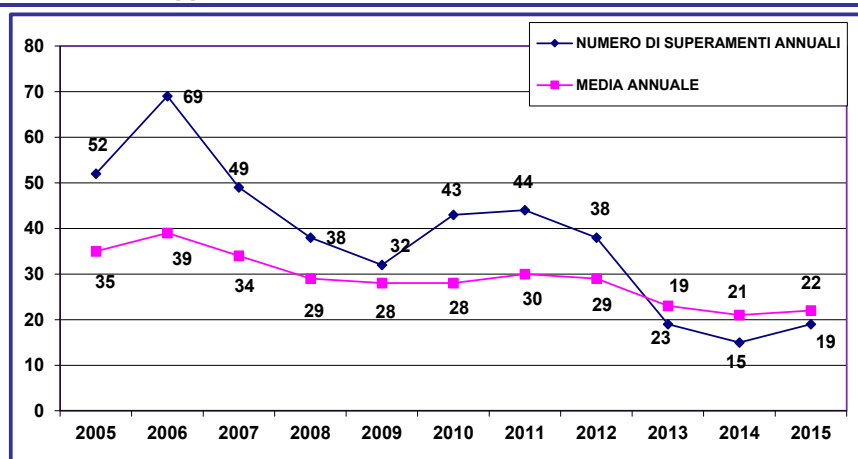
Fonte: 1) Anagrafi Comuni su Modello Istat P.2. 2) Sito Regione ER- Statistica – Territorio Istat con cod. altimetriche Istat. 3) Dati densità 2014 pubblicazione Noi Istat 2016

### 1.1.2 Ambiente

Rispetto al 2014, come appare nel Grafico 1.2, il 2015 registra un leggero incremento degli sforamenti dai valori limite del PM<sub>10</sub> (19 giorni totali) nei mesi autunnali e invernali, con una media annuale tra le più basse del trend (22 microgrammi/m<sup>3</sup>), in linea con l'ultimo triennio.

Se si considera che il 2015 è stato nettamente più caldo e meno piovoso del 2014, i dati in proiezione sono da ritenersi migliori di quelli dell'anno precedente per l'andamento meteo "meno favorevole". Le giornate annue con valori nella norma sono risultate pari a circa il 95%.

Grafico 1.2 - Monitoraggio polveri ultrafini (PM<sub>10</sub>) nel territorio di Imola. Periodo 2005 - 2015



### 1.1.3 Struttura demografica della popolazione residente

La scelta dei dati demografici, come negli anni precedenti, è ricaduta sulla fonte anagrafi comunali con validazione ISTAT, ovvero sulla "popolazione residente legale" al netto dei cosiddetti "iscritti preliminari".

Tabella 1.3 – Distribuzione popolazione residente per comune e genere e % su totale AUSL. Anni 2004 – 2015

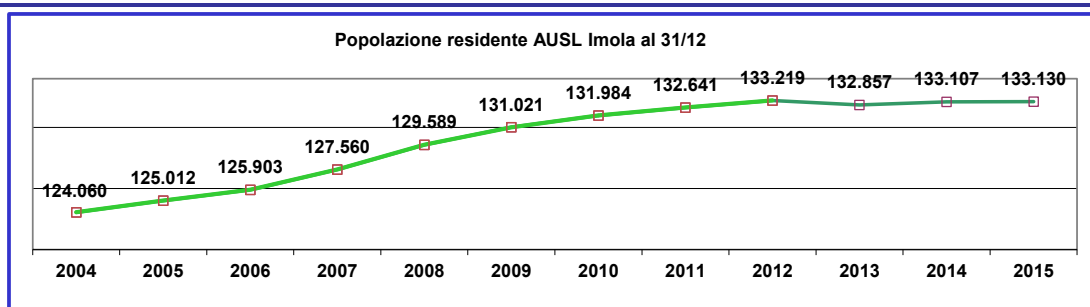
COMUNI	POPOLAZIONE			2015 Peso% su Totale AUSL	2004 Peso% su Totale AUSL
	M	F	Totale		
IMOLA	33.586	36.211	69.797	52,4%	53,3%
MORDANO	2.420	2.340	4.760	3,6%	3,5%
MEDICINA	8.218	8.521	16.739	12,6%	11,9%
CASTEL GUELFO	2.198	2.257	4.455	3,3%	3,0%
CASTEL S. PIETRO	10.155	10.656	20.811	15,6%	15,8%
DOZZA	3.273	3.379	6.652	5,0%	4,7%
CASALFIUMANESE	1.720	1.718	3.438	2,6%	2,5%
BORGO TOSSIGNANO	1.614	1.675	3.289	2,5%	2,6%
FONTANELICE	970	973	1.943	1,5%	1,5%
CASTEL DEL RIO	596	650	1.246	0,9%	1,0%
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>64.750</b>	<b>68.380</b>	<b>133.130</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>



Anche nel 2015 si conferma, nel confronto con l'anno precedente, seppure in un quadro di sostanziale stabilità, un peso percentuale in calo per Imola a favore di altri comuni ed una confermata predisposizione all'attrazione di Dozza, divenuto in questi anni il 4° comune per numero residenti, ove vive il 5% di tutta la popolazione aziendale (6.652 unità).

In termini assoluti la contrazione del 2013 potrebbe apparire un caso isolato anche se i numeri fotografano una "vera stagnazione demografica" confermata anche nel 2015. I residenti effettivi sono "bloccati" sui livelli dello scorso anno, attestandosi a 133.130 (+23 unità sul 2014), grazie unicamente al saldo migratorio estero in ripresa, seppur con livelli contenuti.

Grafico 1.4 - Variazione assoluta della popolazione circosidariale. Periodo 2004-2015

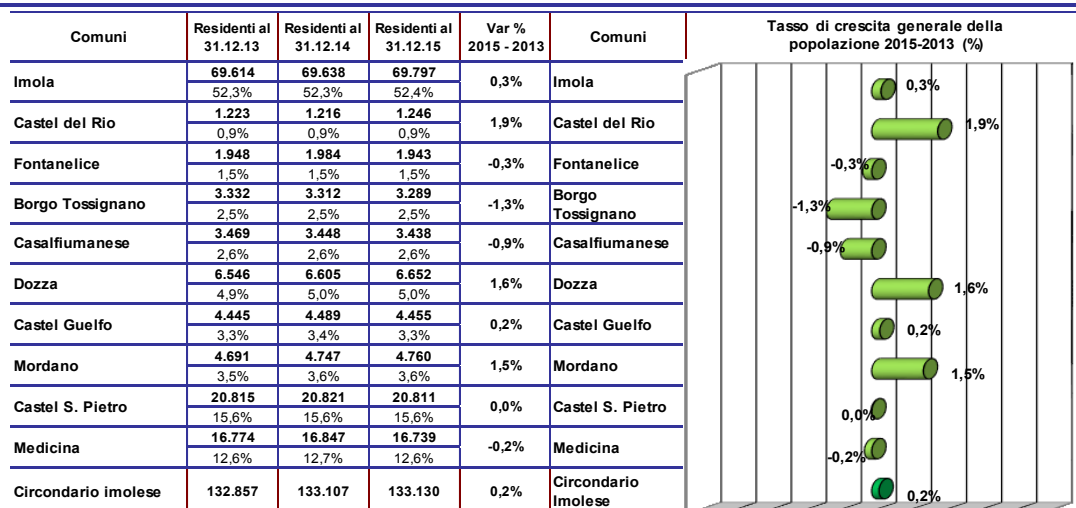


Il genere maschile incrementa di 100 unità rispetto al 2014, mentre quello femminile si riduce di un valore minore. I maschi rappresentano il 48,6% della popolazione e le femmine il 51,4%.

Il trend nel lungo periodo mostra una curva che dal 2010 perde gradualmente forza fino a decrescere nel 2013, per poi recuperare parzialmente, assestandosi nel biennio 2015-2014 con un incremento pressoché nullo.

La dinamica di medio periodo nel triennio 2013-2015 (che registra la maggior contrattura demografica dal 1989 ad oggi) pur in presenza di indicatori negativi (in primis contrazione nascite ed eccesso di mortalità) mostra un tasso di crescita negativo solo per metà dei comuni.

Figura 1.5 - Variazione popolazione per Comune di residenza. Periodo 2013-2015

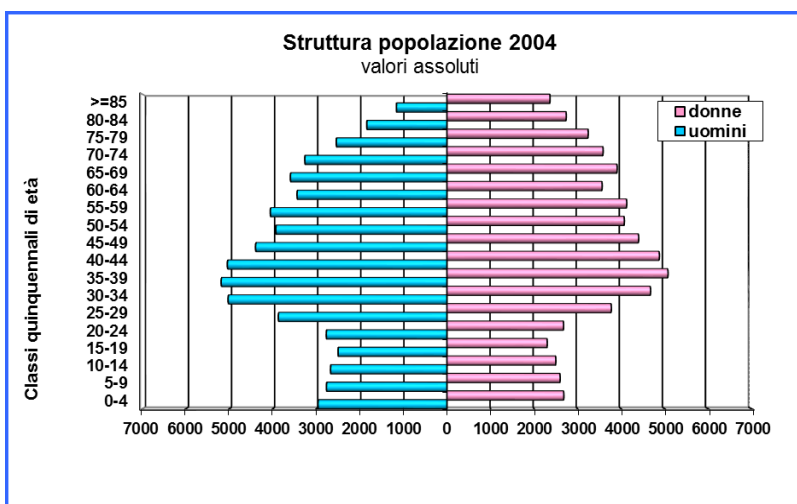
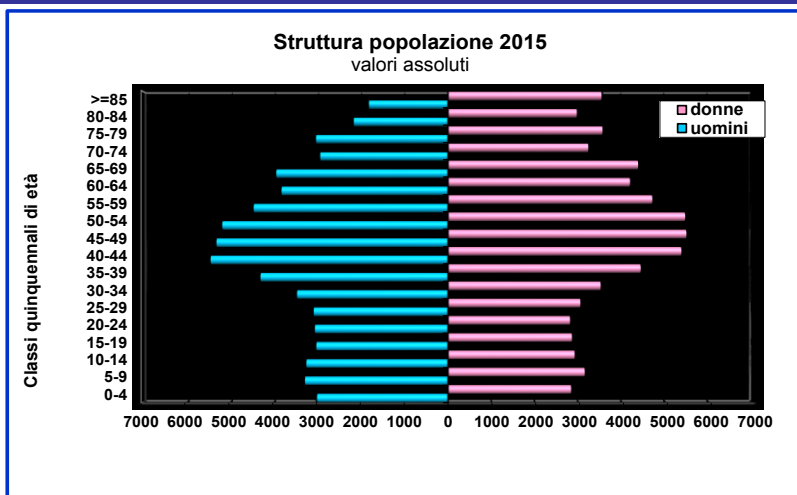


Mordano (+1,5%) e Dozza (+1,6%) confermano una peculiarità all'incremento assieme a Castel del Rio in controtendenza rispetto agli altri comuni della vallata (+1,9%). Da rilevare anche, con un incremento esiguo, i comuni di Imola e di Castel Guelfo (+0,3% e +0,2%).

A livello generale ciò conferma una dinamica naturale basata sulla crescita migratoria prevalentemente estera e sugli spostamenti tra comuni da questa indotta.

La trasformazione strutturale della popolazione, nell'ultimo decennio, si evidenzia bene nella piramide d'età della popolazione residente (Grafici 1.6). La "pancia" tende sempre più ad alzarsi (per incremento aspettativa vita, flussi migratori ed invecchiamento della popolazione) con la base e la punta che si allargano. Anche se negli ultimi anni la base a causa della contrazione della natalità ha ceduto il passo, lasciando all'aumento solo le classi anziane.

Grafici 1.6 - Distribuzione per fasce di età e genere della popolazione circoscrizionale. Anni 2015 e 2004



Se nel 2004 la numerosità prevalente sia maschile che femminile si concentrava nella fascia 35-39, oggi la classe mediana della popolazione (con ruolo rilevante degli stranieri) risulta essere la 40-44 anni per il genere maschile, mentre quella 45-49 per quello femminile, in procinto di "slittare" alla classe successiva. Nel periodo considerato, in termini di valori assoluti, è stata la

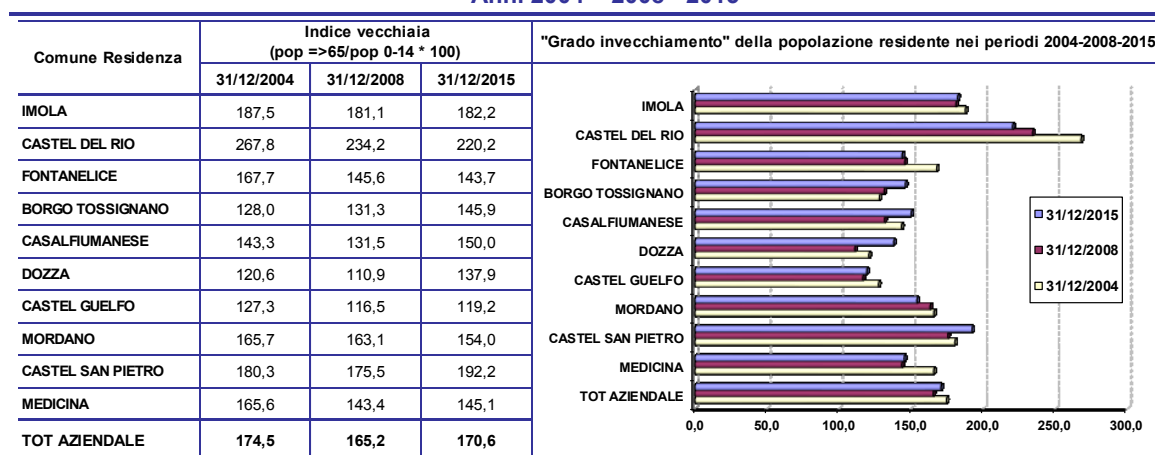
classe 50-54 ad incrementarsi maggiormente per il genere maschile (+1.263 unità) e femminile (+1.380 unità). Si conferma la forte contrazione delle coorti nascita dei primi anni '80, con la classe 30 – 34 che ha perso complessivamente più di 2.700 unità.

### 1.1.4 Anziani e grandi anziani

Quando una popolazione non cresce o stagna per scarso ricambio, in presenza di alti livelli di aspettativa di vita, invecchia sempre più. La compresenza di una elevata quota di over 65enni e di una limitata fetta di popolazione  $\leq 15$  anni, colloca il circondario imolese tra i territori ad alto grado di invecchiamento. L'indice che fotografa la vecchiaia nel 2015 conferma l'inversione di tendenza del 2013, incrementandosi ulteriormente, dopo che nel triennio 2010-12 era stato in calo. In quel periodo, infatti, era diminuito l'indice di dipendenza totale delle persone non attive su quelle attive ed aumentato l'indice di ricambio popolazione attiva grazie ad un "mini boom" demografico di inizio millennio. La quota anziani era ancora marginalmente compensata non solo dalle nascite, ma anche dalla coorte 0 - 14 sufficientemente numerosa.

E' necessario comunque un distinguo, in funzione di una variabilità comunale di periodo: comuni "storicamente anziani" come Castel del Rio e Fontanelice tendono ugualmente a ridurre nel 2015 l'indicatore per l'afflusso di popolazione straniera  $\leq 65$  e per l'alta mortalità nelle classi limite. Spicca il trend in diminuzione di Mordano per i motivi di cui sopra. Sul versante opposto dell'incremento: Borgo T., Casalfiumanese e Dozza. Mentre Medicina, Imola e Castel Guelfo, in leggero aumento sul 2014, sono le uniche ad aver l'indice in linea con quello del 2008.

**Figura 1.7 - Popolazione anziana: indice di vecchiaia in ambito comunale ed aziendale. Anni 2004 – 2008 - 2015**

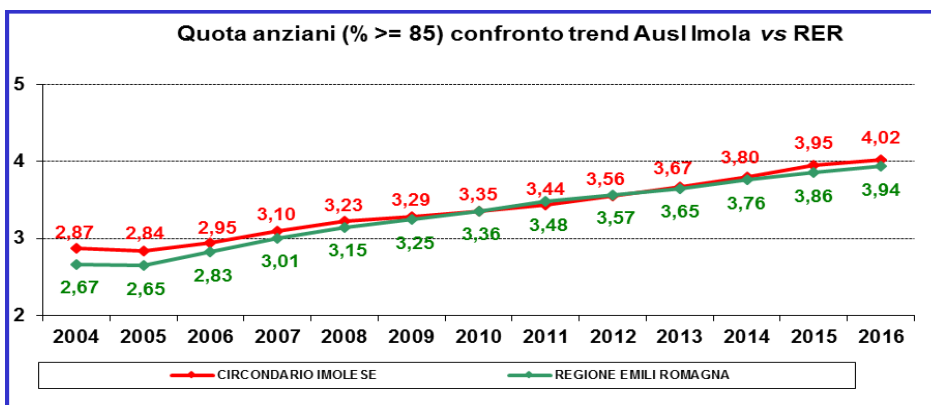
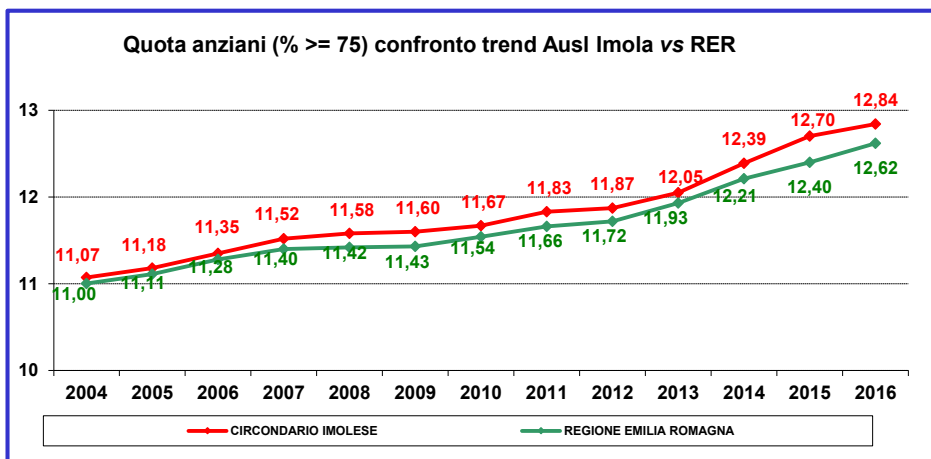
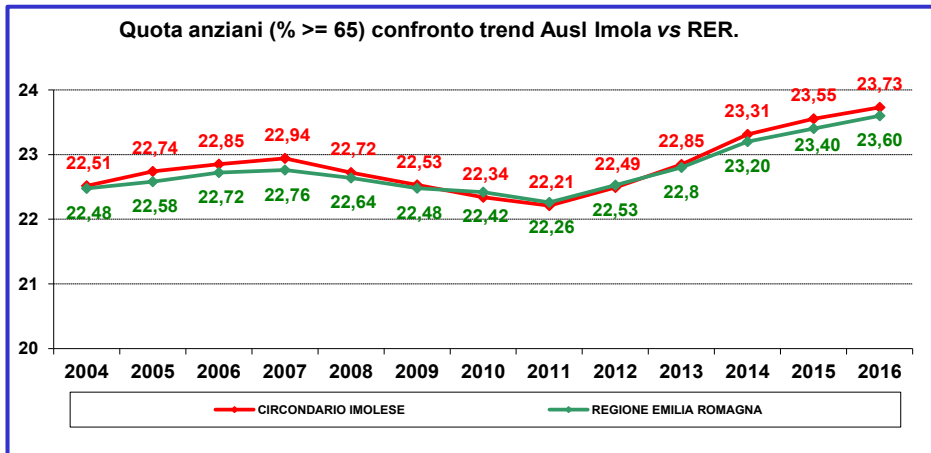


Lo scenario riferito alla popolazione anziana mette in evidenza, in analogia con l'andamento regionale ed in minor misura con quello nazionale, un costante e generalizzato aumento della fascia over 65. Tutti i comuni del circondario imolese hanno una quota ben al di sopra del 20% dell'intera popolazione (media 23,73%). Unico comune con un'incidenza di anziani minore è Castel Guelfo (18,8%). Per ciò che riguarda la categoria degli over=75, tale comune presenta la

## Sezione 1. Contesto di riferimento

percentuale più bassa (9,3%) assieme a Dozza (9,9%). Svetica invece Castel del Rio, con una percentuale circa il doppio rispetto a quella di Castel Guelfo. Nel confronto con il valore regionale l'incidenza dei =>65 e dei =>85 imolesi è in stretto parallelismo, mentre sulla classe >=75 si riscontra un andamento leggermente difforme.

Grafici 1.8 – Quota incidenza anziani => 65, =>75 e =>85. Periodo 1/1/2004-2015



### 1.1.5 Aspettativa di vita

Dopo un periodo (2011-2013) di "quasi arresto" della propria ascesa, la speranza di vita alla nascita, nel triennio successivo e per ambedue i generi, torna nuovamente ad aumentare anche se non ai livelli del passato. Aumenta soprattutto per i maschi con incrementi di mezzo punto percentuale sia a livello provinciale che regionale. Da ciò ne consegue ancora la riduzione del *gap* tra generi, con un differenziale che si è assottigliato mediamente a 4 anni a favore delle femmine (RER) mentre per la prima volta sotto tale valore in Provincia di Bologna.

La tendenza alla riduzione di questa forbice si registra soprattutto a 65 anni, con una variazione 2015-2013 in aumento a livello regionale per i maschi oltre l'1,6% con contestuale aumento per le femmine, ma con ¼ del valore dei maschi. Diverso il comportamento in provincia di Bologna, ove con un incremento della speranza in età anziana del +1,22% per i maschi, si constata la conferma di un arretramento dell'indice, per le femmine di -0,20% simile a quello del triennio precedente.

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

Indicatore	Livello residenza	2010-2012		2011-2013		2013-2015		Var. % 2015 - 2013	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Speranza di vita alla nascita	Prov. Bologna	80,55	84,73	80,75	84,73	81,16	84,89	0,51%	0,19%
	RER	80,27	84,67	80,50	84,78	80,94	84,93	0,55%	0,17%
Speranza di vita a 65 anni	Prov. Bologna	18,95	22,08	19,18	22,05	19,40	22,01	1,15%	-0,20%
	RER	18,73	21,92	18,87	21,99	19,19	22,09	1,67%	0,43%

### 1.1.6 Natalità

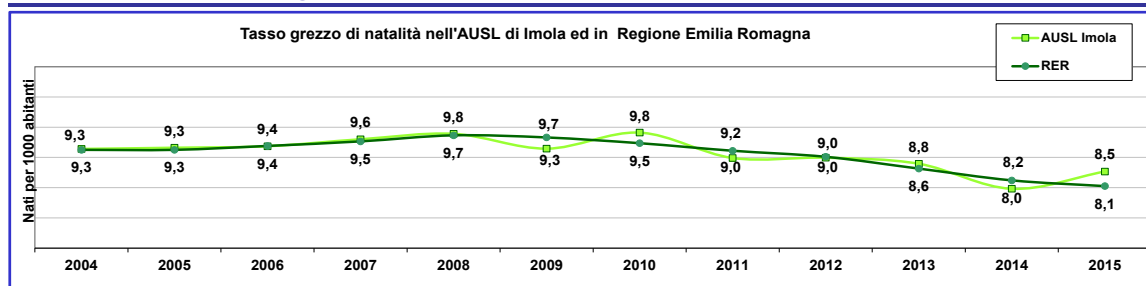
Se il 2015 verrà ricordato come l'anno "dell'eccesso mortalità", sul versante opposto e per quanto riguarda il nostro territorio, potrà essere segnalato per la ripresa delle nascite. Ma il momentaneo stop alla congiuntura negativa del trend, con tassi che avevano raggiunto, qui come a livello regionale, quelli registrati nel ventennio scorso, dovrà essere verificata in futuro per poter confermare una positiva inversione di tendenza.

La percezione della fine del contesto economico sociale negativo - suffragato anche dall'aumento del PIL regionale (+1%) sul 2014 - può aver indotto a "macchia di leopardo", ad una maggiore fiducia sul versante nascite?

La natalità fotografata dal tasso grezzo giunta alla soglia dell'8‰ ha avuto un sussulto positivo che ha portato l'indice all'8,5‰. Naturalmente questo è fortemente connesso alla procreazione di matrice extra comunitaria che ha sempre sostenuto tale indicatore, ma nel 2015 si è registrato un recupero di natalità, rispetto agli ultimi anni, anche grazie alle madri italiane.

Il trend è leggermente diverso a livello regionale ove il calo, anche se minimo, è proseguito (8,1‰) e proprio per questo motivo il dato imolese è da prendere con le dovute cautele.

Grafico 1.10 - Tasso grezzo di natalità dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2016



Fonte: Elaborazione SIS su dati ISTAT Comuni ASL (Movimento e calcolo della Popolazione residente). Dati RER 2015 stimati (ISTAT-Bilancio Demografico Rapporto Nazionale)

### 1.1.7 Stranieri

Il numero dei cittadini stranieri regolarmente residenti, in leggerissimo incremento, ha superato quest'anno la soglia delle 13.000 unità. Trattasi di un livello soglia raggiunto lentamente negli anni, come rappresentato (Grafico 1.11) dalla curva che dal 2012 tende ad appiattirsi ed assestarsi su questa numerosità.

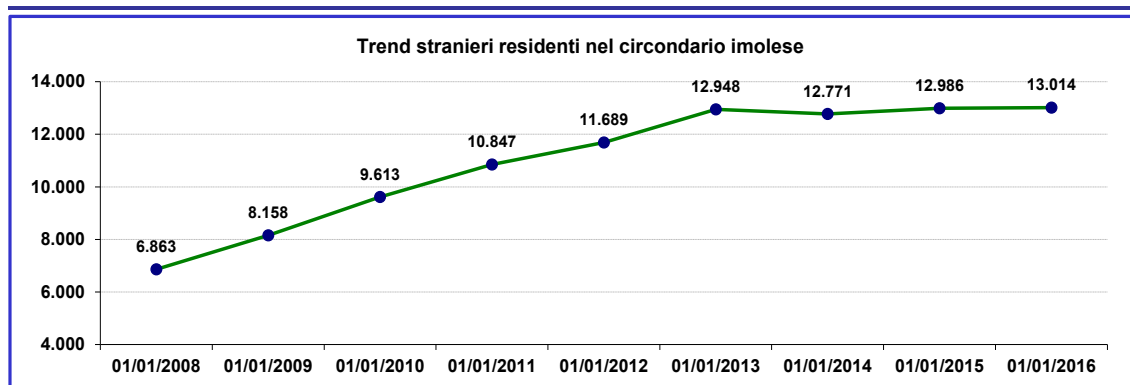
La curiosità statistica rileva che proprio nei comuni (Borgo Tossignano, Fontanelice, Castel Guelfo) in cui il peso della componente straniera sul complessivo dei residenti è più elevato, nel corso dell'ultimo anno, si è registrata una diminuzione dell'afflusso con percentuali da -7% a -11,7%.

I nuovi residenti, o quelli che hanno variato la residenza circondariale, hanno scelto soprattutto Imola (+2,1%) e Mordano (+2,9%). Svetica, nel confronto, Castel del Rio con +9,4%, anche se in questo caso sono i piccoli numeri ad amplificare il fenomeno.

All'interno dell'incremento minimale, citato in premessa, si assiste da alcuni anni ad un "riposizionamento" sul quale il mercato del lavoro sembra naturalmente incidere.

I valori 2015 dicono che la numerosità percentuale dei due generi è rimasta inalterata: l'incidenza femminile è di circa il 55% ed è superiore a quanto avviene in regione (circa 52%).

Grafico 1.11 - Trend stranieri residenti AUSL di Imola. Periodo 1/1/2008 - 1/1/2016



Borgo Tossignano, Fontanelice e Mordano viaggiano con una percentuale di stranieri vicina al 12% dei loro residenti complessivi. L'incidenza maggiore si registra a Castel del Rio (oltre il 14%)

e a Imola che ha superato la soglia del 10%. Ma nel triennio, Mordano si conferma il polo di maggiore attrazione, catalizzando soprattutto etnia rumena (giunta a circa 400 unità, il 70% della popolazione straniera residente di quel comune). In tutti gli altri comuni la "fetta" di cittadini esteri si colloca sotto il 10%.

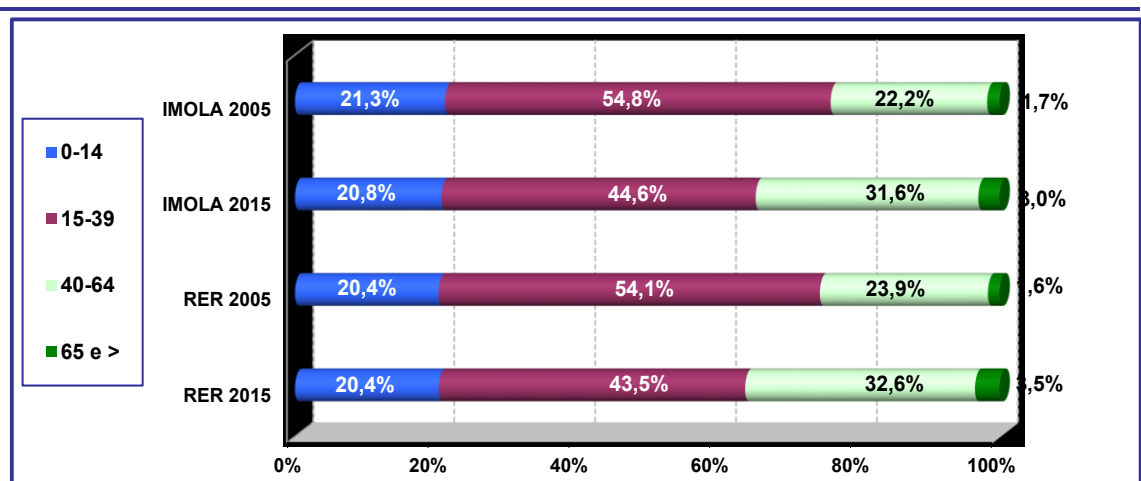
Il Grafico 1.12 evidenzia la distribuzione degli stranieri residenti nel circondario imolese all'1/1/2016 a confronto con la distribuzione regionale all'1/1/2015, sulla base delle macro aree geografiche di provenienza. L'ambito aziendale si differenzia parzialmente dal contesto regionale, continuando ad attirare maggiormente etnie europee e nord africane rispetto alle asiatiche.

**Grafico 1.12 - Distribuzione stranieri residenti per provenienza, confronto AUSL di Imola (1/1/2016) e RER (1/1/2015)**



La struttura per fasce di età (Grafico 1.13) mostra come nell'arco di un decennio, nel nostro territorio, la classe anagrafica 0-14 abbia subito una oscillazione minima, mentre quella 15-39 sia diminuita fortemente. Di segno contrario le fasce 40-64 e >=65 anni, sovrapponibili al livello regionale, che hanno fatto registrare un aumento. L'incremento delle fascia 40-64, che compensa il decremento della classe immediatamente precedente, in un contesto di diminuzione dell'afflusso, da un lato testimonia la stanzialità della popolazione straniera e dall'altro depone a favore di forme di ricongiungimento familiare.

**Grafico 1.13 - Distribuzione stranieri residenti per età, confronto AUSL di Imola e RER 2015 - 2005**



## 1.2 Osservazioni epidemiologiche

### 1.2.1 Mortalità

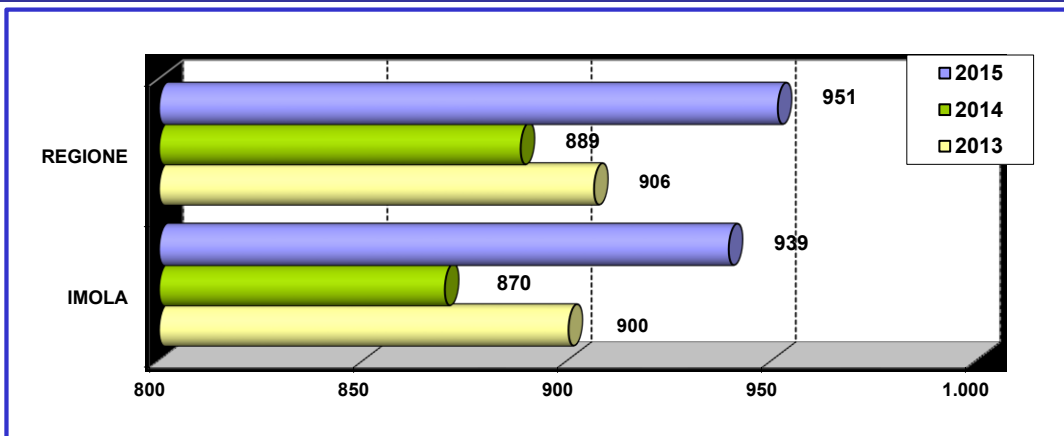
L'analisi dei dati di mortalità è utile considerando un *trend*, poiché è nella serie storica di un fenomeno che si delineano in maniera chiara le variazioni dello stato di salute.

Nel presente Bilancio di Missione viene presentata l'elaborazione dei dati aggiornata al 2015. Questo è stato possibile grazie ad un impegno aggiuntivo della Regione Emilia Romagna e di tutti i professionisti delle Aziende USL che codificano ed inseriscono le cause di morte. Tale sforzo è stato richiesto dall'anomalia della mortalità segnalata proprio nel 2015.

I dati elaborati dall'ISTAT per il primo semestre avevano infatti evidenziato un eccesso di mortalità molto vistoso rispetto agli anni precedenti. Una prima analisi di tale fenomeno ha portato alla conclusione che l'eccesso di mortalità ha riguardato principalmente persone di età molto avanzata e che la differenza rispetto agli anni precedenti è risultata così importante perché il 2014 in particolare era risultato un anno di bassa mortalità.

Nel contesto del triennio 2013 – 2015 (Grafico 1.14), si evidenzia che il tasso di mortalità complessivo registrato nell'AUSL di Imola nell'anno 2015 è inferiore alla media regionale (939 vs 951 su 100.000 ab.) ed è superiore a quello rilevato nei due anni precedenti, in maniera analoga a quanto registrato sul territorio regionale.

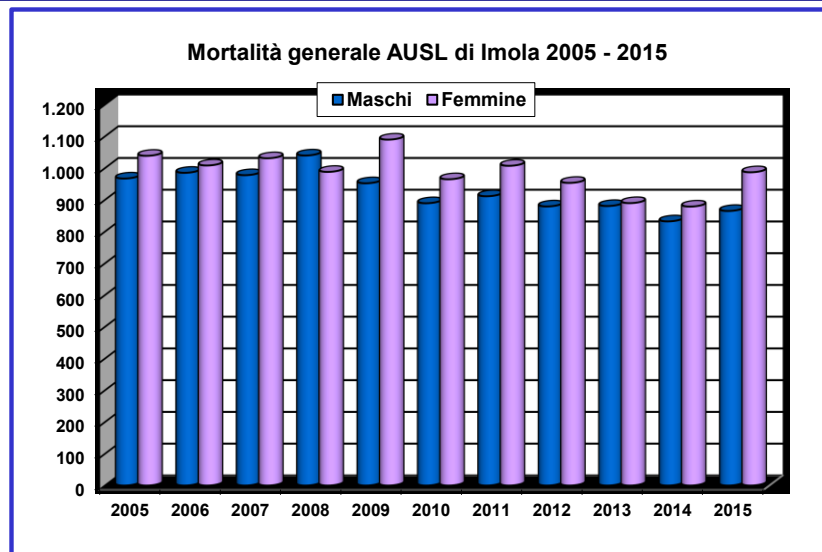
Grafico 1.14 - Tasso standardizzato di mortalità totale AUSL Imola e RER. Periodo 2013-2015



Se si analizza la serie storica della mortalità per sesso (Grafico 1.15), si rileva che la mortalità nel 2015 è superiore rispetto al 2014 sia per i maschi che per le femmine.



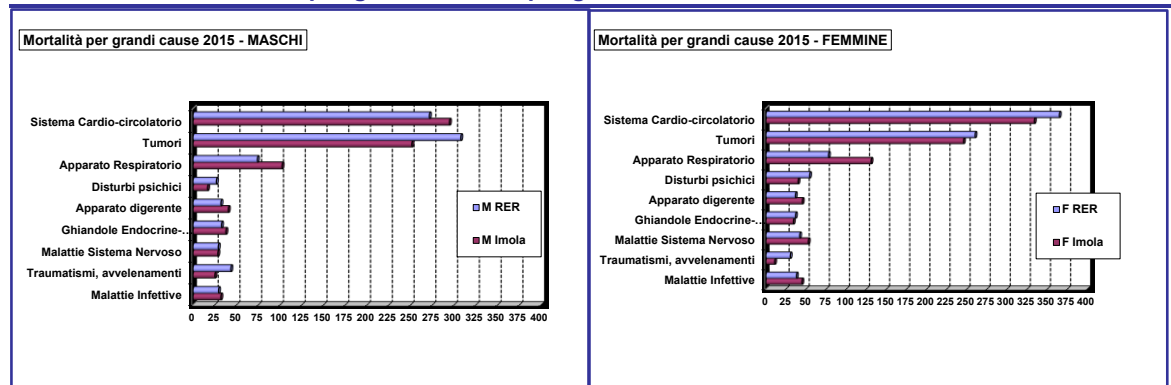
Grafico 1.15 - Tasso standardizzato di mortalità per genere AUSL di Imola. Periodo 2005–2015



### 1.2.2 Mortalità per grandi cause

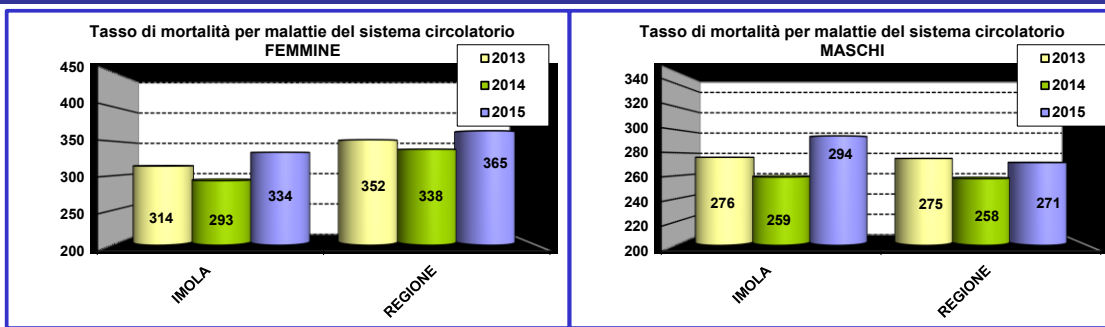
Esaminando le cause di morte nell'anno 2015 (Grafico 1.16) si può osservare che nei primi tre posti si posizionano i decessi per "Malattie del sistema cardio-circolatorio" (prima causa per le donne), al secondo i "Tumori" ed al terzo le "Malattie dell'apparato respiratorio" il cui valore risulta superiore alla media regionale nei due sessi.

Grafici 1.16 - Mortalità per grandi cause e per genere: AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2015



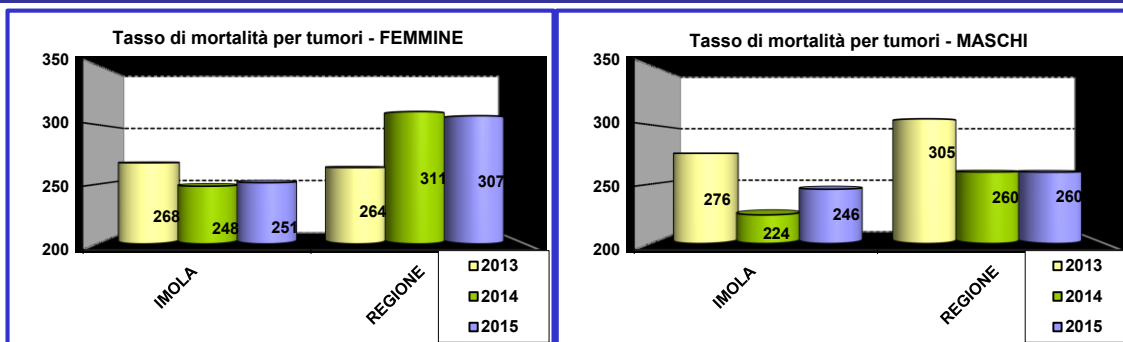
I tassi di mortalità per le malattie del sistema cardio-circolatorio registrati nel territorio imolese sono inferiori nel 2015 alla media regionale per le femmine, ma sono risultati superiori nei maschi. Inoltre, analizzando la serie storica 2004-2015 (qui non rappresentata graficamente), si evidenzia una sensibile riduzione in entrambi i sessi: nelle Femmine si è passati da 428 a 334; nei Maschi da 384 a 294 per 100.000 abitanti. L'anno 2015 ha evidenziato tassi più elevati rispetto al 2014 per entrambi i sessi.

Grafici 1.17 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio, confronto AUSL Imola e RER. Periodo 2013-2015



Rispetto al grande aggregato "Tumori" (Grafici 1.18) il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola per le femmine nel 2015 è inferiore alla media regionale (251 vs 307), come per i maschi (246 vs 260).

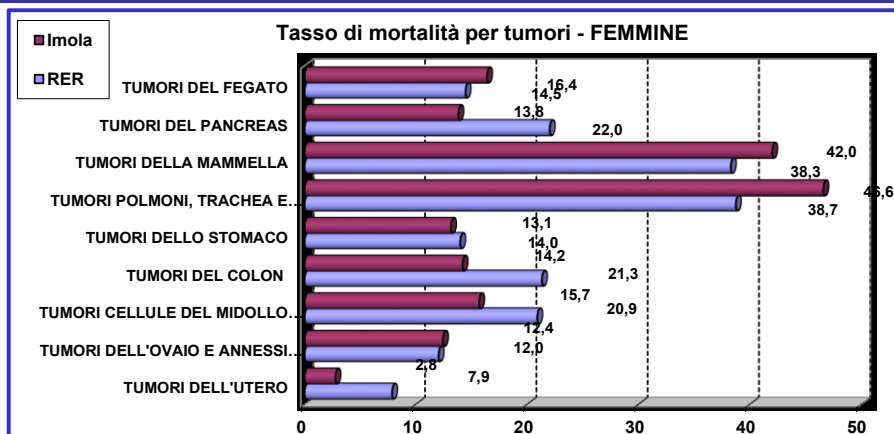
Grafici 1.18 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore, confronto AUSL Imola e RER. Periodo 2013-2015

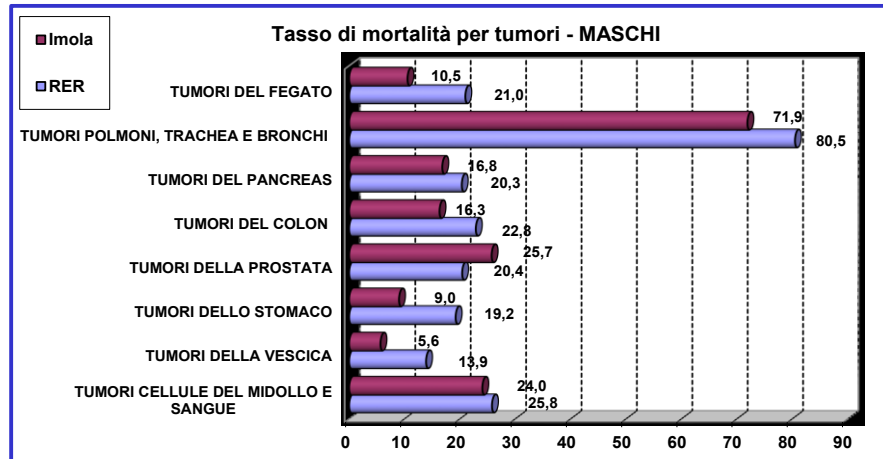


Se si analizza la mortalità per tumore nel 2015, scomposta per le principali neoplasie si evidenzia:

- per il genere femminile, i tassi di mortalità più elevati in ordine decrescente si osservano per i tumori dei polmoni, della mammella, e del fegato;
- 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), della prostata e del sangue/midollo.

Grafici 1.19 - Tasso di mortalità per i principali tumori, confronto AUSL Imola e RER. Anno 2015



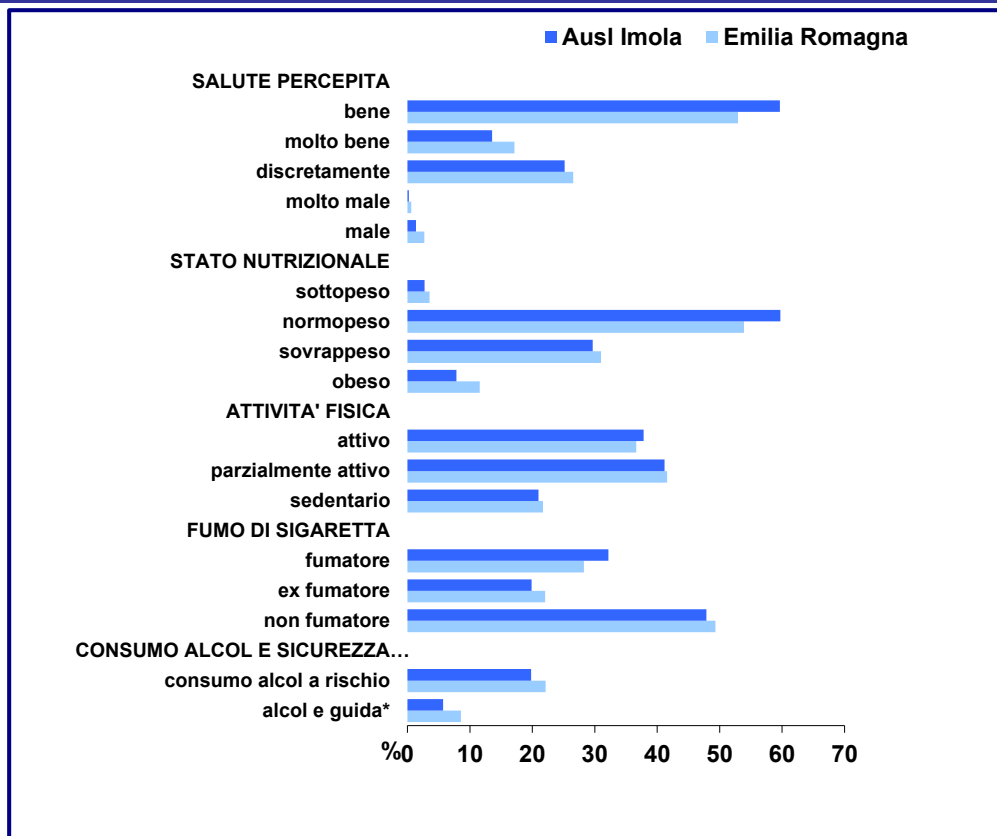


### 1.3 Stili di vita e sicurezza

#### 1.3.1 Principali comportamenti influenti sullo stato di salute

Lo studio PASSI è un sistema nazionale di sorveglianza sulla Salute dei cittadini che pone l'attenzione ai comportamenti a rischio e 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 2012-2015 a confronto con il dato medio regionale.

Grafico 1.20 – Studio PASSI: esiti variabili AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2012-2015



**Stato di salute percepito.** La maggioranza dei cittadini intervistati percepisce “buono” il proprio stato di salute. Tale condizione risulta nel tempo relativamente stabile: circa il 60% 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 8% 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 20% non svolge, o quasi, attività fisica.

**Abitudine al fumo.** I fumatori abituali sono circa 1/3 degli intervistati, gli ex fumatori circa il 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 circa il 20% (percentuale leggermente inferiore alla media RER). Il 6% 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 2009-2015, la variazione percentuale ed il tasso di mortalità su 100.000 abitanti.

Tabella 1.21 - Morti per incidente stradale nelle Province della RER. Periodo 2009-2015

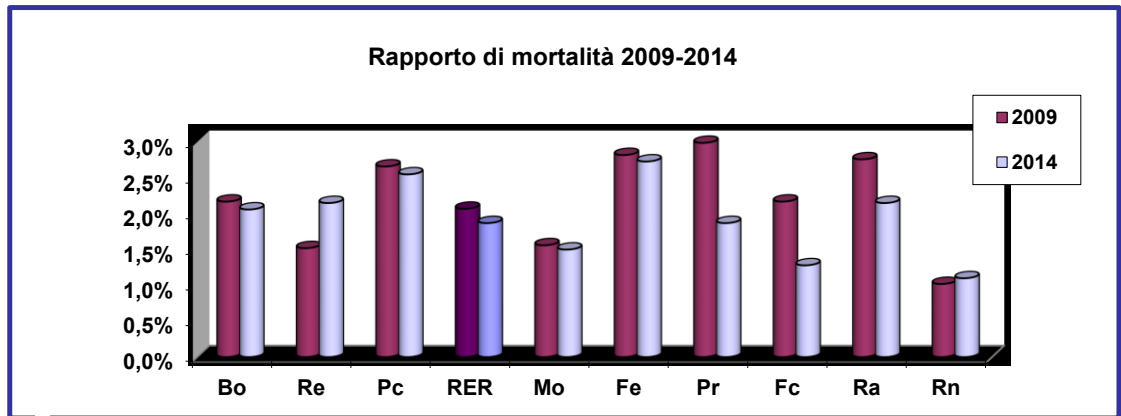
Livello territoriale	Numero morti in incidenti stradali							Var. % 2015-2009	Morti per 100.000 ab.	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*		2009	2015*
Bo	97	86	79	73	62	80	64	-34,0%	9,9	6,4
RER	422	401	400	376	344	327	326	-22,7%	9,7	7,3
Re	34	48	57	44	36	41	39	14,7%	6,5	7,3
Pc	34	25	32	31	34	27	28	-17,6%	11,8	9,7
Mo	52	58	53	51	59	43	43	-17,3%	7,5	6,1
Fe	39	44	31	40	35	31	39	0,0%	10,9	11,0
Pr	50	39	36	36	37	28	32	-36,0%	11,5	7,2
Fc	39	34	45	32	22	21	24	-38,5%	10,0	6,1
Ra	54	44	43	51	41	37	38	-29,6%	13,9	9,7
Rn	23	23	24	23	18	19	19	-17,4%	7,3	5,6

N.B.: dati provvisori 2015

Il numero di morti in incidenti stradali, registra in Emilia Romagna, nel periodo considerato, una consistente riduzione (-22,7%). Nella Provincia di Bologna si conferma il calo dei deceduti tra il 2009 e il 2015 (-34%) ed il tasso di mortalità nel 2015 risulta uno dei più bassi della Regione.

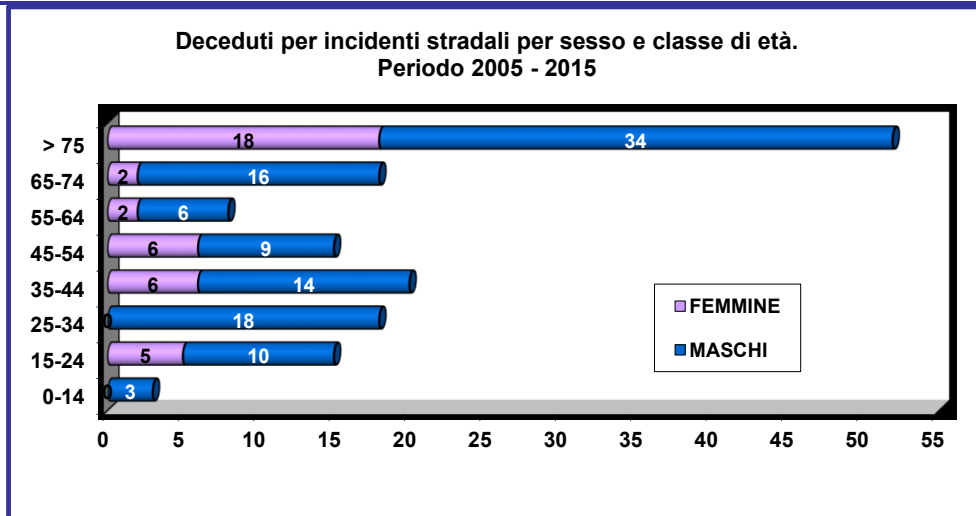
Il Grafico 1.22 riporta la variazione tra 2009 e 2014 del rapporto di mortalità, un indicatore relativo alla “letalità” dell’incidente (rapporto percentuale fra il numero dei morti e quello degli incidenti) pari a: 2,1% per la provincia di Bologna e 1,9% a livello regionale.

Grafico 1.22 - Incidenti stradali: rapporto di mortalità nelle Province della RER. Periodo 2009-2014



Nell'AUSL di Imola, nel periodo 2005-2015 (Grafico 1.23), la mortalità media dei residenti per incidenti stradali è pari a poco più di 13 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). Nel 2015 si è registrato in numero più basso di morti da incidenti degli ultimi 11 anni.

Grafico 1.23 - Morti per incidenti stradali residenti nel circondario di Imola. Periodo 2005-2015



### 1.3.3 Infortuni sul lavoro

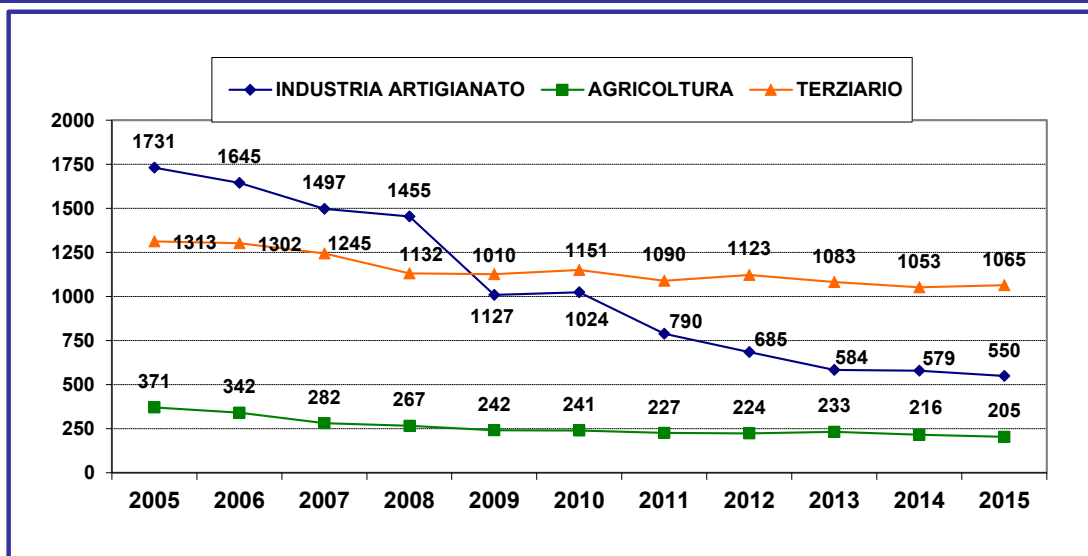
Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro (stradali ed itinere compresi), l'Emilia Romagna ha un tasso superiore alla media nazionale (2,2 infortuni indennizzati ogni 100 occupati vs 1,6 liv. Italia), mentre la Provincia di Bologna si colloca, con un valore di 2,0 ad un valore intermedio.

**Tabella 1.24 - Tasso standardizzato infortuni indennizzati nella Provincia di Bologna e confronto regionale e nazionale. Periodo 2008-2013**

Livello territoriale	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Var. % 2013 su 2008
Provincia Bo	2,7	2,7	2,8	2,6	2,3	2,0	-25,9%
RER	3,0	3,0	3,0	2,8	2,6	2,2	-26,7%
ITALIA	2,3	2,2	2,2	2,0	1,8	1,6	-30,4%

La fotografia della realtà infortunistica nel territorio dell'AUSL di Imola, resa possibile dal costante monitoraggio (esperienza unica in regione), conferma il trend con un lieve calo degli infortuni rispetto al 2014.

**Grafico 1.25 - Andamento infortunistico per comparti con sede sul territorio aziendale. Periodo 2005-2015**



Analizzando gli infortuni per comparto si evidenziano lievi differenze rispetto all'anno precedente. Si sottolinea che nel comparto "Agricoltura" la tendenza è costante in tutto il periodo analizzato (più di 200 infortuni all'anno) dato rilevante specialmente se correlato col numero di addetti in tale comparto. Nel grafico 1.25 si può vedere bene come l'unico comparto in cui il numero di infortuni è sensibilmente diminuito è quello dell'Industria/Artigianato, dato sicuramente influenzato anche dalla contrazione occupazionale registrata a partire dal 2007.

Più di un terzo degli infortuni complessivi riguarda il genere femminile.

Tabella 1.26 - Infortuni per comparto e sede infra ed extra territorio aziendale. Anno 2015

INFORTUNI PER COMPARTO	DITTE CON SEDE LEGALE NEL TERRITORIO AZIENDALE	DITTE CON SEDE LEGALE FUORI TERRITORIO AZIENDALE	TOTALE
INDUSTRIA	505	45	550
AGRICOLTURA	205	0	205
TERZIARIO	969	96	1.065
<b>TOTALE</b>	<b>1.679</b>	<b>141</b>	<b>1.820</b>
"di cui mortali"	1	1	2
"di cui incidenti stradali in orario lavoro"	30	11	41
"di cui incidenti stradali in itinere"	150	33	183

## Sezione 1 - Sintesi principali indicatori

INDICATORE/INFO	AUSL IMOLA	REGIONE E-R
<b>TERRITORIO</b>		
Densità abitativa per kmq	169,16	198,67
<b>POPOLAZIONE</b>		
Popolazione residente	133.130	4.454.393
Tasso incremento popolazione 2015-2014	0,02%	-0,07%
Incidenza % POP anziana >= 65 anni	23,73%	23,60%
Popolazione straniera (Incidenza % su Popolazione Tot.)	13.014 (9,78%)	538.236 (12,08%)
Incidenza % genere femminile su tot stranieri	55%	52%
<b>ASPETTATIVE DI VITA PER GENERE</b>		
Speranza di vita alla nascita	F: 84,89 M: 81,16	F: 84,93 M: 80,94
<b>NATALITA'</b>		
Tasso grezzo natalità	8,5‰	8,1‰
<b>MORTALITA' PER GENERE</b>		
Tasso standardizzato mortalità totale (100 mila ab.)	F: 986,8 M: 864,9	F: 997,8 M: 885,1
Tasso stand. mortalità sistema circolatorio (100 mila ab.)	F: 333,9 M: 294,5	F: 364,9 M: 271,4
Tasso stand. mortalità per tumore (100 mila ab.)	F: 245,7 M: 251,3	F: 260,1 M: 307,5
<b>SICUREZZA</b>		
Tasso di mortalità per incidente stradale (Bologna - RER) - 2014	2,1	1,9
Tasso standardizzato infortuni sul lavoro (Bologna - RER) - 2013	2,0	2,2



## 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 2013-2015 evidenzia una situazione di pareggio di bilancio.

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 e l'AUSL di Imola rispetta tale condizione. L'andamento dei finanziamenti nel triennio preso a riferimento risente degli effetti dei tagli intervenuti con le manovre di governo degli ultimi anni. Di seguito si riassumono i finanziamenti assegnati a consuntivo a titolo di quota capitaria e fondo di riequilibrio.

<i>in migliaia di €</i>	2013	2014	2015	2014-2013	2015-2014	2015-2013
<b>Totale quota Capitaria e Fondo riequilibrio</b>	<b>207.866</b>	<b>210.983</b>	<b>209.837</b>	<b>3.117</b>	<b>- 1.146</b>	<b>1.971</b>

L'anno che ha risentito maggiormente dei tagli delle manovre di governo è stato il 2013, con una riduzione del finanziamento di circa 4,3 milioni di euro rispetto all'esercizio precedente.

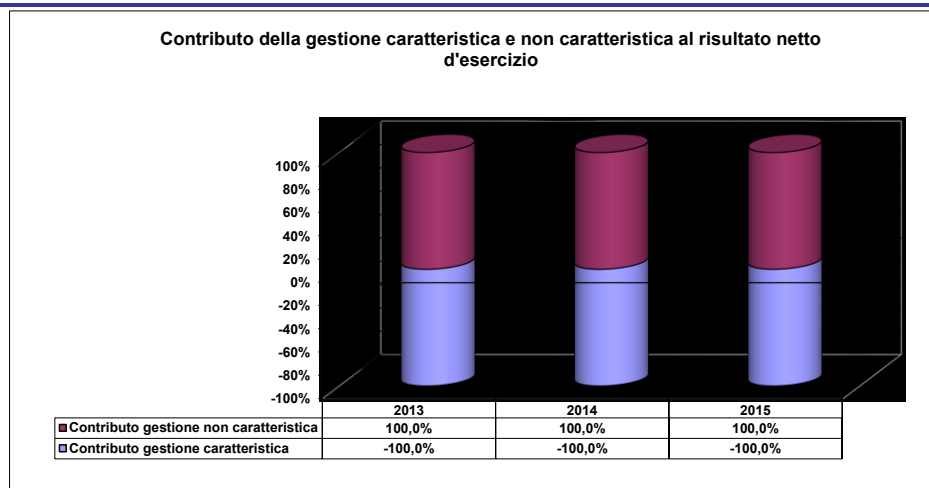
Il livello di finanziamento 2014 ha potuto contare su un maggior volume di risorse rispetto al 2013, pari a oltre 3 milioni di euro. Ciò è stato possibile grazie anche al Patto per la Salute 2014-2016, raggiunto con intesa del 10 luglio 2014. Dall'esame della tabella si evidenzia che il finanziamento a favore della spesa corrente 2015 si è ridotto di 1,146 milioni pari al -0,54%

Considerato il quadro economico-finanziario aziendale, la programmazione 2015, è stata orientata allo sviluppo dei programmi aziendali e al contempo è stato necessario garantire uno stretto monitoraggio delle attività e dei fattori produttivi impiegati.

A tal fine sono stati eseguiti monitoraggi periodici (bimestrali) dell'andamento economico della gestione, oltre alla verifica straordinaria richiesta dalla Regione Emilia-Romagna nel mese di settembre 2015. In occasione della verifica straordinaria di settembre è stato evidenziato alla Regione uno scostamento di 1,469 milioni di euro le cui cause principali erano da ricercarsi nell'incremento di spesa nell'area del farmaco, al netto dei farmaci innovativi, per 957.000 euro e nelle risorse umane per 200.000 euro. La regione ha pertanto richiesto un piano di rientro che è stato presentato dall'AUSL il 25 settembre 2016. Con DGR n. 2292 del 28 dicembre 2015 la Regione Emilia-Romagna ha confermato il finanziamento per quota capitaria ed il fondo di riequilibrio. L'AUSL, grazie alla realizzazione del Piano di rientro, anche se con incidenza diversa nelle varie voci, ha conseguito l'obiettivo assegnato dal livello ministeriale del 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 2.1 - Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica al risultato netto d'esercizio. Periodo 2013-2015**



Considerato che i risultati d'esercizio del periodo preso a riferimento 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. Pertanto, in continuità con gli esercizi precedenti l'indicatore viene espresso utilizzando il criterio di seguito specificato: il contributo della gestione caratteristica viene indicato +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 2.1) è possibile rilevare che il pareggio di bilancio è stato determinato in tutti gli anni considerati dal contributo positivo della gestione non caratteristica derivante dal saldo positivo della gestione straordinaria (sopravvenienze e insussistenze; proventi e oneri finanziari) per effetto della rilevazione di sopravvenienze attive e insussistenze del passivo che hanno compensato gli effetti derivanti dagli incrementi di spesa di alcuni fattori produttivi.

**Peso della perdita dell'AUSL di Imola in RER e performance della gestione "tipica".** In

Tabella 2.2 si sintetizzano due ulteriori indici comparativi di Bilancio:

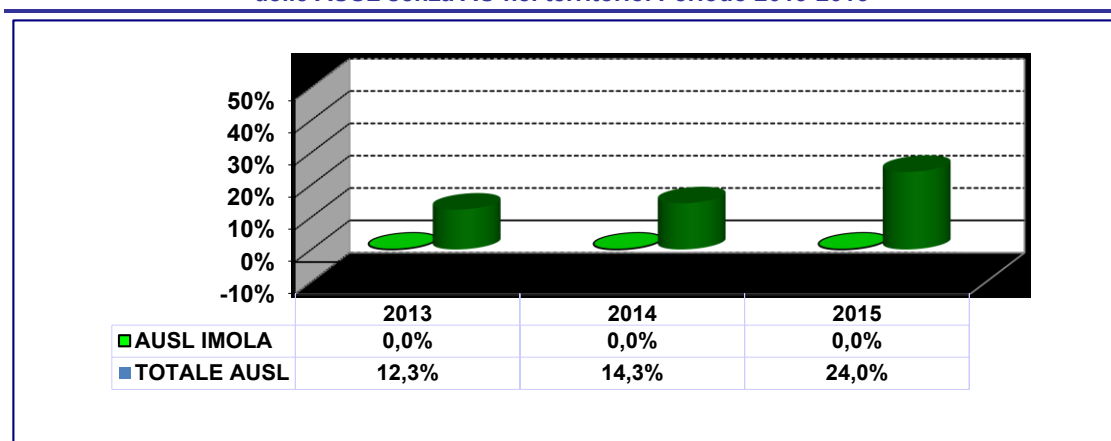
- risultato netto d'esercizio dell'azienda in rapporto al risultato complessivo regionale, volto a misurare l'apporto della gestione aziendale alla *performance* complessiva del sistema regionale;
- incidenza del risultato della gestione caratteristica sulle risorse disponibili per la produzione aziendale 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 2.2 - Andamento dei risultati d'esercizio e del ROC della AUSL di Imola, a confronto con il gruppo di AUSL senza AO. Periodo 2013-2015**

INDICATORE	INFORMAZIONE		2013	2014	2015
Perdita d'esercizio in % sulla perdita complessiva regionale	Apporto della gestione aziendale alla performance di sistema	AUSL di Imola	0,0%	0,0%	0,0%
		AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	12,3%	14,3%	24,0%
Risultato della gestione caratteristica (ROC), in % sui ricavi disponibili	Performance gestione caratteristica, Imola	AUSL di Imola	-0,9%	-1,0%	1,2%
		AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	-0,4%	-0,3%	-0,9%

Nel Grafico 2.3 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 2.3 - Incidenza della perdita d'esercizio sulla perdita totale RER, ascrivibile al gruppo delle AUSL senza AO nel territorio. Periodo 2013-2015**



A decorrere dal 2012 le aziende sanitarie della regione hanno chiuso i bilanci in condizioni di sostanziale pareggio, generando un risultato complessivo regionale positivo.

Nel triennio preso a riferimento l'AUSL di Imola, ha evidenziato una situazione di pareggio di bilancio, misurando pertanto 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 12,3% nel 2013, al 14,3% nel 2014 e al 24% nel 2015.

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

- grado di assorbimento delle risorse a disposizione, articolate per fattori produttivi impiegati nel processo di produzione rispetto ai ricavi disponibili;

- composizione percentuale dei costi per fattori produttivi rispetto al consumo totale annuo aziendale.

In Tabella 2.4 si riporta l'incidenza dei vari fattori produttivi impiegati sui ricavi disponibili dell'azienda a confronto con la media regionale del gruppo di riferimento.

**Tabella 2.4 - Scomposizione per fattori produttivi del risultato della gestione caratteristica dell'AUSL di Imola e confronto con la media AUSL senza AO. Periodo 2013-2015**

Fattori produttivi/Ricavi disponibili	2013		2014		2015	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	12,6%	15,1%	14,1%	15,5%	15,2%	16,9%
Beni strumentali	2,6%	2,9%	2,5%	2,8%	2,2%	2,6%
Servizi	40,3%	38,2%	38,2%	37,6%	37,9%	37,7%
Costi amm.vi e generali	3,0%	2,7%	2,5%	2,2%	2,1%	1,5%
Costo del lavoro	42,3%	41,5%	43,7%	42,2%	43,9%	42,2%
<b>Tot costi a gestione diretta</b>	<b>100,8%</b>	<b>100,4%</b>	<b>101,0%</b>	<b>100,3%</b>	<b>101,3%</b>	<b>100,9%</b>

I Ricavi disponibili sono costituiti dalle risorse complessive che l'azienda ha a disposizione per svolgere la propria attività tipica e l'indicatore qui rappresentato esplicita la capacità dell'azienda di coprire i costi derivanti dalla gestione caratteristica con i ricavi derivanti dalla produzione aziendale.

Nel 2013 sono diminuiti i ricavi disponibili sia a livello aziendale che regionale per effetto della riduzione dei finanziamenti del FSN, infatti la componente principale dei ricavi disponibili è rappresentata dai contributi in conto esercizio assegnati alle aziende dalla Regione.

Nel 2014 si evidenzia un maggiore assorbimento di ricavi disponibili determinato in parte da una ulteriore riduzione dei ricavi disponibili rispetto al 2013, in parte per effetto della crescita di alcune componenti di spesa.

Anche nell'esercizio 2015 le risorse aziendali sono state in gran parte assorbite dal costo per servizi e dal costo del personale che evidenzia valori al di sopra della media regionale del gruppo di riferimento, mentre per quanto riguarda l'aggregato dei beni di consumo, pur evidenziando un incremento di assorbimento di risorse rispetto agli esercizi precedenti, l'incidenza del singolo aggregato si posiziona comunque ad un livello inferiore rispetto alla media regionale del gruppo di riferimento. Si evidenzia inoltre anche nel 2015 la contrazione del costo per beni strumentali, che conferma un trend in calo nell'arco del triennio determinato principalmente dalla riduzione degli ammortamenti netti, e la contrazione dei costi amministrativi e generali legata alla riduzione di accantonamenti e svalutazione crediti.

**Tabella 2.5 - Scomposizione per fattori produttivi dei risultati della gestione tipica.  
Periodo 2013-2015**

Composizione dei fattori produttivi	2013		2014		2015	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	12,5%	15,1%	13,9%	15,4%	15,0%	16,8%
Costo del lavoro	41,9%	41,3%	43,3%	42,1%	43,4%	41,8%
Accantonamenti	2,0%	1,9%	1,5%	1,5%	1,4%	0,9%
Costi amm.vi e generali	1,0%	0,8%	1,0%	0,7%	0,7%	0,6%
Beni strumentali	2,6%	2,9%	2,4%	2,8%	2,1%	2,6%
Manutenzioni	1,5%	1,9%	1,5%	2,1%	1,6%	2,2%
Servizi sanitari	30,7%	29,3%	28,8%	28,5%	28,5%	28,3%
Servizi non sanitari	7,7%	6,7%	7,6%	6,9%	7,3%	6,9%

Questo indicatore descrive l'incidenza dei costi aziendali, suddivisi per categoria, rispetto ai costi complessivi. I valori riportati in tabella confrontati con il valore medio regionale del gruppo di riferimento evidenziano un sostanziale allineamento rispetto al dato regionale. Coerentemente 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 2014 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 € 12.584.552 di contributi regionali, da € 931.145 di contributi derivanti dal Fondo Nazionale Non Autosufficienza e da € 445.709 di residui degli anni precedenti, oltre a € 136 per sopravvenienze attive e insussistenze del passivo ordinarie. Il Bilancio separato evidenzia per l'AUSL di Imola, nel 2015, una spesa complessiva per FRNA e FNA compreso le sopravvenienze passive pari a € 13.257.784 e residui accantonati per l'anno 2016 per € 703.622.

Tabella 2.6 - Bilancio separato FRNA 2014 dell'AUSL di Imola. Anni 2014-2015

Conto Economico FRNA		Anno 2014	Anno 2015
<b>A</b>	<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>		
<b>01</b>	<b>CONTRIBUTI C/ESERCIZIO</b>	<b>14.189</b>	<b>13.961</b>
30	Contributi per Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	14.189	13.961
<b>08</b>	<b>ALTRI RICAVI</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
30	Sopravveniente attive ed insussistenze del passivo ordinarie Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	0	0
<b>TOTALE A [ VALORE DELLA PRODUZIONE ]</b>		<b>14.189</b>	<b>13.961</b>
<b>B</b>	<b>COSTI DELLA PRODUZIONE</b>		
<b>09</b>	<b>ACQUISTO BENI DI CONSUMO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
30	Beni non sanitari finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	0	0
<b>10</b>	<b>ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI</b>	<b>13.743</b>	<b>13.257</b>
30	Oneri a rilievo sanitario e rette finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	11.795	11.874
31	Servizi Assistenziali finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	669	302
32	Assegni e contributi finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	1.279	1.081
38	Oneri a rilievo sanitario per assistenza anziani presso strutture a gestione diretta dell'Azienda finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	0	0
39	Oneri a rilievo sanitario per assistenza disabili presso strutture a gestione diretta dell'Azienda finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	0	0
<b>17</b>	<b>ALTRI ACCANTONAMENTI</b>	<b>446</b>	<b>704</b>
01	Altri accantonamenti	446	704
<b>18</b>	<b>ONERI DIVERSI DI GESTIONE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
30	Sopravvenienze passive ed insussistenze dell'attivo ordinarie Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	0	0
<b>TOTALE B [ COSTI DELLA PRODUZIONE ]</b>		<b>14.189</b>	<b>13.961</b>
<b>DIFFERENZA FRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>

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

**FRNA per complessivi € 12.299.791:**

- 71,7% imputabile all'area "anziani";
- 27,8% imputabile all'area "disabili";
- 0,5% riguarda interventi trasversali per anziani e disabili.

**FNA per complessivi € 957.993, di cui:**

- 59% imputabile all'area "anziani";
- 32,2% imputabile all'area "disabili";
- 5,3% imputabile alla "SLA"
- 3,5% 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 finanziario, attraverso una rappresentazione sintetica dei risultati delle varie gestioni (Figura 2.7).

**Figura 2.7 – Rendiconto di liquidità. Periodo 2013-2015**

Rendiconto di liquidità	2013	2014	2015
<b>Flusso generato dalla gestione reddituale</b>	-€ 15.053.140	-€ 960.546	-€ 3.083.591
<b>Attività di finanziamento</b>	€ 19.689.342	€ 4.872.848	€ 5.865.806
<b>Attività di investimento</b>	-€ 4.696.426	-€ 2.536.953	-€ 4.171.783
<b>Flusso di cassa complessivo</b>	-€ 60.224	€ 1.375.349	-€ 1.389.568

L'analisi del rendiconto finanziario nel triennio preso in considerazione evidenzia un notevole flusso finanziario nell'esercizio 2013, anno in cui la Regione Emilia Romagna ha assicurato la liquidità per il pagamento dei debiti pregressi al 31/12/2012 degli enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione del DL 35/2013. Tale risultato è l'effetto combinato del flusso generato dalla gestione reddituale e del flusso generato dall'attività di finanziamento. Infatti, il grafico evidenzia una variazione molto positiva sull'attività di finanziamento dovuta principalmente ai contributi regionali ricevuti 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, la cui riduzione è riflessa all'interno del flusso generato dalla gestione reddituale che, come mostra il grafico nell'anno 2013, evidenzia una correlata variazione di segno opposto. 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.

Anche negli anni 2014 e 2015 sono proseguiti gli effetti positivi dal punto di vista finanziario, seppur con variazioni più limitate rispetto a quelle verificatesi nel 2013. Si riporta di seguito un'analisi di dettaglio di singoli flussi. Le operazioni di gestione reddituale evidenziano un saldo negativo pari a 3,1 milioni di euro. Tale saldo è determinato dalla somma algebrica del flusso di Capitale Circolante Netto (CCN) di gestione corrente pari a 1,4 milioni di euro e il saldo delle variazioni dei crediti, debiti, rimanenze, ratei e risconti pari a -4,5 milioni di euro.

Il flusso di CCN di gestione corrente è determinato da voci che costituiscono 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. In particolare si tratta:

- del risultato d'esercizio pari a 0, in quanto l'Azienda ha rispettato il vincolo del pareggio di bilancio così come definito nella DGR 901/2015 avente ad oggetto "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015".

- degli ammortamenti, pari a 6,281 milioni di euro; rappresentano costi che hanno concorso alla formazione del risultato di esercizio, ma che non hanno e non avranno esborso monetario, generando, pertanto risorse a beneficio della gestione corrente.
- degli utilizzi di contributi in conto capitale e fondi riserva, pari a 4,425 milioni di euro; sono determinati dalle sterilizzazioni degli ammortamenti e rappresentano ricavi non monetari, che concorrono alla formazione del risultato d'esercizio, senza generare movimenti monetari, assorbendo risorse.
- dei fondi per premio operosità medici SUMAI, per rischi ed oneri futuri e fondi svalutazione crediti; sono rappresentati dagli accantonamenti di competenza 2015 al netto degli utilizzi effettuati nel 2015 e presentano complessivamente un valore di -273 mila di euro.

I debiti evidenziano un aumento di circa 275 mila euro.

I crediti si riducono di 4,924 milioni di euro. Si tratta di un saldo algebrico di voci di credito. In particolare si evidenzia un aumento dei crediti verso la Regione di 9,78 milioni di euro una riduzione di crediti verso altri di 4,44 milioni di euro e verso Aziende Sanitarie pubbliche di 514 mila euro.

La gestione degli investimenti evidenzia un valore negativo pari a 4,17 milioni di euro ed è determinata dagli investimenti effettuati nel corso dell'esercizio 2015 che riflette il piano degli investimenti 2015.

Le attività di finanziamento evidenziano un saldo positivo pari a 5,9 milioni di euro. Tale risultato deriva dai movimenti di Patrimonio Netto per circa 6,3 milioni di euro e dai movimenti sul C/C presso l'Istituto Tesoriere per +3,7 milioni di euro.

- Il debito per Mutui evidenzia il decremento per quota di mutuo rimborsata nel corso del 2015 per circa 1,392 milioni di euro.

Nel 2015 sono stati erogati dalla Regione ulteriori finanziamenti a copertura delle perdite pregresse (DGR 2008/2014) per 1,493 milioni di euro che hanno consentito di ridurre ulteriormente i tempi di pagamento verso alcune categorie di fornitori (Tabella 2.8).



Tabella 2.8 - Tempi di pagamento in giorni dei fornitori della AUSL di Imola. Periodo 2013-2015

Ritardi medi nei pagamenti	2013	2014	2015
Beni economici	90	60	60
Prodotti farmaceutici	90	60	60
Servizi in appalto	90	60	55
Farmaceutica convenzionata	30	30	30
Case di Cura	120	90	55
Assistenza temale	90	60	55
Cooperative sociali	90	60	55
Enti Gestori Case Protette	90	60	55
Protesica	90	60	55
Attrezzature	90	60	55

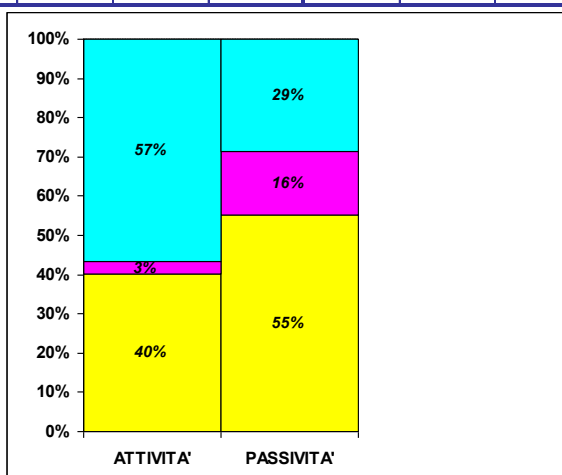
### 2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

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 2.9 si riporta una sintesi dei dati tratti dallo Stato Patrimoniale riclassificato dalla RER.

Figura 2.9 - Stato Patrimoniale riclassificato AUSL di Imola. Periodo 2013-2015

ATTIVITA'	AUSL Imola 2013	AUSL Imola 2014	AUSL Imola 2015	AUSL Imola 2013	AUSL Imola 2014	AUSL Imola 2015	PASSIVITA'
Liquidità immediate e differite	34,7%	36,0%	40,0%	62,7%	54,1%	55,0%	Finanziamenti a breve
Scorte	3,9%	3,5%	3,0%	16,8%	17,7%	16,0%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	61,4%	60,5%	57,0%	20,5%	28,2%	29,0%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	100%	100%	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



Il presente indicatore ha lo scopo di evidenziare la composizione dello Stato Patrimoniale riclassificato in termini finanziari (in base ai tempi di realizzo monetario) al fine di valutare la solidità patrimoniale e finanziaria dell'azienda. In una situazione di equilibrio strutturale, a fronte di un attivo con prevalente patrimonio immobilizzato, il passivo dovrebbe essere caratterizzato dalla prevalenza di finanziamenti a medio lungo termine e da capitale proprio.

Dalla composizione della struttura patrimoniale si evince che l'azienda ha un attivo nel quale prevale il patrimonio immobilizzato mentre nel passivo prevalgono i finanziamenti a breve termine, anziché i finanziamenti a medio lungo termine e il patrimonio netto.

Anche se la composizione dello stato patrimoniale evidenzia uno squilibrio strutturale, l'analisi del triennio preso a riferimento evidenzia un miglioramento della struttura patrimoniale dell'azienda, grazie all'incremento dell'incidenza del Patrimonio Netto che passa dal 20,5% nel 2013 al 28,2% nel 2014 e continua a salire nel 2015 al 29% e al calo dei finanziamenti a breve che passano dal 62,7% nel 2013 al 55% nel 2015.

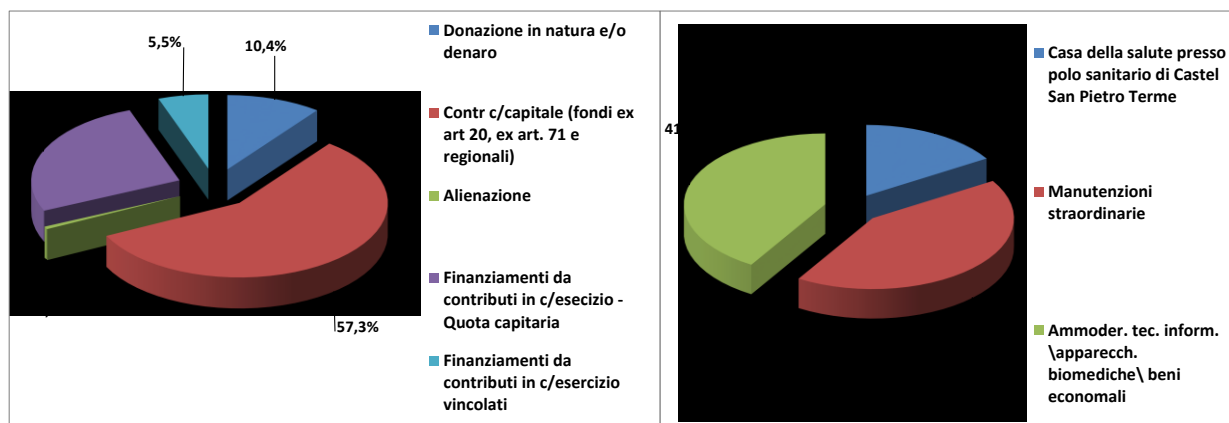
Le cause sono da ricercarsi principalmente nei risultati d'esercizio del triennio che hanno garantito il pareggio di bilancio, diversamente da quanto avvenuto negli esercizi precedente nei quali l'accumularsi di perdite pregresse erodeva il Patrimonio Netto.

Inoltre, dal 2013, grazie all'assegnazione di contributi a ripiano parziale delle perdite pregresse e alla liquidità garantita dalla Regione è stato possibile ricostituire il valore del Patrimonio Netto, e pagare i debiti verso fornitori per beni e servizi con conseguente aumento dell'incidenza del Patrimonio Netto e riduzione dell'incidenza dei finanziamenti a breve.

In Figura 2.10, il riepilogo degli investimenti realizzati nel 2015 "Piano degli investimenti" e la ripartizione delle fonti di finanziamento e delle macro aree di intervento.

Figura 2.10 - Consuntivo 2015 Piano degli Investimenti dell'AUSL di Imola e fonti di finanziamento

Descrizione intervento	Donazione in natura e/o denaro	Contr c/capitale (fondi ex art 20, ex art. 71 e regionali)	Alienazione	Finanziamenti da contributi in c/esercizio - Quota capitaria	Finanziamenti da contributi in c/esercizio vincolati	TOTALE
"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)		€ 1.165.442				€ 1.165.442
"Realizzazione della Casa della salute presso polo sanitario di Castel San Pietro Terme - 1° stralcio" Intervento AP 48 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio)		€ 477.971				€ 477.971
Manutenzione straordinaria manto di copertura Ospedale Civile Vecchio - zona Medicina dello Sport/Invalidi Civili				€ 73.136		€ 73.136
Messa in sicurezza ascensore Polo Sanitario di Medicina			€ 17.446			€ 17.446
Ammodernamento tecnologico apparecchiature biomediche	€ 280.798	€ 47.732		€ 171.728	€ 6.959	€ 507.217
Ammodernamentotecnologie informatiche (sostituzione PC obsoleti e aggiornamento HW per condivisione sistemi informatici AVEC) e sostituzione e adeguamento SW gestionali (Area PS, protocollo e delibere, Ricetta dematerializzata, ARA, ecc.)	€ 5.682		€ 176	€ 383.442	€ 111.595	€ 500.895
Ammodernamento arredi - beni economici -	€ 19.263	€ 1.312		€ 145.979	42.883	€ 209.437
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>€ 305.743</b>	<b>€ 1.692.457</b>	<b>€ 17.622</b>	<b>€ 774.285</b>	<b>€ 161.437</b>	<b>€ 2.951.544</b>
%	10,4%	57,3%	0,6%	26,2%	5,5%	100,0%



## ***2.2 Impatto sociale ed ambientale***

### **2.2.1 Lasciti e donazioni**

Il valore complessivo delle donazioni nel 2015 ammonta a oltre € 500.000, a cui si deve aggiungere il lascito testamentario di Benedetta Baroni, avvenuto nel 2013, per un importo pari a € 344.890, che ha visto il suo concreto investimento nel corso del 2014 e 2015. In quest'ultimo anno è stata utilizzata la somma di € 129.573 per l'acquisto di attrezzature biomediche per le necessità di vari reparti ospedalieri che operano nell'ambito delle cure oncologiche. Le donazioni in denaro da parte dei cittadini, anche nel 2015, hanno superato la somma di € 100.000, con un marcato orientamento verso l'area oncologica e i servizi sul territorio. Tra le donazioni effettuate, da parte di soggetti istituzionali, si segnala il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Imola per un valore di oltre € 300.000, volto a finanziare l'acquisto di attrezzature e progetti in ambito sanitario. In particolare, sono stati donati:

- Un Ecotomografo Cardiologico di alta fascia completo di sonde adulto, di sonde pediatriche e di una sonda trans-esofagea necessaria per la diagnostica Ultrasonica Cardiologica di I e II livello, sia per pazienti ambulatoriali che per pazienti ricoverati presso il reparto di Cardiologia e Terapia intensiva coronarica dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta di Imola, per un valore di **€ 76.239**.
- Un Ecotomografo Internistico Pediatrico per diagnostica internistica, encefalo pediatrica e neonatale, utilizzato per la valutazione addominale, encefalica e delle anche sia per pazienti ambulatoriali, in accesso di emergenza al Pronto soccorso pediatrico che per ricoverati presso la Pediatria e Nido dell'Ospedale S. Maria della Scaletta di Imola, il cui valore è di **€ 41.171**.
- Un Ecotomografo Trasportabile Internistico con funzionamento anche a batteria, che garantisce la possibilità di eseguire l'ecografia al letto del paziente, pratica particolarmente importante nei reparti medici dove spesso il paziente non deambula e le sue condizioni rendono difficile il trasporto presso gli ambulatori. L'apparecchiatura è destinata alle Unità Operative di Medicina e Ambi dell'Ospedale S. Maria della Scaletta di Imola per un valore di **€ 22.590**.

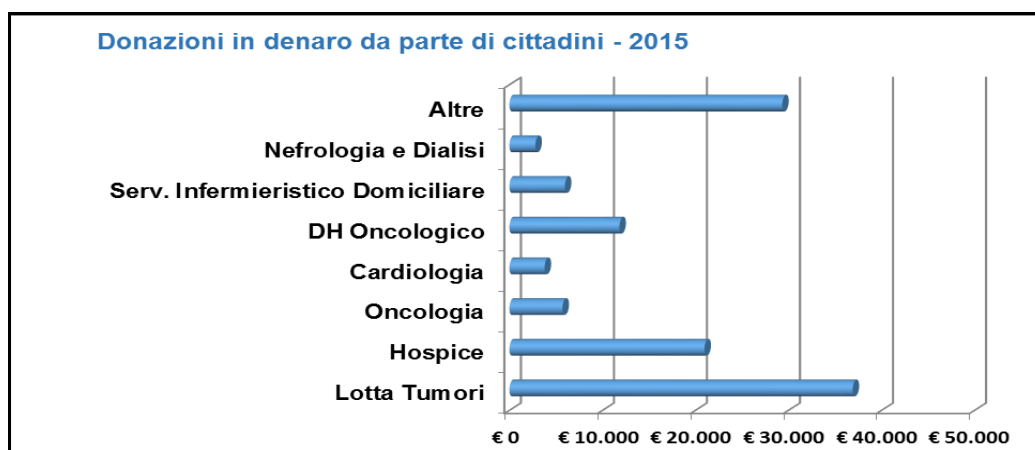
Tra le donazioni del 2015 si segnala, inoltre, un Elettromiografo portatile a tre canali, destinato alla Struttura semplice dipartimentale di Neurologia dell'Ospedale. L'elettromiografo è necessario all'esecuzione di esami di elettromiografia, di conduzione nervosa e di potenziali evocati multimodali al letto del paziente, in particolare quando ricoverato presso la UOC di Terapia intensiva, per un valore di € 30.000. Va segnalato, inoltre, la disponibilità da parte della Cooperativa SACMI la donazione di un nuovo mammografo digitale di ultima generazione del valore di oltre 200.000 euro. Donazione che vedrà la sua concretizzazione nel corso del 2016.

Nel 2015 la Fondazione Cassa di Risparmio ha proseguito nel finanziamento del servizio di consegna a domicilio dei referti diagnostici. Un servizio unico in Regione attivo dal 1997 e particolarmente apprezzato dai cittadini.

Nel 2015 sono stati inviati al domicilio dei cittadini del Circondario Imolese € 165.454 di referti di cui € 118.475 di laboratorio analisi, € 40.744 di anatomia patologica, € 467 di genetica medica, € 4.162 del centro Raccolta Sangue/Avis e € 1.576 di Neurologia per un ammontare complessivo di € 122.247,79. In Figura 2.11 si riporta il valore delle donazioni e dei contributi ed il grafico sulla distribuzione delle donazioni in denaro da parte dei cittadini ai Servizi/Unità operative.

**Figura 2.11 - Lasciti, donazioni e contributi verso l'AUSL di Imola. Periodo 2013-2015**

Lasciti e donazioni	2013	2014	2015
Donazioni di beni a patrimonio da parte di cittadini	€ 150.545	€ 98.049	€ 85.497
Donazioni in denaro da parte di cittadini	€ 115.578	€ 114.260	€ 117.254
Donazioni e contributi da parte di soggetti istituzionali (Fondazioni, Banche, Aziende, ecc.) e lasciti testamentari	€ 673.555	€ 477.854	€ 302.247



## 2.2.2 Uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari

### Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale

Nel 2015 è stata completata la valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali delle strutture ospedaliere, in particolare per le aree strategiche, in conformità alle informazioni ed indicazioni fornite, negli incontri regionali, dai componenti del Gruppo Regionale per la Sismica.

Le verifiche della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali delle strutture ospedaliere sono state effettuate dal personale dipendente dell'AUSL di Imola mediante sinergia tra le competenti Unità Operative aziendali, avviando le attività necessarie per la riduzione del rischio sismico da esse derivanti. Relativamente alle misure volte all'uso razionale dell'energia ed alla corretta gestione ambientale in termini di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile, si evidenzia che, in applicazione delle disposizioni regionali, l'AUSL di Imola ha attivato azioni manutentive agli impianti e agli immobili, tra le quali:

- Ottimizzazione dei rifasamenti nelle cabine elettriche degli immobili aziendali con l'ottenimento del fattore di potenza superiore a 0,95 (Cos fi).
- Sostituzione della macchina Unità Trattamento Aria (U.T.A.) a servizio dei reparti di degenza presso l'Ospedale di Imola con caratteristiche di alto rendimento, inverter, recuperatore di calore e con isolamento termico maggiorato.
- Sostituzione della macchina U.T.A. e relative canalizzazioni a servizio del reparto di Cure intermedie presso l'Ospedale di Comunità – C.d.S. di Castel San Pietro T. con caratteristiche di alto rendimento, inverter, recuperatore di calore e con isolamento termico maggiorato.
- Progettazione relativa al completamento della sostituzione delle tubazioni del cunicolo tecnologico dell'ospedale di Castel San Pietro T. con nuove, adeguatamente isolate e aderenti alle norme in grado di contenere le dispersioni di calore nei tragitti tecnologici.
- Utilizzo di soluzioni innovative (sorgenti a led, dimmerizzazione, automazioni, ecc.) nella progettazione e realizzazione dei nuovi interventi di riqualificazione dei reparti e degli ambulatori, tra i quali, i più rilevanti realizzati nel 2015 sono stati: reparto di Geriatria e Lungodegenza dell'Ospedale di Imola, reparto di Cure intermedie presso l'Ospedale di Comunità – C.d.S. di Castel San Pietro T., corridoio visitatori Ospedale di Imola, ecc.
- Sostituzione di impianti vetusti di climatizzazione presso le Unità operative dell'Anatomia patologica e della genetica medica, con impianti a gas ecologico R410 e macchine ad alta resa (VRV con inverter).

Per quanto riguarda la corretta gestione ambientale in termini di acquisto di beni e servizi, l'AUSL di Imola ha aderito alla "*Convenzione Verde*" Consip, denominata "*Facility Managemen 3*", che effettua la manutenzione periodica e ciclica degli edifici della Azienda e ad altre convenzioni Intercent-ER "Verdi" in particolare per quanto riguarda l'acquisto dell'Energia Primaria.

Riguardo alle misure volte all'uso razionale dell'energia si è proseguito con le attività promosse dalla Regione Emilia-Romagna, quali il monitoraggio e sensibilizzazione sullo spegnimento, fuori orario di servizio, dei PC aziendali, azioni di informazione, raccolta di segnalazioni tramite il progetto "Io spengo lo spreco". Sono stati effettuati i monitoraggi dei consumi acqua e gas metano con la raccolta periodica dei dati di lettura contatori per le corrette fatturazioni e monitoraggio stretto delle perdite o di eccessivi consumi. Nel corso del 2015 è stato negoziato e firmato con Hera il contratto di somministrazione di energia termica tramite Teleriscaldamento, con tariffe molto più convenienti riservate alle utenze industriali al posto di quelle commerciali.

Per quanto riguarda la mobilità sostenibile è stata effettuata la ricognizione annuale relativa all'utilizzo, ai consumi ed ai costi di manutenzione e gestione del parco auto aziendale, garantendo il flusso delle informazioni della mobilità sulla piattaforma AEM CUP2000.

Utilizzando i dati raccolti mediante questionario sullo spostamento casa-lavoro dei dipendenti dell'AUSL di Imola, con una percentuale di adesione a livello regionale molto alta (circa 30%), è stato costruito un *data base* utilizzato per aggiornare il Piano di Spostamento Casa Lavoro (PSCL) relativo a tutti i dipendenti che prestano servizio nei vari presidi aziendali. Dal Piano Spostamento

Casa Lavoro sono emerse le linee di indirizzo aziendale in materia di mobilità che prevedono postazioni sicure per il parcheggio delle biciclette, l'implementazione del *car pooling*, la gestione della mobilità da parte dei dipendenti mediante social network e una concertazione con T-Per per ottimizzare la collocazione delle fermate dei mezzi pubblici.

**Gestione dei rifiuti sanitari.** L' AUSL di Imola, nel 2015, ha garantito l'azione di controllo sulla produzione dei rifiuti con la seguente registrazione dei dati:

- La quantità di rifiuti totali prodotta (esclusa la quota di raccolta differenziata conferita al gestore pubblico) è passata da Kg 228.602 a Kg 196.190 con una diminuzione pari a Kg 32.412 rispetto all'anno precedente. Tale diminuzione è stata generata, in particolare, da: rifiuti pericolosi citotossici e citostatici (- Kg 827 adesione centri UVA per le terapie antitumorali); rifiuti sanitari pericolosi (- Kg 2.373 costituiti da parti di apparecchiature elettromedicali, filtri, batterie ecc.); rifiuti sanitari non pericolosi (- Kg 23.494 costituiti da residui di cantiere e imballaggi). Nel complesso i rifiuti pericolosi a rischio infettivo sono calati (- Kg 6.234).
- La quantità di rifiuti soggetti a raccolta differenziata (vetro, plastica, carta) può essere solo stimata in base ai contenitori rilevati che sono incrementati da 28.452 nel 2014 a 29.000.

Restringendo l'analisi alle quote di rifiuti più rilevanti prodotte dal Presidio ospedaliero, si rileva:

- rispetto all'impatto della produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo, una sostanziale diminuzione delle quantità prodotte rispetto al 2014 (- Kg 6.234). Se questo dato viene letto insieme al riscontro della riduzione delle giornate di degenza fa emergere un lieve, ma costante incremento dell'indicatore Kg/die degenza nei tre quadrimestri che è passato da 0,99 a 1,01. L'analisi del fenomeno porta a identificarne le cause sia nelle procedure di controllo dei germi multi resistenti che inducono un aumentato utilizzo dei presidi monouso (soprattutto in area critica), sia nel *turnover* del personale che rende difficoltoso il mantenimento della sensibilizzazione costante in tema di gestione dei rifiuti.
- L'altra tipologia di rifiuto che ha fatto riscontrare un incremento è costituita dai reflui di laboratorio che sono aumentati a seguito dell'adozione di nuove strumentazioni che, a differenza delle precedenti, utilizzano maggiori quantitativi di acqua per i lavaggi. In tale settore si deve comunque registrare l'ottimizzazione della gestione dei reflui attraverso il convogliamento dei reflui in una cisterna centralizzata che ha minimizzato l'uso di taniche e le relative movimentazioni.

Le attività di controllo della produzione di rifiuti condotte nel corso del 2015 hanno riguardato:

- la realizzazione di iniziative di informazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori per la corretta gestione ambientale (personale coinvolto 50);
- il costante monitoraggio della produzione attraverso il flusso delle informazioni per la corretta gestione ambientale nel Servizio Sanitario Regionale, utilizzando l'apposito programma informatico AEM-CUP 2000 e assicurando la trasmissione di informazioni validate e complete nei tempi previsti.

## 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 2013-2014, 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. I valori riportati in tabella sono comprensivi dei costi delle attività del FRNA.

Il costo pro-capite ponderato complessivo aziendale 2014, rispetto al 2013, risulta sostanzialmente stabile (+0,79%), come il costo pro-capite complessivo regionale (+0,71%).

**Tabella 2.12 - Costo pro-capite ponderato: AUSL di Imola e dato medio RER. Periodo 2013-2014**

Costo pro-capite 2013 - 2014 AUSL IMOLA / RER	AUSL IMOLA				RER			
	2013	2014	Var. 2014/2013		2013	2014	Var. 2014/2013	
	Valore pro-capite	Valore pro-capite	Var. Ass.	Var. %	Valore pro-capite	Valore pro-capite	Var. Ass.	Var. %
Costi pro-capite complessivo	€ 1.829,26	€ 1.843,70	€ 14,44	0,79%	€ 1.810,27	€ 1.823,12	€ 12,85	0,71%

Il costo pro-capite per singolo livello di assistenza LEA viene presentato in Tabella 2.13 con lo scostamento rispetto al 2014 e il confronto con il valore regionale.

In riferimento alla Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (Sanità Pubblica) si registra un decremento significativo rispetto all'anno precedente (-9,38%; -€ 5,41) che porta il valore pro-capite aziendale al di sotto del valore regionale (€ 52,24 vs € 54,13).

L'assistenza distrettuale a livello aziendale e regionale mostra un sostanziale mantenimento con un lieve incremento del costo pro-capite.

Sul livello ospedaliero l'incremento rispetto al 2014 per l'AUSL di Imola è pari a +1,59%, portando il valore pro-capite a superare il valore medio regionale (€ 711,56 vs € 710,40).

**Tabella 2.13 - Costo pro-capite per LEA: AUSL di Imola e dato medio RER. Periodo 2013-2014**

Costi pro-capite Livelli di assistenza	AUSL IMOLA				RER			
	2013	2014	Var. 2014/2013		2013	2014	Var. 2014/2013	
Sanità Pubblica	€ 57,65	€ 52,24	-€ 5,41	-9,38%	€ 54,79	€ 54,13	-€ 0,66	-1,20%
Distretto	€ 1.065,83	€ 1.074,59	€ 8,76	0,82%	€ 1.048,57	€ 1.058,59	€ 10,02	0,96%
Assistenza Ospedaliera	€ 700,43	€ 711,56	€ 11,13	1,59%	€ 706,91	€ 710,40	€ 3,49	0,49%



Di seguito i costi pro-capite relativi ai sub livelli dell'Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (Sanità Pubblica) e dell'Assistenza distrettuale (Distretto).

**Tabella 2.14 - Costo pro-capite Sanità Pubblica per sub livelli e dato medio RER. Periodo 2013-2014**

Costo pro-capite	AUSL IMOLA 2013	AUSL IMOLA 2014	MEDIA RER 2014	AUSL IMOLA Var. 2013-2014
Igiene e Sanità pubblica	€ 30,36	€ 28,89	€ 28,32	-€ 1,47
Tutela della salute in ambiente di lavoro e sicurezza	€ 10,71	€ 9,09	€ 8,35	-€ 1,62
Sanità pubblica veterinaria	€ 15,12	€ 12,65	€ 17,46	-€ 2,47
<b>SANITA' PUBBLICA</b>	<b>€ 57,65</b>	<b>€ 52,24</b>	<b>€ 54,79</b>	<b>-€ 5,41</b>

**Tabella 2.15 - Costo pro-capite Distretto per sub livelli: AUSL Imola e dato medio RER. Periodo 2013 - 2014**

Costi pro-capite sub livelli di assistenza Distrettuali	AUSL IMOLA 2013	AUSL IMOLA 2014	AUSL IMOLA Var. 2013-2014	MEDIA RER 2014	Scost AUSL/Media RER
Assistenza farmaceutica territoriale	€ 238,65	€ 247,71	€ 9,06	€ 246,48	€ 1,23
Medicina di base	€ 126,35	€ 126,76	€ 0,41	€ 113,49	€ 13,27
Specialistica	€ 338,17	€ 329,49	-€ 8,68	€ 324,87	€ 4,62
Salute mentale adulti	€ 81,89	€ 79,34	-€ 2,55	€ 81,64	-€ 2,30
Neuropsichiatria infantile	€ 117,70	€ 114,64	-€ 3,06	€ 110,11	€ 4,53
Dipendenze Patologiche	€ 20,86	€ 25,24	€ 4,38	€ 24,84	€ 0,40
ADI / Hospice	€ 127,81	€ 120,56	-€ 7,25	€ 130,75	-€ 10,19
Assistenza anziani	€ 793,72	€ 842,56	€ 48,84	€ 791,53	€ 51,03
Salute donna	€ 33,72	€ 35,25	€ 1,53	€ 46,68	-€ 11,43
Salute infanzia	€ 70,76	€ 62,89	-€ 7,87	€ 79,65	-€ 16,76
Emergenza extraospedaliera	€ 38,39	€ 39,44	€ 1,05	€ 35,30	€ 4,14
Assistenza disabili	€ 42,04	€ 43,21	€ 1,17	€ 56,57	-€ 13,36
Protesica	€ 25,53	€ 25,42	-€ 0,11	€ 20,42	€ 5,00
Integrativa	€ 13,25	€ 14,02	€ 0,77	€ 9,86	€ 4,16
Termale	€ 8,55	€ 6,75	-€ 1,80	€ 4,34	€ 2,41
<b>Assistenza Distrettuale</b>	<b>€ 1.065,83</b>	<b>€ 1.074,59</b>	<b>€ 8,76</b>	<b>€ 1.058,59</b>	<b>€ 16,00</b>

In Tabella 2.16 si riporta il finanziamento per quota capitaria assegnato all'AUSL di Imola, a confronto con il dato medio regionale.

**Tabella 2.16 - Finanziamento pro-capite delle AUSL e dato medio RER. Periodo 2013-2015**

AUSL IMOLA / RER	finanziamento pro-capite 2013	finanziamento pro-capite 2014	finanziamento pro-capite 2015	Var. ass. 2015-2014	Var. % 2015-2014
<b>AUSL IMOLA</b>	<b>1.604,95</b>	<b>1.625,23</b>	<b>1.620,30</b>	<b>-4,93</b>	<b>-0,30%</b>
<b>RER</b>	<b>1.597,80</b>	<b>1.617,31</b>	<b>1.615,74</b>	<b>-1,57</b>	<b>-0,10%</b>

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 2014, vengono riportati i dati del 2015 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 (% persone invitate su persone da invitare nell'anno). In riferimento alla adesione all'invito (% persone esaminate su persone invitate), esteso anche alla popolazione non residente e domiciliata, le percentuali risultano omogenee ed in alcuni casi superiori al livello regionale, ad eccezione dello screening alla mammella per il target 50 – 74 che mostra invece performance inferiori se confrontate ai dati regionali.

**Tabella 2.17 – Indicatori di attività degli *screening* per la prevenzione dei tumori e confronto con la media RER. Periodo 2013-2015**

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto		2013		2014		2015	
		IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
% Avanzamento Programma	Screening tumore collo dell'utero - target 25 - 64	90,0%	100,3%	82,8%	102,2%	90,3%	100,0%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	99,9%	91,1%	88,9%	95,8%	100,0%	93,2%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	135,3%	100,4%	97,0%	102,8%	134,3%	103,7%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	146,7%	107,2%	75,5%	96,4%	148,4%	100,4%
	Screening Colon Retto	77,9%	96,2%	98,8%	111,1%	96,9%	100,8%
% Adesione a invito	Screening tumore collo dell'utero - target 25 - 64	58,0%	62,3%	61,6%	60,0%	65,1%	59,0%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	66,8%	74,5%	73,7%	73,4%	73,3%	74,6%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	67,9%	76,3%	65,0%	75,4%	65,1%	75,3%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	66,8%	71,2%	58,8%	72,6%	67,1%	76,0%
	Screening Colon Retto	54,1%	51,2%	46,0%	50,8%	53,5%	50,3%

**Vaccinazioni infantili.** Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili nei bambini di due anni, l'AUSL di Imola mantiene valori di copertura elevati e superiori alla media regionale.

**Tabella 2.18 - Tasso di copertura per vaccinazioni nei bambini e confronto RER. Periodo 2012-2015**

Tasso di copertura vaccinazioni bambini al 24° mese	2012		2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Poliomielite	98,3%	96,3%	97,0%	96,1%	95,9%	94,8%	96,2%	94,0%
Morbillo	95,0%	92,6%	94,0%	91,3%	89,7%	88,3%	90,1%	87,2%
Emofilo (HIB)	95,0%	95,4%	96,4%	95,3%	94,8%	94,0%	95,1%	92,9%
Pertosse	98,1%	96,0%	96,9%	95,8%	95,5%	94,4%	96,0%	93,6%
Meningococco	95,1%	92,2%	92,7%	91,2%	89,8%	88,3%	90,7%	87,4%
Pneumococco	96,1%	94,4%	94,5%	94,1%	93,1%	92,5%	93,3%	91,5%

Anche la copertura vaccinale HPV nelle ragazze dodicenni, come gli anni scorsi, risulta alta e superiore alla media regionale. L'81,1% delle nate nel 2003 ha completato il ciclo vaccinale contro una media RER del 66,7% e l'84,5% ha cominciato il ciclo con almeno una dose (media RER: 75,9%).

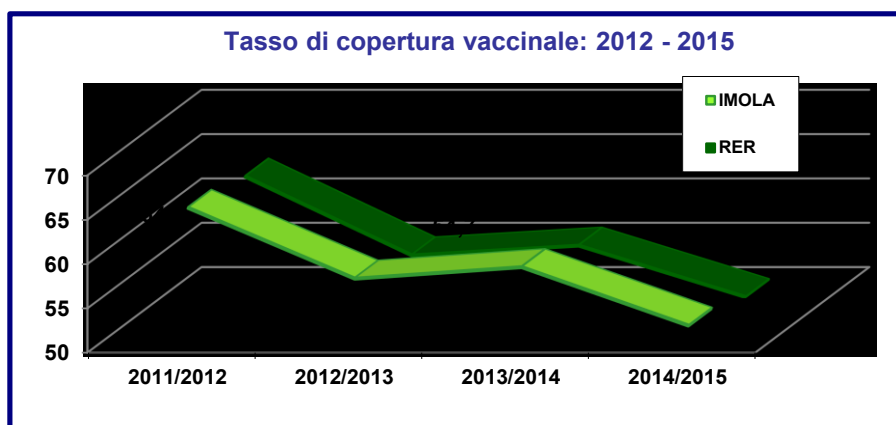
**Tabella 2.19 - Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1999-2003 al 31/12/2015**

Copertura vaccinale HPV	Coorti di nascita									
	1999		2000		2001		2002		2003	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con cicli completi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con cicli completi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con cicli completi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con cicli completi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con cicli completi
Imola	87,3%	86,6%	85,8%	84,2%	88,4%	87,5%	84,0%	82,8%	84,5%	81,1%
RER	79,4%	77,1%	80,5%	78,0%	80,4%	76,8%	79,1%	75,8%	75,9%	66,7%

**Vaccinazione antinfluenzale.** La campagna vaccinale 2014/2015 registra una diminuzione di soggetti vaccinati (popolazione anziana *over* 65) confermato anche a livello regionale. Il tasso di copertura aziendale risulta, pertanto, in calo rispetto al 2014, ma comunque superiore all'indice regionale. La popolazione di riferimento è quella al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale.

**Figura 2.20 - Tasso di copertura nei over 65 anni dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2012-2015**

Soggetti vaccinati	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
IMOLA	26.073	22.461	23.422	20.562
RER	851.986	710.840	743.065	662.482
Tasso copertura vaccinale	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
IMOLA	64,9	56,9	58,2	51,6
RER	63,6	54,7	55,8	50,0



**Attività di prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro.** L'attività di vigilanza sugli ambienti di lavoro, rappresentata in Tabella 2.21, mostra l'andamento delle imprese controllate e sanzionate, a confronto con il trend regionale.

**Tabella 2.21 - Imprese esistenti, controllate e con infrazione e confronto RER. Periodo 2013-2015**

Controlli sugli ambienti di lavoro		2013	2014	2015
<b>AUSL Imola</b>	% Unità controllate su esistenti	9,2	8,8	9,7
	% Unità sanzionate su controllate	16,4	16,5	15,3
<b>RER</b>	% Unità controllate su esistenti	10,3	10,2	10,1
	% Unità sanzionate su controllate	11,6	10,3	10,0
Controlli sugli ambienti di lavoro		2013	2014	2015
<b>AUSL Imola</b>	Unità produttive esistenti	5.717	5.549	5.461
	Unità produttive controllate	525	491	530
	Unità produttive sanzionate	86	81	81
<b>RER</b>	Unità produttive esistenti	209.956	205.856	203.121
	Unità produttive controllate	21.595	21.096	20.449
	Unità produttive sanzionate	2.504	2.174	2.039

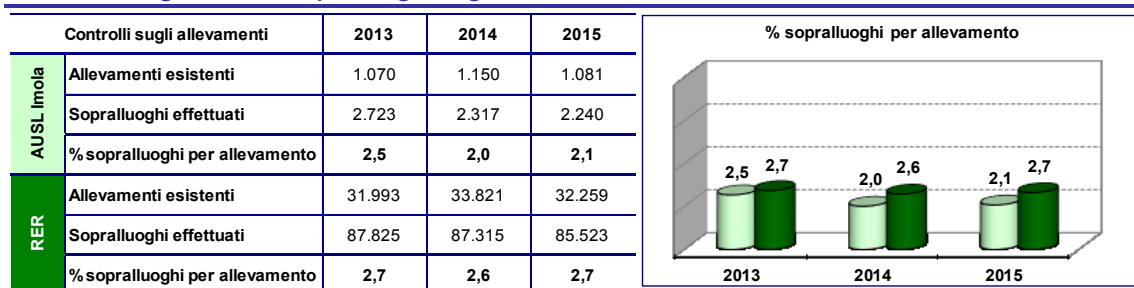
Sul territorio imolese sono presenti 978 aziende di ristorazione e 410 aziende di trasformazione alimentare. In Tabella 2.22 si evidenziano le percentuali delle aziende controllate sulle esistenti e delle sanzionate sulle controllate, a confronto con il dato medio regionale.

**Tabella 2.22 - % aziende alimentari e di ristorazione controllate e con infrazioni e confronto RER. Periodo 2013-2015**

% Aziende di Ristorazione e Alimentari			2013	2014	2015
Aziende di Ristorazione	AUSL Imola	% Aziende controllate su esistenti	27,4	27,7	26,5
		% Aziende con infrazioni su controllate	51,6	41,9	22,8
	RER	% Aziende controllate su esistenti	25,2	25,3	24,8
		% Aziende con infrazioni su controllate	25,6	23,7	27,5
Aziende di trasformazione alimenti	AUSL Imola	% Aziende controllate su esistenti	27,2	26,5	19,8
		% Aziende con infrazioni su controllate	38,3	46,7	13,6
	RER	% Aziende controllate su esistenti	32,5	30,8	29,9
		% di Aziende con infrazioni su controllate	26,0	20,4	26,2

In Figura 2.23 i dati relativi al numero di sopralluoghi per allevamento e il confronto con i dati regionali.

**Figura 2.23 - Sopralluoghi negli allevamenti e confronto RER. Periodo 2013-2015**



### 2.3.3 Assistenza distrettuale

L'azienda opera a livello territoriale tramite una articolazione di **47 strutture a gestione diretta e 36 strutture convenzionate accreditate**. Nel territorio non sono presenti strutture di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978. Nelle tabelle che seguono vengono riportati i dati, al 31/12/2015, relativi alle strutture a gestione diretta e convenzionate, in base alla tipologia e al tipo di assistenza erogata in coerenza con i dati desumibili dai modelli ministeriali STS 11.

**Tabelle 2.24 – Strutture territoriali a gestione diretta e convenzionate per tipologia di attività. Anno 2015**

Tipologia strutture a gestione diretta	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Attività laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza tossicodipendenti	Assistenza ai malati terminali
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	2	1	1	12	7	1	
AMBULATORIO E LABORATORIO	17	5	8				
STRUTTURA RESIDENZIALE					1		1
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					2	1	
<b>TOTALE</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Tipologia strutture convenzionate	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Assistenza psichiatrica	Assistenza tossicodipendenti	Assistenza idrotermale	Assistenza anziani	Assistenza disabili fisici
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE					1		
AMBULATORIO E LABORATORIO	5	5					
STRUTTURA RESIDENZIALE			5	2		11	3
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE						3	5
<b>TOTALE</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

**Assistenza residenziale e semi-residenziale.** Nelle tabelle che seguono viene rappresentata la dotazione posti delle strutture residenziali e semiresidenziali a gestione diretta ed indiretta in riferimento all'assistenza, in coerenza con quanto riportato nel Modello ministeriale STS 24.

**Tabella 2.25 – Strutture residenziali e semiresidenziali per tipologia assistenza e posti. Anno 2015**

STRUTTURE RESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA	TIOOLOGIA ASSISTENZA	POSTI LETTO 01/01/2015
Residenza Sanitaria Psichiatrica Trattamento Intensivo	Assistenza Psichiatrica	<b>10</b>
Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice CSPT	Attività Hospice - Cure Palliative	<b>12</b>
STRUTTURE RESIDENZIALI A GESTIONE INDIRETTA	TIOOLOGIA ASSISTENZA	POSTI LETTO 01/01/2014
Residenza Psichiatrica Casa Basaglia	Assistenza Psichiatrica	<b>15</b>
Residenza Psichiatrica La Pascola	Assistenza Psichiatrica	<b>15</b>
Residenza Psichiatrica Ca' del Vento	Assistenza Psichiatrica	<b>15</b>
Residenza Psichiatrica Albatros	Assistenza Psichiatrica	<b>14</b>
Residenza Psichiatrica Pampera	Assistenza Psichiatrica	<b>8</b>
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA	TIOOLOGIA ASSISTENZA	POSTI
Centro Diurno Psichiatrico	Assistenza Psichiatrica	<b>16</b>
Day Hospital Territoriale - Day Service Psichiatrico	Assistenza Psichiatrica	<b>6</b>
Centro Diurno Arcobaleno - SERT	Assistenza per tossicodipendenti	<b>15 *</b>

\* posti che non compaiono nei flussi ministeriali

In riferimento all'**assistenza psichiatrica** e cure palliative (Tabella 2.25) le strutture residenziali a gestione diretta ed indiretta risultano avere una dotazione complessiva pari a **89 Posti Letto**: 77 PL sono riservati alla erogazione di assistenza psichiatrica e 12 al Centro Residenziale Cure Palliative – Hospice. Le strutture semiresidenziali a gestione diretta che erogano assistenza psichiatrica risultano dotate di **22 posti**. Si aggiungono, in ambito semiresidenziale, i **15 posti** del Centro Diurno per tossicodipendenti non computati nei flussi ministeriali.

Per i soggetti dipendenti da sostanze d'abuso (**Dipendenze patologiche**) sono presenti **51 PL** in strutture residenziali e semiresidenziali gestite da privato sociale e accreditate.

La Tabella 2.26 evidenzia le strutture residenziali e semiresidenziali che erogano **l'assistenza agli anziani**, con evidenza dei posti convenzionati accreditati. Le strutture convenzionate sotto riportate risultano regolarmente accreditate dalla Regione.

**Tabella 2.26 – Strutture convenzionate per l'assistenza anziani e posti disponibili. Anno 2015**

STRUTTURE RESIDENZIALI	POSTI LETTO AUTORIZZATI 31/12/2015	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
<b>TOTALE</b>	<b>573</b>	<b>509</b>
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	POSTI AUTORIZZATI	DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI
CENTRO DIURNO PER ANZIANI CSPT	16	16
CENTRO RESID. PER ANZIANI VITA INSIEME MEDICINA	16	16
CENTRO DIURNO ANZIANI C. TOZZOLI IMOLA	20	20
<b>TOTALE</b>	<b>52</b>	<b>52</b>

La dotazione posti nelle strutture convenzione accreditate per gli anziani si compone di: **509 PL** accreditati residenziali e **52 PL** accreditati semiresidenziali.

La dotazione per l'assistenza ai **disabili** è costituita da **35 PL residenziali** e **94 posti semiresidenziali**.

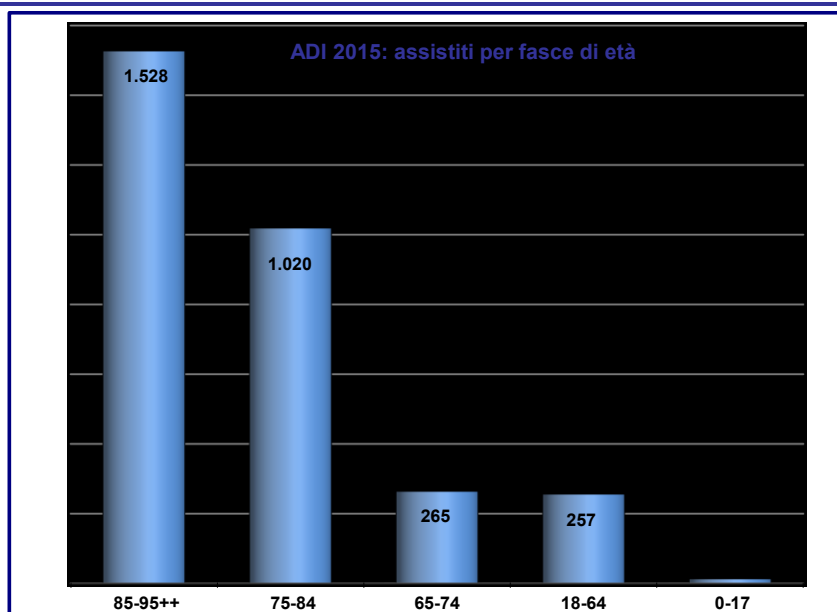
La Tabella 2.27 mostra gli indicatori, relativi alle aree "anziani" e "disabili", dei posti disponibili per 1.000 abitanti, residenziali e semiresidenziali (2013–2015), a confronto con l'indicatore regionale.

**Tabella 2.27 – Assistenza residenziale e semiresidenziale: posti per 1.000 ab. e confronto RER. Periodo 2013-2015**

Assistenza residenziale	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Anziani (>74)	31,8	29,7	30,9	29,4	29,8	29,6
Disabili	0,26	0,54	0,26	0,57	0,26	0,55
Assistenza semi-residenziale	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Anziani (>74)	3,2	5,7	3,2	5,7	3,0	5,7
Disabili	0,60	1,03	0,60	1,04	0,70	1,09

**Assistenza domiciliare integrata (ADI).** In base ai criteri regionali (Flusso SI-ADI) l'oggetto della rilevazione è ciascun "episodio" o periodo di cura di assistenza domiciliare reso al singolo paziente ("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 gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale della persona" (D.M. 17/12/2008) e non fanno più parte del flusso regionale le prestazioni occasionali, sanitarie e/o socio-assistenziali, che prevedono l'intervento del professionista e che si concludono con la prestazione senza un piano personalizzato di assistenza. Tali prestazioni, pur non rientrando nel flusso regionale, costituiscono un volume importante che, nel 2015, si attesta a 4.325 **prestazioni occasionali** (nel 2014: 4.027: +6%).

**Grafico 2.28 – ADI per fasce d'età nella AUSL Imola. Anno 2015**





La distribuzione dei pazienti per grandi fasce di età, dove gli "anziani 65 e oltre" vengono rappresentati per fasce intermedie, evidenzia come l'assistenza domiciliare integrata venga usufruita in misura preponderante dai "Grandi anziani" (over 75) che rappresenta l'83% degli assistiti.

Le tabelle che seguono mostrano i dati tratti dal portale regionale SISEPS sugli "episodi di presa in carico": in Tabella 2.29 si riportano i volumi (2014 – 2015) per tipologia di assistenza a confronto con il livello regionale.

**Tabella 2.29 – Prese in carico per tipologia di assistenza e confronto RER. Anni 2014 - 2015**

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	2014		2015		Var.%2014-2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
MEDICINA GENERALE	1.807	67.942	1.835	65.443	1,5%	-3,7%
INFERMIERISTICA	2.371	63.013	2.545	65.470	7,3%	3,9%
SOCIO-SANITARIA	235	2.940	252	4.135	7,2%	40,6%
ASSOCIAZIONI NO PROFIT	15	1.415	15	2.068	0,0%	46,1%
TOTALE	4.428	135.310	4.647	137.116	4,9%	1,3%

Le successive tabelle mostrano la distribuzione percentuale per tipologia e livello di assistenza (intensità), in riferimento all'ultimo triennio a confronto con la media regionale.

**Tabelle 2.30 – % prese in carico per tipologia e livello di assistenza a confronto RER. Periodo 2013-2015**

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
MEDICINA GENERALE	42,8%	51,6%	40,8%	50,2%	39,5%	47,7%
INFERMIERISTICA	52,7%	44,5%	53,5%	46,6%	54,8%	47,7%
SOCIO-SANITARIA	4,3%	2,7%	5,3%	2,2%	5,4%	3,0%
ASSOCIAZIONI NO PROFIT	0,3%	1,2%	0,3%	1,0%	0,3%	1,5%

LIVELLO ASSISTENZIALE	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
BASSA	68,7%	65,3%	69,7%	63,7%	67,8%	67,2%
MEDIA	12,1%	24,5%	12,8%	25,7%	14,0%	23,0%
ALTA	19,2%	10,2%	17,5%	10,6%	18,2%	9,9%

In Tabella 2.31 gli episodi di presa in carico, rilevati nel 2015, vengono raggruppati sia per tipologia che per livello di assistenza.

Tabella 2.31 – Prese in carico per tipologia e livello di assistenza. Anno 2015

EPISODI DI CURE PER TIPOLOGIA E LIVELLO ASSISTENZIALE	MEDICINA GENERALE		INFERMIERISTICA		SOCIO-SANITARIA		ASSOCIAZIONI NO PROFIT	
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%
BASSA INTENSITA'	1.554	86,0%	1.479	62,4%	53	22,6%	0	0,0%
MEDIA INTENSITA'	180	10,0%	348	14,7%	38	16,2%	0	0,0%
ALTA INTENSITA'	73	4,0%	544	22,9%	144	61,3%	15	100,0%
TOTALE PRESTAZIONI	1.807	100%	2.371	100%	235	100%	15	100%

La Tabella 2.32 rappresenta invece, nell'ultimo triennio, tutta l'attività erogata di sola assistenza infermieristica domiciliare, comprensiva di quella occasionale. I dati sono tratti dai Report di I livello aziendali la cui fonte in questo caso è l'unità operativa SSD Cure Primarie.

Sul fronte dell'**Assistenza infermieristica domiciliare** il 2015 registra un incremento dei pazienti presi in carico: +5%, pari a +206 pazienti rispetto al 2014, con un conseguente aumento degli accessi infermieristici (+3%). Risulta invariata la media di accessi per singolo paziente.

In riferimento alle prestazioni infermieristiche erogate, a confronto con l'anno precedente, si rileva un aumento del 28% in particolare le prestazioni classificate di media e alta intensità.

Si registra un incremento importante delle prestazioni erogate per assistito.

Tabella 2.32 – Assistenza infermieristica nei programmi di cure domiciliari. Periodo 2013-2015

ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI PROGRAMMI DI CURE DOMICILIARI	2013	2014	2015	Var. 2014-2015
PAZIENTI ASSISTITI	4.151	4.027	4.233	5,1%
ACCESSI (assistenza continuativa + prestazioni occasionali)	53.039	51.993	53.569	3,0%
MEDIA ACCESSI PER ASSISTITO	13	13	13	-0,26
PRESTAZIONI	76.584	76.706	98.152	28,0%
MEDIA PRESTAZIONI PER ASSISTITO	18	19	23	4,14

**Hospice.** In riferimento all'Hospice Centro Residenziale di Cure Palliative di Castel San Pietro Terme la tabella mostra i dati relativi a: degenza media, dimessi e percentuale deceduti su dimessi a confronto col dato medio regionale.

Tabella 2.33 - Degenza media, percentuale Hospice e confronto RER. Periodo 2013-2015

HOSPICE	2013		2014		2015	
	AUSL IMOLA	RER	AUSL IMOLA	RER	AUSL IMOLA	RER
Posti letto	12	283	12	287	12	287
Degenza media	21,6	18,0	17,8	17,6	16,6	17,1
Pazienti dimessi	189	5.127	206	5.385	185	5.498
% deceduti su dimessi	77,3%	76,5%	80,6%	76,1%	76,2%	76,4%

**Ospedale di Comunità (Os.Co).** Nel 2014 e 2015 è stato dato impulso al completamento della *mission* del Presidio di Castel S. Pietro Terme, istituendo (Deliberazione 44 del 28/03/2014) la Casa della Salute e l'integrato Ospedale di Comunità (Os.Co), quale struttura sanitaria residenziale di tipo intermedio a carattere multi professionale e a gestione infermieristica, costituito da **28 PL di struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI)** e da **12 PL di Hospice territoriale:**

- Struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI): unità organizzativa a gestione infermieristica, modello evolutivo della tradizione lungodegenza post-acuzie, dedicata ad ospitare persone fragili ad alta componente di non-autosufficienza e con quadro clinico relativamente stabile, al fine di ridurre il carico di pazienti nei reparti ospedalieri nella fase post-acuta, offrendo un livello di cure appropriato verso una dimissione assistita;
- Hospice territoriale: unità organizzativa intermedia a gestione infermieristica rivolta all'assistenza di soggetti in fase terminale che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio con cure palliative.

Si riporta di seguito la tabella coi volumi e i dati di efficienza relativi al 2014 e 2015.

**Tabella 2.34 - OSPEDALE DI COMUNITA' CSPT. Anni 2014-2015**

OSPEDALE DI COMUNITA' DI CSPT	2014	2015	Var. ass.	Var. %
Posti letto SRCI	28	28	0	0,0%
Posti letto Hospice	12	12	0	0,0%
Casi trattati SRCI	279	297	18	6,5%
Casi trattati Hospice	203	186	-17	-8,4%
Degenza media SRCI	15	18	3	21,9%
Degenza media Hospice	18	17	-2	-10,3%
Giornate di degenza SRCI	4.208	5.475	1.267	30,1%
Giornate di degenza Hospice	3.728	3.071	-657	-17,6%

**Consultori Familiari.** L'analisi sull'attività dei Consultori si basa sui dati del flusso informativo regionale SICO (Sistema Informativo dei Consultori familiari). Alcuni dati sono disponibili ed aggiornati sul sito dedicato al Bilancio di Missione. Nei casi in cui il dato non risulta disponibile è stata utilizzata la reportistica direzionale disponibile sul DWH aziendale, tramite "BusinessObjects". L'anagrafe delle strutture censisce l'attività articolata nelle seguenti sedi: Consultorio Familiare, Spazio Giovani, Spazio Donne immigrante e loro Bambini.

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).

In Tabella 2.35 si riportano i dati sull'utenza complessiva e sulle donne in gravidanza. Nel 2015 il totale degli utenti in carico in tutte le sedi è stato pari a 6.043 vs i 5.733 del 2014, con un incremento del +5,4%. L'incremento riguarda in particolare le donne in carico nell'ambito dell'area

“Ostetricia e Ginecologia”, mentre diminuiscono le donne in gravidanza seguite dal consultorio familiare, anche quelle immigrate.

**Tabelle 2.35 – Utenza complessiva, donne in gravidanza, donne immigrate in gravidanza e donne in carico in area Ostetricia e Ginecologia. Periodo 2013-2015**

Utenza	2013	2014	2015	Var.	Var. %
Utenti totali in carico	5.426	5.733	6.043	310	5,4%
Donne in gravidanza seguite dai consultori familiari	530	579	525	-54	-9,3%
Donne immigrate seguite in gravidanza	283	327	267	-60	-18,3%
Donne in carico ai consultori familiari - Ostetricia e Ginecologia	5.014	5.273	5.597	324	6,1%

La Tabella 2.36 riporta i tassi di copertura nei settori “Salute donna”, Ginecologia/Andrologia e Psicologia relativi al livello aziendale, a confronto con quello regionale.

**Tabelle 2.36 – Tassi di copertura nei settori Salute donna, Ginecologia/Andrologia e Psicologia. Periodo 2013-2015**

Tassi di copertura	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
% donne in gravidanza seguite dai consultori familiari su totale "nati vivi"	45,5%	45,6%	54,7%	54,6%	46,3%	53,8%
% donne immigrate seguite in gravidanza su totale donne in gravidanza seguite	53,4%	53,5%	56,5%	53,1%	50,9%	52,3%
% utenti in carico ai consultori familiari su popolazione target - Psicologia (Popolazione target = 15-64 anni residenti al 31-12-2013)	0,5%	0,2%	0,5%	0,2%	0,6%	0,2%
% utenti in carico ai consultori familiari su popolazione target - Ginecologia/Andrologia (Popolazione target = 15-64 anni residenti al 31-12-2013)	2,7%	3,90%	3,6%	3,9%	3,9%	3,8%

Fonte regionale SICO (Sistema Informativo dei Consultori familiari)

In Tabelle 2.37 si riportano i volumi delle prestazioni individuali e di gruppo, deducibili dalla reportistica su DWH aziendale nel periodo 2013-2015 che elabora i dati in base ai criteri regionali, tramite l’applicativo gestionale “ONAmb”, utilizzato dal servizio. La tabella mostra, nel confronto dei volumi di attività 2015 sul 2014, un generale incremento.

Si riportano, inoltre, nella seconda tabella le percentuali di prestazioni individuali per ambito di attività a confronto con l’indicatore regionale. I dati sono tratti dal flusso SICO regionale disponibili sul sito dedicato al Bilancio di missione.

Tabelle 2.37 – Prestazioni individuali e di gruppo del Consultorio familiare. Periodo 2013-2015

Volumi di attività	2013	2014	2015	Var. % 2014-2015
Prestazioni individuali	18.847	19.560	20.464	4,6%
Prestazioni di gruppo	369	460	468	1,7%
Prestazioni totali	19.216	20.020	20.932	4,6%

% Prestazioni individuali per ambito di attività	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Gravidanza	41,3%	29,9%	25,4%	29,0%	27,3%	28,9%
Puerperio	15,6%	2,2%	17,4%	2,4%	17,2%	2,6%
Contraccezione	2,4%	5,1%	3,5%	4,6%	3,3%	4,0%
IVG	1,1%	2,4%	1,4%	2,3%	1,2%	2,1%
Menopausa	1,6%	1,6%	2,5%	1,5%	2,4%	1,4%
Psicologia	12,0%	3,8%	14,2%	3,5%	14,5%	3,9%
Specialistica ginecologica	16,4%	20,3%	22,2%	19,7%	22,2%	19,4%

**Salute Mentale.** L'attività del Dipartimento di Salute Mentale viene rappresentata tramite i consueti indicatori a confronto coi valori regionali e tramite dati di attività di fonte aziendale.

Di seguito, in Tabella 2.38, si sintetizzano alcuni dati disponibili sul portale regionale del bilancio di missione e derivati dagli archivi regionali SDO e SISM: dimessi dai reparti di psichiatria, tasso di ospedalizzazione, % TSO sui ricoveri in SPDC, tasso di ospedalizzazione in TSO e tasso di prevalenza standardizzato.

Tabella 2.38 – Salute Mentale adulti: dati a confronto col valore regionale. Periodo 2013-2015

Salute Mentale adulti	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Dimessi dai reparti di Psichiatria	336	9.425	313	9.819	296	9.591
Tasso di ospedalizzazione x 100.000 ab. (*)	306,9	260,3	288,4	267,8	271,2	262,2
% TSO / totale dimessi SPDC	6,8%	9,5%	6,9%	9,0%	6,4%	9,2%
Tasso di ospedalizzazione in TSO x 100.000 ab. (*)	10,2	26,1	7,6	25,2	20,3	25,8
Tasso di prevalenza standardizzato	20,31	20,19	20,61	19,96	20,94	19,66

(\*) Dimessi dai reparti di Psichiatria, in regime ordinario, con età > = 18 - Fonte: Archivio regionale SDO

L'area della Salute Mentale è stata interessata, negli ultimi anni, dalla progressiva attuazione di nuovi assetti organizzativo – funzionali, dando corso alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base della complessità assistenziale e dei relativi livelli di intensità di cura e allo sviluppo di innovativi assetti di cura sul territorio, attraverso l'avvio di percorsi qualificati come budget di cura/salute per i quali si rimanda alla Sezione 3 "3.2.2 Politiche socio-sanitarie per aree con maggior disagio".

Nel 2015 l'area della degenza è stata interessata da un'importante revisione organizzativa che ha determinato la riduzione di 2 posti letto in SPDC e 4 posti letto in RTI. La riorganizzazione, i cui effetti proseguiranno nel 2016 a consolidamento dell'impianto, si pone l'obiettivo di garantire l'attività clinica e assistenziale per intensità di cura e continuità assistenziale, utilizzando diverse aree per tipologia di ricovero:

- a) area ospedaliera (SPDC) per le patologie in fase acuta;
- b) area territoriale (RTI) per proseguire/iniziare un percorso di stabilizzazione e riabilitazione prima della dimissione e sperimentare nuove modalità organizzative con la rimodulazione delle attività clinico-assistenziali-riabilitative nelle due aree (revisione dei piani delle attività), l'integrazione delle risorse umane in un'ottica di appropriatezza e valorizzazione professionale e l'implementazione di percorsi specialistici in RTI.

**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 ed 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.

I dati riportati mettono in evidenza un incremento generale dei casi trattati se confrontati con il 2014: CSM +71; DHT +5; Day Service +530. Aumenta quindi il volume di interventi in DHT (+54) e il volume di prime visite psichiatriche (+75).

**Tabella 2.39 – Psichiatria Territoriale Adulti (PTA). Periodo 2013-2015**

Psichiatria Territoriale Adulti	2013	2014	2015	Var. 2014 - 2015	Var. % 2014 - 2015
<b>Utenti CSM</b>	2.448	2.436	2.507	71	2,9%
<b>Nuovi presi in carico</b>	439	396	345	-51	-12,9%
<b>Pazienti in DH Territoriale</b>	76	54	59	5	9,3%
<b>Interventi di crisi in DHT</b>	138	126	180	54	42,9%
<b>Pazienti trattati c/o Centro Diurno</b>	64	41	42	1	2,4%
<b>Pazienti trattati in Day Service</b>	1.088	1.156	1.686	530	45,8%
<b>Prima visita psichiatrica</b>	1.099	1.046	1.121	75	7,2%

**Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e Residenze a Trattamento Intensivo (RTI).** Sotto il profilo della degenza ospedaliera si osserva, rispetto all'anno precedente, un decremento dei casi totali trattati: -33; -5,7% (SPDC -7,8% e RTI -3,4%).

Tale andamento risulta proporzionale alla riduzione di posti letto: meno 2 PL in SPDC a partire da ottobre e meno 2 PL in RTI a partire da maggio. In coerenza con tale decremento risulta in calo anche il valore economico dei DRG (-5,7%).

**Tabella 2.40 – Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura. Periodo 2013-2015**

SPDC - RTI	2013	2014	2015	Var. 2014 - 2015	Var. % 2014 - 2015
Degenza ordinaria	349	334	308	-26	-7,8%
Ricoveri in RTI	175	145	140	-5	-3,4%
Casi in Night Hospital	96	101	99	-2	-2,0%
<b>Casi totali</b>	<b>620</b>	<b>580</b>	<b>547</b>	<b>-33</b>	<b>-5,7%</b>
Degenza media in SPDC	13,4	14,3	14,0		
Degenza media in RTI	23,9	23,5	19,7		
Contenzioni fisiche in SPDC	16	8	10	2	25,0%

**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 (L. 104/1992) e l'applicazione degli Accordi di Programma Provinciali e Territoriali.

In Tabella 2.41 si registra una leggera diminuzione degli utenti in carico (-3% pari a -43) ed un incremento delle prestazioni erogate (+2%). Si riporta, inoltre, il tasso di prevalenza standardizzato a confronto con quello regionale.

Tabella 2.41 – Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza NPIA. Periodo 2013-2015

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2013	2014	2015	Var. ass.	Var. %
Utenti in carico	1.340	1.476	1.433	-43	-3%
Nuovi utenti	488	563	466	-97	-17%
Usciti dal Servizio	428	442	513	71	16%
Prestazioni	20.114	21.537	21.945	408	2%
Tasso di prevalenza standardizzato a confronto RER	5,65	6,18	5,98		
	6,75	6,89	7,06		

**Gravissime disabilità acquisite.** Sono 31 i pazienti con gravissime disabilità acquisite presi in carico nel 2015 (assistenza domiciliare, assegni di cura e/o assistenza residenziale). La classe di età più numerosa risulta quella 45-64 a livello aziendale e regionale.

Tabella 2.42 – Pazienti in carico con gravissime disabilità acquisite per classi d'età e confronto RER. Anno 2015

Gravissime disabilità acquisite per classi di età	AUSL IMOLA	RER	AUSL IMOLA	RER
0 - 17	2	105	6,5%	7,2%
18 - 44	11	270	35,5%	18,5%
45 - 64	12	599	38,7%	41,1%
65 - 74	4	320	12,9%	21,9%
Oltre 75	2	164	6,5%	11,2%
<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>1.458</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

In riferimento alla tipologia di assistenza, la maggior parte dei pazienti sono in assistenza domiciliare (22) e una quota minore (9) in assistenza residenziale, in coerenza con le 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 per tipo di assistenza e confronto RER. Anno 2015

ASSISTITI CON GRAVISSIME DISABILITA'	AUSL IMOLA	RER
Solo al domicilio	22	995
Solo in Assistenza Residenziale	9	352
Al domicilio e in Assistenza Residenziale	0	111
<b>TOTALE</b>	<b>31</b>	<b>1.458</b>

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



**Dipendenze Patologiche.** La Struttura 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 2015 sono stati seguiti dal servizio 1.063 utenti: 566 tossicodipendenti, 350 alcolisti, 88 *gamblers*, 59 tabagisti. Dei 566 utenti in carico per abuso/dipendenza da droghe, 275 sono per eroina, 267 per cocaina, 21 per cannabis, 2 per altre sostanze; tra questi 8 sono stati inviati dal medico competente per problemi di uso in ambienti lavoro con mansioni a rischio. Rispetto ai 350 alcolisti, 95 hanno effettuato visite alcolologiche per la patente o sono stati visti solo occasionalmente.

In Tabella 2.44 i principali dati di attività, nel periodo 2013-2015, ed il tasso di prevalenza standardizzato per età e sesso (per 1.000 abitanti) sulla popolazione target residente 15-64 anni, a confronto con quello regionale.

Si registra un sostanziale mantenimento del numero di utenti in carico e di prime viste ed un incremento degli utenti in ambito di semiresidenzialità presso il Centro diurno in gestione diretta.

Si evidenzia che, nonostante la numerosità delle prese in carico non vari, si sta modificando la tipologia dell'utenza: il target si sta spostando verso una età media leggermente inferiore per il consumo della cocaina. Alcuni giovani cocainomani vengono catturati anche dall'offerta di eroina che ha avuto un lieve incremento nei consumi. Le dipendenze da gioco crescono lievemente e i giochi on line sui giovanissimi fanno molta presa.

Si registra un lieve decremento delle prestazioni erogate (-2%).

**Tabella 2.44 – Dipendenze patologiche. Periodo 2013-2015**

Dipendenze Patologiche	2013	2014	2015	Var. ass.	Var. %
<b>Utenti</b>	1.061	1.059	1.063	4	0,4%
<b>Nuovi utenti</b>	189	193	194	1	0,5%
<b>Usciti dal Servizio</b>	279	287	291	4	1,4%
<b>Tasso di prevalenza standardizzato a confronto RER</b>	10,09 7,83	9,83 7,72	8,58 7,87		
<b>Prime visite</b>	352	354	359	5	1,4%
<b>Prestazioni</b>	31.592	31.778	31.140	-638	-2,0%

Nel 2015, 291 utenti sono stati dimessi per conclusione del programma terapeutico globale (durata media 3\4 anni), mentre gli inserimenti in comunità terapeutiche riguardano 34 utenti, per un totale di 7.231 giornate di degenza.

Il Centro Diurno "Arcobaleno" in gestione diretta (semi residenzialità 8 ore) di Casola Canina ha avuto in carico, nel 2015, 57 utenti per un totale di 4.640 giornate, di cui 30 nuovi inserimenti.

I dimessi nell'arco dell'anno per fine programma sono stati 29 (Tabella 2.45).

Tabella 2.45 – Dipendenze patologiche: Centro Diurno Arcobaleno. Periodo 2013-2015

CENTRO DIURNO ARCOBALENO	2013	2014	2015	Var. ass.	Var. %
<b>Utenti</b>	39	49	57	8	16%
<b>Nuovi presi in carico</b>	29	27	30	3	11%
<b>Giornate di degenza</b>	3.887	4.432	4.640	208	5%
<b>Dimessi</b>	14	24	29	5	21%

**Programma cure odontoiatriche e protesiche.** Il programma è rivolto a persone che si trovano in particolari condizioni di "vulnerabilità sanitaria" (patologie che determinano problemi di natura odontoiatrica) o di "vulnerabilità sociale" (condizioni economiche svantaggiate).

Il Servizio sanitario regionale garantisce cure odontoiatriche e protesi gratuite alle persone con malattie che compromettono l'integrità dei denti, che presentano condizioni (ad esempio persone che devono ricevere un trapianto) in cui il danno ai denti può pregiudicare l'esito dell'intervento, o persone con disabilità che determinano problemi all'apparato dentario.

Il programma è stato avviato nel 2005 (DGR 2678/2004) e nel 2008 (DGR 374/2008) è stato ampliato il numero delle persone che hanno diritto alle cure odontoiatriche gratuite (con l'inserimento di persone con gravi disabilità psico-fisiche) ed è stato innalzato il tetto di reddito ISEE che dà diritto alla gratuità delle cure. L'AUSL di Imola, in linea con quanto sviluppato sul territorio regionale, ha dato corso a specifiche azioni per l'attuazione degli indirizzi regionali.

Tabella 2.46 – Utenti distinti per trattamento nell'AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2015

ANNO 2015	TOTALE UTENTI		UTENTI NON VULNERABILI		% NON VULNERABILI	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
<b>Conservativa/Endodonzia</b>	1.048	22.800	7	1.899	0,7%	8,3%
<b>Ortodonzia e Trattamenti 0-14</b>	335	6.697	4	477	1,2%	7,1%
<b>Protesica Fissa</b>	2	754	0	47	0,0%	6,2%
<b>Protesica Mobile</b>	184	5.745	1	346	0,5%	6,0%

**Assistenza Primaria.** La Tabella 2.47 sintetizza 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 2012-2014**

Assistenza primaria associazionismo e accessibilità	2013	%	2014	%	2015	%
<b>TOTALE MMG</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>
<b>organizzati in forma associativa</b>	<b>90</b>	<b>95%</b>	<b>89</b>	<b>95%</b>	<b>89</b>	<b>94%</b>
(di cui) in gruppo	67	71%	62	66%	65	68%
(di cui) in rete	23	24%	26	28%	24	25%
<b>Nuclei Cure Primarie</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>
(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	40%	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	40%	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	20%	1	20%	1	20%
<b>MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg)</b>	<b>36</b>	<b>38%</b>	<b>37</b>	<b>39%</b>	<b>37</b>	<b>39%</b>
<b>MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 60 ore (12h/5gg)</b>	<b>29</b>	<b>31%</b>	<b>40</b>	<b>43%</b>	<b>41</b>	<b>43%</b>
<b>MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 50 ore (10h/5gg)</b>	<b>6</b>	<b>6%</b>	<b>6</b>	<b>6%</b>	<b>5</b>	<b>5%</b>

**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.

Anche nel 2015 la spesa pro-capite si mantiene al di sotto del valore medio regionale, evidenziando un aumento percentuale della spesa totale e pro-capite, rispetto all'anno precedente, comunque inferiore all'incremento registrato a livello regionale.

**Tabella 2.48 – Spesa farmaceutica territoriale AUSL di Imola a confronto RER. Periodo 2013-2015**

Assistenza farmaceutica territoriale	Spesa farmaceutica territoriale - 2013	Spesa farmaceutica territoriale - 2014	Spesa farmaceutica territoriale - 2015	Spesa pesata procapite 2013	Spesa pesata procapite 2014	Spesa pesata procapite 2015	Var % spesa 2013 - 2014	Var % spesa pro capite 2013 - 2014
<b>AUSL Imola</b>	€ 23.384.885	€ 23.462.060	€ 25.420.062	€ 174,48	€ 175,72	€ 189,79	8,3%	8,0%
<b>RER</b>	€ 795.990.090	€ 789.560.414	€ 912.868.387	€ 178,03	€ 177,32	€ 204,81	15,6%	15,5%

In Tabella 2.49 viene riportata l'incidenza in riferimento alle tipologie di spesa (convenzionata, a distribuzione diretta, ospedaliera) di cui si compone la spesa farmaceutica complessiva, in riferimento agli anni 2015 e 2014.

Tabella 2.49 – Incidenza delle tipologie di spesa farmaceutica nelle AUSL RER. Anno 2014 e 2015

Spesa farmaceutica Anno 2015	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	€ 17.381.123	46,7%	€ 8.038.939	21,6%	€ 5.124.820	13,8%	€ 6.661.664	17,9%	€ 37.206.546
Regione	€ 525.093.689	36,7%	€ 387.774.698	27,1%	€ 227.080.863	15,9%	€ 289.338.452	20,2%	€ 1.429.287.702
Spesa farmaceutica Anno 2014	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	€ 17.543.448	51,7%	€ 5.918.612	17,4%	€ 4.474.082	13,2%	€ 6.007.376	17,7%	€ 33.943.518
Regione	€ 538.833.087	42,7%	€ 250.727.327	19,9%	€ 202.641.728	16,1%	€ 268.942.274	21,3%	€ 1.261.144.416

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 dei consumi di prestazioni viene presentata per raggruppamenti specialistici: diagnostica, 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 le prestazioni consumate per unità di popolazione. In tabella si riporta l'indice di consumo "standardizzato", per la confrontabilità col livello regionale.

Tabella 2.50 – Tasso di consumo standardizzato per macro categorie di Specialistica dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2013-2015

Tasso di consumo standardizzato per 1.000 ab. (*)	2013			2014			2015		
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER
Diagnostica	1.347	1.439	-6,4%	1.315	1.431	-8,1%	1.398	1.470	-4,9%
Laboratorio	9.453	10.015	-5,6%	10.076	10.209	-1,3%	9.565	9.860	-3,0%
Riabilitative	352	404	-12,9%	320	384	-16,7%	317	388	-18,3%
Terapeutiche	520	442	17,6%	567	439	28,9%	563	456	23,5%
Visite ambulatoriali	1.174	1.304	-9,9%	1.193	1.287	-7,3%	1.217	1.307	-6,9%
Totale (senza LAB)	3.393	3.589	-5,5%	3.394	3.541	-4,2%	3.495	3.621	-3,5%

(\*) Sono esclusi PS ed OBI

La produzione complessiva aziendale di **specialistica ambulatoriale per esterni** (fonte DWH aziendale), nel 2015 a confronto con l'anno precedente, presenta un decremento pari a -2,8%, che al netto della produzione del Pronto Soccorso si attesta a -4%. La diminuzione in termini di volumi assoluti si concentra in particolare sulla produzione del Dipartimento di Emergenza Urgenza ed Accettazione. L'attività in incremento riconducibile al Pronto Soccorso incide sulla produzione complessiva per circa il 6%.

Tabella 2.51 – Produzione Specialistica ambulatoriale per esterni. Anni 2014-2015

DIPARTIMENTI	2014	2015	Var.	Var. %
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	61.610	65.186	3.576	5,8%
DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA	7.148	8.950	1.802	25,2%
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP. PATOLOGICHE	301	326	25	8,3%
DIREZIONE MEDICA E INFERMIERISTICA	2.951	2.931	-20	-0,7%
DISTRETTO	4.201	4.234	33	0,8%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	137.960	142.958	4.998	3,6%
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	1.615.280	1.537.287	-77.993	-4,8%
DIPARTIMENTO MEDICO	192.293	203.297	11.004	5,7%
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>2.021.744</b>	<b>1.965.169</b>	<b>-56.575</b>	<b>-2,8%</b>
di cui Pronto soccorso	236.899	250.847	13.948	5,9%
<b>TOTALE GENERALE (al netto del PS)</b>	<b>1.784.845</b>	<b>1.714.322</b>	<b>-70.523</b>	<b>-4,0%</b>

(\*) Prestazioni erogate in regime SSN e paganti in proprio (no Libera professione)

In incremento risultano il Dipartimento di Sanità Pubblica (Igiene e Sanità Pubblica: +25,2%), il Dipartimento di Salute Mentale (Psichiatria adulti territoriale: +8,3%) e l'attività specialistica nell'ambito dell'SSU Cure Primarie (+8%). In area chirurgica risultano in aumento l'Anatomia Patologica (+11,7%), l'Urologia (13,4%) e l'Otorino (+8%). Mentre in ambito medico internistico aumenta l'attività presso il Day Service (+18,2%), la Geriatria Lungodegenza (+23,6%), la Nefrologia e dialisi (+7,7%) e l'Oncologia (+14,7%).

Tabella 2.51 – Mobilità passiva: specialistica ambulatoriale per esterni. Anni 2014-2015

MOBILITA' PASSIVA Specialistica Ambulatoriale per esterni	2014	2015	Var 2015-2014	Var% 2015-2014
<b>TOTALE</b>	<b>256.864</b>	<b>256.582</b>	<b>-282</b>	<b>-0,1%</b>
<b>Dettaglio</b>				
DIAGNOSTICA	50.664	56.155	5.491	10,8%
LABORATORIO	142.716	138.180	-4.536	-3,2%
RIABILITAZIONE	2.808	3.182	374	13,3%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	26.730	25.165	-1.565	-5,9%
VISITE	33.612	33.303	-309	-0,9%

Come mostra la Tabella 2.51, la Mobilità Passiva ASA infra-RER registra una sostanziale invarianza -0,1% in termini di prestazioni. Si osserva in particolare il decremento sulla disciplina di Laboratorio (-3,2%), mentre incrementano le prestazioni nell'ambito della diagnostica.

### 2.3.4 Assistenza ospedaliera

**Struttura dell'offerta.** L'AUSL di Imola è dotata di un Presidio Ospedaliero a gestione diretta (Presidio ospedaliero Imola - Castel San Pietro Terme) e di un Istituto qualificato, presidio dell'AUSL, l'Ospedale Montecatone *Rehabilitation Institute*, oltre ad un Distretto che vede una capillare distribuzione dei servizi sull'intero territorio secondo un principio di prossimità.

I Servizi ospedalieri e territoriali sono integrati tra loro per offrire una reale presa in carico del paziente secondo il modello assistenziale per intensità di cura. In tale ottica si collocano le due Case della Salute di Castel San Pietro Terme (con annesso Ospedale di Comunità) e Medicina.

Di particolare rilievo va segnalata la riorganizzazione della dotazione dei Posti Letto ospedalieri per acuti a seguito della trasformazione di posti ordinari di lungodegenza in posti letto territoriali-SRCI (PL 28) in capo all'Ospedale di Comunità istituiti all'interno della Casa della Salute di Castel San Pietro Terme e l'attivazione della struttura semplice interaziendale di chirurgia generale di Imola nell'ambito della struttura complessa di chirurgia generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna, cui sono confluiti i relativi posti letto.

In riferimento a questo ultimo aspetto l'accordo con l'Azienda ospedaliera ha dato corpo ad un'unica unità operativa interaziendale che da un punto di vista strutturale afferisce all'azienda ospedaliera di Bologna, mentre da un punto di vista funzionale opera su due presidi ospedalieri.

I posti letto del Presidio Ospedaliero di Imola, al 31.12.2015, direttamente gestiti sono pari a **341**, così distribuiti:

Posti Letto	31/12/2014	31/12/2015
<b>PL ordinari</b>	317	304
<b>PL Day Hospital</b>	21	21
<b>PL Day Surgery</b>	15	16
<b>Totale</b>	<b>353</b>	<b>341</b>

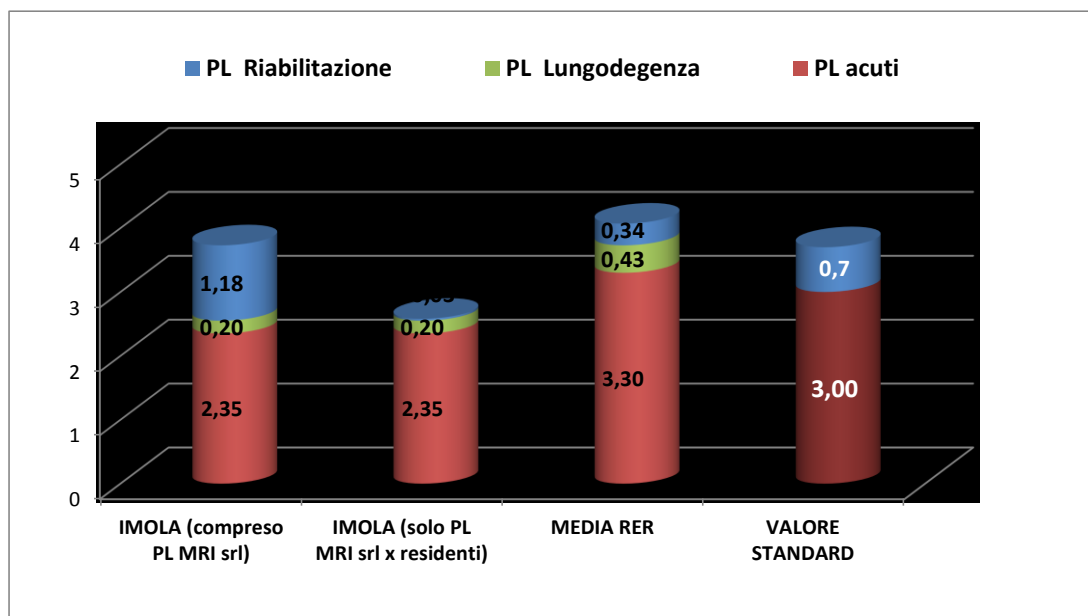
Insiste sul territorio anche la struttura ospedaliera di riabilitazione **Montecatone Rehabilitation Institute**, che presenta una dotazione di **158 posti letto accreditati** (150 posti letto ordinari e 8 posti letto di Day Hospital).

La Legge 135/2013 detta "*Spending review*" aggiorna l'indicatore PL standard a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per la riabilitazione. A livello regionale l'indicatore risulta pari a 4,08 con una distanza dallo standard di 0,38.

Per l'AUSL di Imola la dotazione di PL per 1.000 abitanti è pari a 3,74, compresi i PL di Montecatone che si inserisce in una funzione di riabilitazione sovraziendale. La distanza dallo standard è di 0,04. L'indicatore aziendale che, in riferimento ai PL di riabilitazione, tiene conto solo del fabbisogno per i residenti, risulta pari a 2,58 per 1.000 abitanti, pertanto, sotto lo standard nazionale.

Figura 2.51 - Posti Letto per tipologia, a confronto con le AUSL senza AO. Periodo 2013-2015

POSTI LETTO	2013				2014				2015			
	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)	2,64	0,37	1,18	4,19	2,45	0,20	1,19	3,85	2,35	0,20	1,18	3,74
IMOLA (solo PL MRI srl x residenti)	2,64	0,37	0,08	3,09	2,45	0,20	0,03	2,68	2,35	0,20	0,03	2,58
<b>MEDIA RER</b>	<b>3,44</b>	<b>0,46</b>	<b>0,35</b>	<b>4,25</b>	<b>3,42</b>	<b>0,44</b>	<b>0,35</b>	<b>4,21</b>	<b>3,30</b>	<b>0,43</b>	<b>0,34</b>	<b>4,08</b>



Fonte - 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 2.52 - Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle AUSL e confronto RER. Periodo 2013-2015

INDICE DIPENDENZA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DALLA POPOLAZIONE	2013			2014			2015		
	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	73,7	16,1	10,3	73,6	17,0	9,4	73,3	16,8	9,8
<b>MEDIA RER</b>	<b>75,5</b>	<b>10,0</b>	<b>14,5</b>	<b>78,8</b>	<b>6,5</b>	<b>14,8</b>	<b>78,3</b>	<b>6,4</b>	<b>15,3</b>

FONTE SDO: Esclusi i neonati sani

**Tasso standardizzato di ospedalizzazione.** Il tasso d'ospedalizzazione è un indicatore che mette in correlazione il numero delle dimissioni osservate in un determinato territorio con le dimensioni della popolazione residente e si può riferire ad una specifica classe d'età e/o ad una specifica patologia. Il tasso d'ospedalizzazione standardizzato (TOS) viene calcolato in modo da uniformare le popolazioni in esame dal punto di vista della composizione per classi d'età.

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

**Tabella 2.53 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tipo presidio e DRG. Anno 2015**

Tasso standardizzato di ospedalizzazione	Pubblico			Privato			Mobilità passiva extraregionale			Totale		
	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale
IMOLA	55,1	74,1	129,2	9,9	1,8	11,7	2,9	2,4	5,3	67,9	78,3	146,2
Media RER	49,7	69,6	119,3	11,0	8,2	19,2	5,4	4,4	9,8	66,1	82,2	148,3

FONTE SDO: consolidato con mobilità passiva 2013. Esclusi i neonati sani

**Attività di degenza ospedaliera.** L'attività di degenza nel 2015 (dati SDO) presenta un decremento di casi trattati pari a -2,2% (-297 casi), rispetto all'anno precedente.

**Tabella 2.54 - Indicatori di attività di degenza ordinaria. Anni 2014-2015**

DEGENZA OSPEDALIERA	2014	2015	Scost. 2013-2014	
			v.a.	%
<b>Posti Letto</b>	<b>353</b>	<b>341</b>	<b>-12</b>	<b>-3,4%</b>
<b>N° casi</b> (escluso Nido e Montecatone)	<b>13.629</b>	<b>13.332</b>	<b>-297</b>	<b>-2,2%</b>
<i>di cui DRG Medici</i>	8.395	8.175	-220	-2,6%
<i>di cui DRG Chirurgici</i>	5.234	5.157	-77	-1,5%
<b>DRG Peso medio</b>	<b>1,047</b>	<b>1,057</b>	<b>0,010</b>	<b>0,96%</b>
<b>Degenza media</b>	<b>7,94</b>	<b>7,74</b>	<b>-0,20</b>	<b>-2,52%</b>
<i>% DRG Medici</i>	<b>61,6%</b>	<b>61,3%</b>		
<i>% DRG Chirurgici</i>	<b>38,4%</b>	<b>38,7%</b>		

**Mobilità passiva infra-RER.** La mobilità passiva infra-RER SDO complessiva, riferita al 2015, registra un lieve decremento pari a -1% (-87 casi) che si sostanzia, in ambito pubblico in un decremento del -1% (-38 casi) e sul versante privato in un calo del -4% (-49 casi).

La diminuzione si riscontra in particolare verso l'AUSL di Bologna (-5%; -95 casi) e verso l'AUSL della Romagna (-29%; -176), mentre incrementano i casi di mobilità passiva verso l'AOSP di Bologna (+7%; +144 casi) con particolare riferimento a discipline di alta specialità (ematologia e chirurgia pediatrica) e verso gli Istituti Scientifici IOR e IRST (36%; +43 casi).

In Tabella 2.55 si rappresentano i principali andamenti per disciplina.



**Tabella 2.55 - Mobilità passiva in ambito pubblico e privato e principali andamenti per disciplina. Anni 2014 e 2015**

<b>MOBILITA' PASSIVA Degenza ordinaria</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Var 2015-2014</b>	<b>Var% 2015-2014</b>
<b>Totale:</b>	<b>6.618</b>	<b>6.531</b>	<b>-87</b>	<b>-1%</b>
<b>di cui verso PUBBLICO</b>	<b>1.389</b>	<b>1.340</b>	<b>-49</b>	<b>-4%</b>
<b>di cui verso PRIVATO</b>	<b>5.229</b>	<b>5.191</b>	<b>-38</b>	<b>-1%</b>
<b>MOBILITA' PASSIVA Principali andamenti per disciplina</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Var 2015-2014</b>	<b>Var% 2015-2014</b>
<b>Ematologia</b>	<b>111</b>	<b>153</b>	<b>42</b>	<b>38%</b>
<b>Chirurgia pediatrica</b>	<b>139</b>	<b>156</b>	<b>17</b>	<b>12%</b>
<b>Neonatologia</b>	<b>53</b>	<b>64</b>	<b>11</b>	<b>21%</b>
<b>Ginecologia / Ostetricia</b>	<b>607</b>	<b>653</b>	<b>46</b>	<b>8%</b>
<b>Ortopedia</b>	<b>1.209</b>	<b>1.156</b>	<b>-53</b>	<b>-4%</b>
<b>Chirurgia Generale</b>	<b>605</b>	<b>593</b>	<b>-12</b>	<b>-2%</b>
<b>Day Surgery</b>	<b>140</b>	<b>101</b>	<b>-39</b>	<b>-28%</b>
<b>ORL</b>	<b>299</b>	<b>225</b>	<b>-74</b>	<b>-25%</b>
<b>Urologia</b>	<b>249</b>	<b>222</b>	<b>-27</b>	<b>-11%</b>

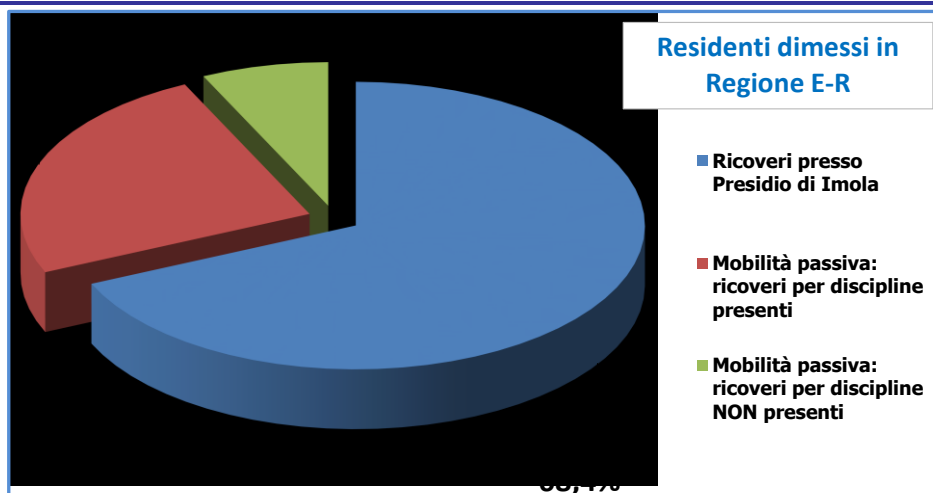
In Tabella 2.56 si evidenzia l'andamento della mobilità passiva per le discipline non presenti nel presidio imolese.

**Tabella 2.56 - Mobilità passiva per discipline NON presenti nel presidio. Anni 2014 e 2015**

<b>Discipline NON presenti nel Presidio</b>	<b>numero dimessi</b>	
	<b>2014</b>	<b>2015</b>
cardiologia	147	118
neurochirurgia	200	178
ematologia	111	153
chirurgia vascolare	186	146
chirurgia toracica	74	98
chirurgia pediatrica	139	156
neonatologia	53	64
pneumologia	72	85
radioterapia oncologica	39	34
chirurgia maxillofacciale	106	99
oncoematologia pediatrica	46	36
riabilitazione	131	146
<b>TOTALE</b>	<b>1.304</b>	<b>1.313</b>

Il Grafico 2.57 propone la distribuzione della produzione di assistenza ospedaliera a favore dei cittadini residenti, ripartita tra ricoveri presso il Presidio ospedaliero imolese e ricoveri effettuati in altre strutture regionali, distinti per discipline presenti e non presenti.

Grafico 2.57 - Distribuzione ricoveri in ambito regionale residenti imolesi. Anno 2015



**Mobilità attiva infra-RER.** La mobilità attiva complessiva nel 2015 registra un decremento pari a -2% (-67 casi). La Tabella 2.58 mostra i singoli andamenti sotto il profilo delle discipline.

Grafico 2.58 - Mobilità attiva infra-RER con dettaglio discipline. Anno 2015

MOBILITA' ATTIVA Degenza ordinaria	2014	2015	Var 2015-2014	Var% 2015-2014
<b>Totale</b>	<b>3.409</b>	<b>3.342</b>	<b>-67</b>	<b>-2%</b>
<b>Dettaglio discipline</b>				
ASTANTERIA	96	96	0	0%
CARDIOLOGIA	83	72	-11	-13%
CHIRURGIA GENERALE	264	284	20	8%
DAY HOSPITAL	2	6	4	200%
GASTROENTEROLOGIA	16	21	5	31%
GERIATRIA	57	37	-20	-35%
LUNGODEGENTI	63	35	-28	-44%
MEDICINA GENERALE	289	261	-28	-10%
NEFROLOGIA	13	12	-1	-8%
NIDO	141	176	35	25%
OCULISTICA	359	300	-59	-16%
ONCOLOGIA	236	224	-12	-5%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	369	333	-36	-10%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	395	422	27	7%
OTORINOLARINGOIATRIA	435	409	-26	-6%
PEDIATRIA	201	215	14	7%
PSICHIATRIA	43	25	-18	-42%
TERAPIA INTENSIVA	84	114	30	36%
UNITA' CORONARICA	11	4	-7	-64%
UROLOGIA	252	296	44	17%

**Tempi di attesa interventi programmati.** In Tabella 2.59 vengono rappresentati gli indici sui tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale a confronto con l'anno precedente. In riferimento agli standard regionali, in particolare per l'area oncologica, si rileva un miglioramento degli indici di performance.

**Tabella 2.59 - Tempi di attesa per intervento programmato dell'AUSL di Imola. Anni 2014 e 2015**

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)	2014	= 100% 1-30 gg		3	8,6	99,6	99,8	99,8	100		
	2015			2	1,4	99,6	100				
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	2014	= 100% 1-30 gg		25	0	75	87,5	100			
	2015			19	0	94,7	94,7	100			
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	2014	= 100% 1-30 gg		21,5	0	80,8	92,3	100			
	2015			16	0	100					
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	2014	= 100% 1-30 gg		60	0	7,5	50	83,8	95	97,5	2,5
	2015			48	0	11,9	82,1	97	98,5	100	
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (r. ordinario)	2014	= 100% 1-30 gg		26	0	60	97,1	100			
	2015			26	0	57,1	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)	2014	non definito		23,5	4,2	60,3	83,8	94,1	97,1	98,5	1,5
	2015			21	0	70,3	82,8	92,2	98,4	98,4	1,6
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	2014	≥ 50% 1-90 gg	≥ 90% 1-180 gg	112	0,6	13,4	26,8	37,6	58,6	84,7	15,3
	2015			97,0	0,0	11,3	24,5	45	72,8	90,7	9,3
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	2014	non definito		229	0	0	0	0	13,3	26,7	73,3
	2015			89,5	4,8	10	40	55	60	85	15
EMORROIDECTOMIA (DH)	2014	non definito		135	0	10,9	28,3	37	41,3	80,4	19,6
	2015			85	1,1	2,2	27,5	54,9	73,6	94,5	5,5
TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	2014	non definito		61	0	13,5	49,1	76,0	90,1	98,2	1,8
	2015			63	0	8,1	42,9	75,8	87,6	96,3	3,7

FONTE SDO: 2015 consolidato senza mobilità passiva

**Pronto Soccorso e OBI.** Il Pronto Soccorso registra un decremento complessivo degli accessi del -1,5%, pari a -847 accessi, riferibile a tutti i settori specialistici con l'eccezione del Pronto Soccorso Generale che mostra un sostanziale mantenimento dell'attività rispetto all'anno precedente. Si riporta, inoltre, da fonte banca dati PS regionale, il tasso di accessi per 1.000 abitanti (residenti al 1/1/2015) per gravità del paziente a confronto con il tasso regionale.

**Tabella 2.60 - Accessi al PS per box e tasso di accessi per 1.000 ab. per gravità del paziente a confronto RER.**

Box Pronto Soccorso	2014	2015	Scost. v.a. 2014-2015	Scost. % 2014-2015
PS GENERALE	36.036	36.205	169	0,5%
PS ORTOPEDICO	6.615	6.122	-493	-7,5%
PS OCULISTICO	3.171	2.973	-198	-6,2%
PS PEDIATRICO	5.770	5.559	-211	-3,7%
PS GINECOLOGICO	4.033	3.919	-114	-2,8%
<b>Totale</b>	<b>55.625</b>	<b>54.778</b>	<b>-847</b>	<b>-1,5%</b>

FONTE DWH aziendale

## Sezione 2. Profilo aziendale

Tasso di accessi x 1000 abitanti Anno 2015	Paziente non urgente	Paziente urgente differibile	Paziente acuto	Paziente critico	Non rilevabile	Totale
Ausl Imola	61,0	248,8	69,9	5,2	14,5	399,4
<b>Regione</b>	<b>66,2</b>	<b>233,0</b>	<b>68,9</b>	<b>5,9</b>	<b>7,1</b>	<b>381,1</b>

In Tabella 2.60 si riporta l'indice di filtro nel triennio, cioè il rapporto percentuale tra gli accessi in PS e i ricoveri. Rispetto al 2013 si registra un sostanziale mantenimento dell'indice di filtro.

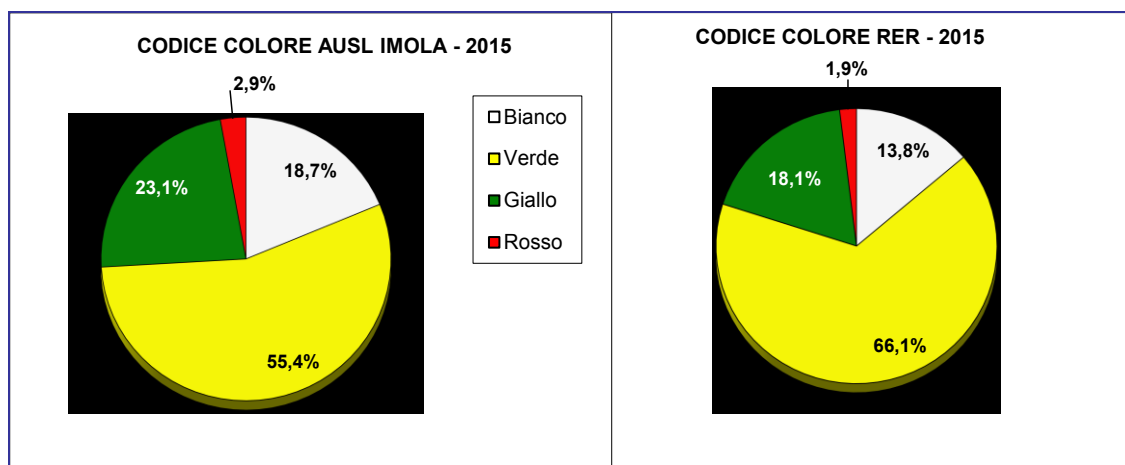
**Tabella 2.60 - Filtro al ricovero del PS negli ambiti aziendali RER. Anni 2013-2015**

INDICE DI FILTRO	2013	2014	2015
	% ricoveri / accessi	% ricoveri / accessi	% ricoveri / accessi
Ausl Imola	17,1%	16,4%	16,2%
<b>Regione</b>	<b>15,2%</b>	<b>14,7%</b>	<b>14,8%</b>

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

**Tabella 2.61 - Distribuzione accessi al PS per codice colore a confronto RER. Anno 2015**

AUSL IMOLA	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Totale
Val. assoluti	10.111	29.909	12.463	1.540	<b>54.023</b>
%	18,7%	55,4%	23,1%	2,9%	100%
REGIONE	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Totale
Val. assoluti	256.351	1.228.240	336.606	35.940	<b>1.857.137</b>
%	13,8%	66,1%	18,1%	1,9%	100%



Le Osservazioni Brevi Intensive registrano un incremento complessivo del 3,5% (+132 casi). La percentuale di accessi all'OBI sul totale degli accessi in Pronto Soccorso si attesta al 7% circa contro il 4,7% a livello regionale.

**Tabella 2.62 - Accessi in OBI sul totale accessi in PS a confronto RER. Periodo 2013 - 2015**

Accessi in OBI	2013		2014		2015	
	accessi OBI	%su accessi totali	accessi OBI	%su accessi totali	accessi OBI	%su accessi totali
IMOLA	3.713	6,8%	3.692	6,7%	3.824	7,1%
RER	84.028	4,6%	86.532	4,6%	87.048	4,7%

**Donazione sangue e attività trasfusionale.** Nel 2015 sono state raccolte 12.225 unità di sangue intero e di plasma da aferesi che, rapportate alla popolazione residente del territorio che afferisce alla struttura di raccolta sangue e plasma di Imola, corrispondono a circa 106 unità ad uso trasfusionale ogni 1.000 abitanti. Questi dati confermano la struttura di raccolta di Imola ai vertici nazionali per efficienza nella raccolta di sangue, anche se il trend delle donazioni di sangue intero è da qualche anno in modesta costante riduzione.

**Tabelle 2.63 – Programma Sangue nelle Province RER e nell'AUSL di Imola. Periodo 2013-2015**

Programma speciale sangue	2013			2014			2015		
	raccolta	consumi	saldo	raccolta	consumi	saldo	raccolta	consumi	saldo
Piacenza	13.924	12.528	1.396	13.606	11.731	1.875	13.905	11.835	2.070
Parma	28.212	26.704	1.508	26.097	25.073	1.024	25.128	22.886	2.242
Reggio Emilia	20.196	19.756	440	19.543	17.877	1.666	19.494	17.167	2.327
Modena	35.368	34.035	1.333	34.826	32.588	2.238	33.916	31.821	2.095
Bologna (*)	57.036	64.545	-7.509	51.964	61.609	-9.645	49.477	59.382	-9.905
<b>di cui Imola</b>	<b>13.241</b>	<b>5.687</b>	<b>7.554</b>	<b>12.582</b>	<b>4.902</b>	<b>7.680</b>	<b>12.225</b>	<b>4.515</b>	<b>7.710</b>
Ferrara	21.794	23.088	-1.294	21.064	22.445	-1.381	20.903	22.425	-1.522
Area vasta Romagna (**)	57.929	53.873	4.056	54.739	50.724	4.015	55.341	50.470	4.871
<b>TOTALE</b>	<b>234.459</b>	<b>234.529</b>	<b>-70</b>	<b>221.839</b>	<b>222.047</b>	<b>-208</b>	<b>218.164</b>	<b>215.986</b>	<b>2.178</b>

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

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

Fonte: CRS (Centro Regionale Sangue)

Il Centro Raccolta Sangue dell'AUSL di Imola garantisce da anni circa il 25% del sangue della Provincia di Bologna e raccoglie quasi il triplo rispetto al proprio fabbisogno, contribuendo in misura significativa all'autosufficienza di emocomponenti sia della nostra Provincia che 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 il territorio di competenza.

In particolare, il settore Raccolta Sangue e Plasma, nel 2015, può contare su un bacino di circa 6.500 donatori di sangue e plasma su una popolazione di riferimento di circa 115.000 abitanti, pari a 54 donatori per 1.000 abitanti, decisamente superiore alla media nazionale di circa 30 per mille e di 36 per 1.000 abitanti della nostra regione.

**Tabelle 2.64 – Programma Sangue: indicatori di efficienza. Anno 2015**

<b>Media per 1.000 abitanti</b>	<b>IMOLA</b>	<b>RER</b>	<b>ITALIA</b>	<b>STANDARD OMS</b>
<b>DONATORI</b>	54	36	30	40
<b>DONAZIONI</b>	106	62	40	40
<b>TRASFUSIONI</b>	35	60	39	40
<b>Efficienza</b>	<b>IMOLA</b>	<b>RER</b>	<b>ITALIA</b>	<b>OMS</b>
<b>UNITA' RACCOLTE/ UNITA' DI ORGANICO DEDICATO</b>	1.000	800	600	500

In relazione agli impegni assunti dalle Aziende del Sistema Sanitario Regionale rispetto al Piano Sangue e Plasma Regionale 2013-2015, l'AUSL di Imola attraverso la sua Struttura Semplice di Medicina Trasfusionale che opera in stretta sinergia con il SIMT dell'Ospedale Maggiore di Bologna dell'AUSL di Bologna, da cui dipende funzionalmente, ha svolto le seguenti azioni:

- Costante analisi dei processi trasfusionali a garanzia della tracciabilità delle unità trasfusionali e per l'identificazione univoca dei pazienti trasfusi.
- E' attiva una rete interna al servizio, dipartimentale ed aziendale, per la segnalazione delle reazioni avverse, degli incidenti e dei *near miss* con particolare attenzione agli eventi legati all'attività trasfusionale.
- Nell'AUSL di Imola è attivo e funzionante il Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue continuamente collegato all'attività provinciale (CRS), inoltre, in attesa della prevista costituzione di Comitati di Area Vasta, il Responsabile della Struttura di Imola è componente del Gruppo Sangue dell'Ospedale Maggiore di Bologna.
- La Struttura trasfusionale aziendale contribuisce in modo attivo al perseguimento ed al mantenimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati sia attraverso una cospicua attività di raccolta, già da molti anni riconosciuta come una delle più efficienti in Italia, sia attraverso una costante attenzione all'utilizzo appropriato della risorsa sangue.

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

**Tabelle 2.65 – Qualità dell'assistenza: indicatori di processo e risultato dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2013 - 2015**

1 - Intervento chirurgico per frattura collo del femore	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero	166	4.187	194	4.620	178	4.622
Totale ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	219	6.598	221	6.750	195	6.567
<b>% interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero</b>	<b>75,8%</b>	<b>63,5%</b>	<b>87,8%</b>	<b>68,4%</b>	<b>91,3%</b>	<b>70,4%</b>
2 - Parti con taglio cesareo primario	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro parti con taglio cesareo primario di donne residenti in Regione	188	6.819	172	6.136	165	5.500
Totale parti di donne residenti	908	33.407	843	32.311	855	29.493
<b>% parti con taglio cesareo primario</b>	<b>20,7%</b>	<b>20,4%</b>	<b>20,4%</b>	<b>19,0%</b>	<b>19,3%</b>	<b>18,6%</b>
3 - Intervento di colecistectomia laparoscopica	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	30	5.093	17	5.226	19	5.282
Totale ricoveri con intervento di colecistectomia	33	5.533	17	5.588	25	5.635
<b>% ricoveri con intervento di colecistectomia</b>	<b>90,9%</b>	<b>92,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>93,5%</b>	<b>76,0%</b>	<b>93,7%</b>
5 - Ricoveri per scompenso cardiaco congestizio	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per scompenso cardiaco congestizio in pazienti residenti di età > 18 anni	350	14.339	372	14.509	323	14.311
Popolazione residente di età > 18 anni residente (2012 - 2013: pop. aggiornata al 2012)	111.359	3.758.863	111.209	3.741.931	111.212	3.739.849
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio (*10.000 residenti)</b>	<b>31,4</b>	<b>38,1</b>	<b>33,5</b>	<b>38,8</b>	<b>29,0</b>	<b>38,3</b>
6.1 - Diabete con complicazioni a breve termine	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per complicanze a breve termine per diabete in pazienti residenti di età > 18 anni	35	1.227	19	1.173	22	1.176
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	111.378	3.759.836	111.244	3.743.064	111.242	3.741.002
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici (*10.000 residenti)</b>	<b>3,14</b>	<b>3,26</b>	<b>1,71</b>	<b>3,13</b>	<b>1,98</b>	<b>3,14</b>
6.2 - Diabete con complicazioni a lungo termine	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per complicanze a lungo termine per diabete in pazienti residenti di età > 18 anni	146	8.400	180	7.845	125	7.434
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	111.378	3.759.863	111.244	3.743.064	111.242	3.741.002
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici (* 10.000 residenti)</b>	<b>13,11</b>	<b>22,34</b>	<b>16,18</b>	<b>20,96</b>	<b>11,24</b>	<b>19,87</b>
7 - Ricoveri per amputazione arti inferiori in pazienti diabetici	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici residenti di età > 18 anni	17	299	14	332	13	357
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	111.359	3.758.863	111.209	3.741.931	111.212	3.739.849
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici (*10.000 residenti)</b>	<b>1,53</b>	<b>0,80</b>	<b>1,26</b>	<b>0,89</b>	<b>1,17</b>	<b>0,95</b>

8 - Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per polmonite e influenza in pazienti residenti di età > 65 anni	8	713	9	637	8	1035
Popolazione residente di età > 65 anni (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	30.378	1.017.080	31.292	1.042.532	31.560	1.049.527
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite e influenza in pazienti anziani (*10.000 residenti)</b>	<b>2,63</b>	<b>7,01</b>	<b>2,88</b>	<b>6,11</b>	<b>2,53</b>	<b>9,86</b>
9 - Ospedalizzazione per cause "evitabili"	2013		2014		2015	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri "evitabili" di pazienti residenti (in diagnosi principale: diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, malattie polmonari croniche)	393	16.147	376	15.561	318	15.420
Popolazione residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	133.408	4.471.104	133.302	4.457.115	133.347	4.454.393
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause "evitabili" (*10.000 residenti)</b>	<b>29,5</b>	<b>36,1</b>	<b>28,2</b>	<b>34,9</b>	<b>23,8</b>	<b>34,6</b>
10 - Ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione	2013		2014		2015	
	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	5.430	217	5.447	201	5.722
Totale ricoveri pazienti residenti in Regione	10.965	405.031	10.266	398.871	9.799	395.852
<b>%ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione</b>	<b>2,0%</b>	<b>1,3%</b>	<b>2,1%</b>	<b>1,4%</b>	<b>2,1%</b>	<b>1,4%</b>
12 - Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per stroke per azienda sanitaria di ricovero	2012		2013		2014	
	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	52	1.710	53	1.626	53	1.756
Totale ricoveri in urgenza per stroke di pazienti residenti di età > =18 anni	263	9.305	276	9.242	273	9.242
<b>%decessi entro 30 giorni dopo ricovero in urgenza per stroke</b>	<b>19,8%</b>	<b>18,4%</b>	<b>19,2%</b>	<b>17,6%</b>	<b>19,4%</b>	<b>19,0%</b>

### 2.3 Assetto organizzativo

Nel 2015 è stato portato a compimento il processo di ridefinizione dell'assetto organizzativo aziendale avviato nel 2014. Il nuovo disegno ristruttura l'organizzazione dipartimentale in modo da renderla più rispondente ai bisogni della popolazione e più funzionale ai mutamenti del contesto sociale ed istituzionale. Quanto sopra in coerenza con gli obiettivi della programmazione nazionale e regionale, per quanto concerne le azioni di riordino ospedaliero, in termini di parametrizzazione dell'offerta di posti letto, di sviluppo delle reti cliniche e di ridefinizione del ruolo specifico degli stabilimenti ospedalieri, delle relative linee produttive e degli specifici bacini d'utenza. Il nuovo assetto risulta compatibile con l'esercizio congiunto o federato fra le aziende, di funzioni sanitarie, tecniche e amministrative, per migliorare qualità ed efficienza dei servizi, evitando frammentazioni e ridondanze nella struttura dell'offerta.

In area ospedaliera, inoltre, sono tre dipartimenti in luogo dei precedenti cinque: il disegno dei nuovi dipartimenti è modellato sui tre più importanti processi di cura dell'ospedale: le cure in emergenza-urgenza, le cure mediche e le cure chirurgiche.

Particolare rilevanza assume l'attivazione di specifici Programmi interaziendali o a valenza interdipartimentale, quali soluzioni organizzative che garantiscono l'unitarietà della



programmazione su percorsi e aree di intervento che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse.

Il nuovo impianto, pertanto, integra l'organizzazione dipartimentale di tipo verticale con una contestuale organizzazione orizzontale su ambiti specifici.

Il 2015 è stato orientato allo sviluppo delle sinergie derivanti dal nuovo assetto dipartimentale e allo sviluppo di interventi sotto il profilo dell'integrazione funzionale e dell'interazione nell'ambito dell'Area Metropolitana e dell'Area Vasta di appartenenza.

**Nuovo assetto dipartimentale.** Con deliberazione n. 192 del 23.12.2014 è stato formalizzato il nuovo assetto dipartimentale dell'azienda che, a decorrere dall'1.1.2015, vede l'individuazione dei seguenti Dipartimenti:

- **Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA)**
- **Dipartimento Medico-Oncologico (DiMO)**
- **Dipartimento Chirurgico (DiC)**
- **Dipartimento Cure Primarie (DCP)**
- **Dipartimento Sanità Pubblica (DSP)**
- **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)**
- **Dipartimento Amministrativo e Tecnico (DAT).**

L'organizzazione strutturale dei Dipartimenti interagisce con le **aree funzionali**:

- **Case della Salute** in rapporto ai tre Dipartimenti territoriali (DCP, DSP, DSM-DP).
- **Cure Intermedie** in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC) e alla Dipartimento Cure Primarie.
- **Area ambulatoriale, Area Bassa intensità, post – acuzie, riabilitazione, Area Critica** in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC).
- **Blocco Endoscopico** in rapporto al Dipartimento Medico-Oncologico e Dipartimento Chirurgico.
- **Blocco Operatorio** in rapporto al Dipartimento Emergenza-Accettazione e Dipartimento Chirurgico.

Il nuovo assetto prevede, altresì, l'istituzione di 2 **Programmi interaziendali**:

- **Programma Reti Cliniche Maternità Infanzia**
- **Programma Reti Cliniche Ortopediche e Traumatologiche.**

Si aggiungono i **programmi dipartimentali/interdipartimentali** già attivi:

- **Programma Pediatria di Comunità**
- **Programma Anziani**
- **Programma Blocco Operatorio**
- **Programma Sicurezza Alimentare**
- **Programma Edilizia e Igiene Abitato**
- **Programma Psicologia Clinica e di Comunità**
- **Programma Alcoologia e raccordo tra Territorio e RTI.**

Il nuovo assetto aziendale si completa con la riorganizzazione delle **Direzioni Tecniche**, in forma complementare all'assetto dipartimentale:

- **Direzione Infermieristica e Tecnica**
- **Direzione Farmacia**
- **Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.**

In capo alle Direzioni Tecniche, unitamente al contributo per il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali, compete il coordinamento di percorsi e progetti specifici, l'apporto trasversale ai Dipartimenti, il governo di porzioni di Budget trasversali nel rispetto della programmazione aziendale.

Sono posizionate **in staff alla Direzione Strategica** le attività e funzioni relative alle aree di: Informazione e Comunicazione; Programmazione e Controllo direzionali; Formazione; Governo clinico e SPPA.

**Sezione 2 - Sintesi principali indicatori anno 2015**

INDICATORE/INFO	AUSL IMOLA	REGIONE E-R
<b>SOSTENIBILITA' ECONOMICA</b>		
Finanziamento pro-capite	€ 1.620,30	€ 1.615,74
Costo pro capite ponderato (2014)	€ 1.843,70	€ 1.823,12
Risultato d'esercizio	€ 0	-
Costo pro capite assistenza farmaceutica territoriale	€ 189,79	€ 204,81
<b>ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO</b>		
Avanzamento prog. Screening Tumore collo dell'utero	90,3%	100%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (45 – 49)	100%	93,2%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (50 – 69)	134,3%	103,7%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (70 – 74)	148,4%	100,4%
Avanzamento prog. Screening Tumore colon retto	96,9%	100,8%
% Copertura vaccinale HPV corte nascita 2002 (1 dose; ciclo completo)	84%; 82,8%	79,1%; 75,8%
% Copertura vaccinale HPV corte nascita 2003 (1 dose; ciclo completo)	84,5%; 81,1%	75,9%; 66,7%
Tasso copertura over 65 campagna antinfluenzale 2014/2015	51,6	50,0
Ambienti di lavoro: % unità controllate	9,7%	10,1%
Aziende alimentari: % unità controllate	19,8%	29,9%
Aziende di ristorazione: % unità controllate	26,5%	24,8%
Allevamenti: % sopralluoghi per allevamento	2,1%	2,7%
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>		
Anziani (> 74) PL per 1.000 ab. (residenziali; semiresidenziali)	29,8; 3,0	29,6; 5,7
Disabili PL per 1.000 ab. (residenziali; semiresidenziali)	0,26; 0,7	0,55; 1,09
% utenti in carico ai Consultori familiari su pop. target - Psicologia	0,6%	0,2%
% utenti in carico ai Consultori familiari su pop. target - Ginecologia	3,9%	3,8%
Salute Mentale Adulti: tasso di ospedalizzazione per 1.000 ab.	271,2	262,2
% TSO su ricoveri SPDC	6,4%	9,2%
Tasso consumo standardizzato Visite ambulatoriali	1.217	1.307
Tasso consumo standardizzato Diagnostica	1.398	1.470
ADI: % Prese in carico ad alta intensità assistenziale	18,2%	9,9%
% MMG organizzati in forma associata	100%	-
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>		
PL per 1.000 ab.	3,74	4,08
Tasso standardizzato ospedalizzazione per 1.000 ab.	146,2	148,3
Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione	73,3	78,3
Tasso accessi PS per 1.000 ab.	399,4	381,1
Indice filtro ricovero PS	16,2%	14,8%
Accessi OBI su accessi PS	7,1%	4,7%
Parti con taglio cesareo primario	19,3%	18,6%
Intervento chirurgico entro 2 gg frattura collo femore	91,3%	70,4%
Ospedalizzazione per cause evitabili	23,8%	34,8%
Tasso osp. polmonite ed influenza anziani * 10.000 ab.	2,53%	9,86%



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

### ***3.1 Partecipazione Enti Locali alla programmazione sanitaria***

#### **3.1.1 La *governance* nei servizi ad integrazione socio-sanitaria**

Nell'AUSL di Imola, coerentemente con gli indirizzi regionali e della Conferenza del Circondario Imolese, l'integrazione socio-sanitaria costituisce un ambito di intervento di particolare rilevanza strategica su cui si incentrano le politiche del Distretto in stretta collaborazione con gli Enti Locali, per garantire e migliorare la capacità di risposta alla domanda sociosanitaria del territorio.

In particolare, oltre allo sviluppo dei servizi agli anziani, tradizionalmente di grande attenzione da parte dell'azienda, anche altre aree come la disabilità (fisica e psichica), la maternità e l'infanzia sono state oggetto di confronto interno e riprogettazione, aprendo alla comunità locale con un ascolto ai bisogni espressi da pazienti, famiglie e associazioni di volontariato.

Nella gestione dei servizi ad alta intensità di integrazione socio-sanitaria, il territorio imolese ha consolidato da diversi anni modalità operative che permettono di far fronte alla domanda in maniera capillare. L'attivazione e la valorizzazione della collaborazione tra istituzioni e le varie espressioni delle comunità locali 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 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.

### ***3.2 Universalità ed equità di accesso***

#### **3.2.1 Il Fondo Regionale per la non Autosufficienza (FRNA)**

Con Deliberazione della Conferenza dei Sindaci del Nuovo Circondario Imolese n. 46 del 21/07/2015 si è provveduto alla Programmazione delle risorse per la non Autosufficienza per l'anno 2015. Con tale provvedimento, nell'ambito del finanziamento assegnato (€ 12.584.552 di FRNA ed € 931.144 di FNA) e nel rispetto delle indicazioni impartite dalla Regione si sono definite le risorse attribuite ai vari interventi/servizi a favore della non autosufficienza.

La programmazione complessiva del 2015 che tiene conto dei residui dell'anno precedente, riguarda un importo complessivo di € 13.829.519,27.

Nel corso dell'anno la AUSL di Imola ha provveduto a periodici monitoraggi circa l'andamento della spesa e degli interventi in essere, nonché all'inserimento dei dati nel sistema di monitoraggio FRNA con cadenza semestrale. E' stata fatta costantemente nell'anno una verifica della sostenibilità delle scelte della programmazione locale.

Si precisa che le indicazioni regionali relative all'utilizzo delle risorse dell'FRNA rispetto ai servizi socio sanitari accreditati sono state rispettate e le prestazioni sanitarie a favore dei servizi accreditati sono state correttamente imputate al fondo sanitario.

Nel 2015 il Circondario Imolese e l'AUSL hanno adeguatamente supportato gli Enti Gestori nel processo di accreditamento definitivo, collaborando alla definizione e al monitoraggio degli indicatori di benessere delle persone e della qualità dell'assistenza previsti dalla DGR 514/09 e all'attivazione di gruppi di lavoro per la stesura di protocolli condivisi, previa verifica dell'OTAP, dei requisiti specifici finalizzati alla conferma dei provvedimenti di accreditamento definitivo.

Con determinazione n. 71/2015 integrata dalla determinazione n. 177/2015 il Nuovo Circondario Imolese ha approvato la proroga dei contratti di servizio in essere dei servizi accreditati per anziani e disabili operanti nel Circondario Imolese. In sede di aggiornamento, come di consueto, sono state apportate modifiche ed integrazioni per quanto riguarda la nuova classificazione degli ospiti (case mix). La Giunta del Nuovo Circondario Imolese nella seduta del 21/07/2015 ha disposto l'applicazione dell'aumento retta a carico di utenti dal 1/08/2015 in applicazione della DGR 715/2015. 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**

Le politiche di intervento definite negli ultimi anni, a livello di Nuovo Circondario Imolese, hanno garantito, nonostante i momenti di crisi economica, il mantenimento dei livelli assistenziali in coerenza coi bisogni dei cittadini, anche grazie al coinvolgimento del privato sociale.

**ANZIANI - L'assistenza domiciliare e servizi connessi.** L'assistenza domiciliare nel 2015 ha registrato un incremento, rispetto al 2014, legato ad una maggiore domanda, per cui la spesa 2015 (€ 678.835,90 per 50.297,79 ore) suddivisa tra interventi socio assistenziali e socio educativi, ha visto un aumento del 1%. Nel 2015 è stato utilizzato il FNA (parte vincolata) per contribuire alla quota sociale dell'assistenza domiciliare pari a € 186.002,00 per un numero di 25.686,18 ore.

La spesa relativa ai pasti forniti a domicilio agli anziani non autosufficienti è stata finanziata dal Fondo Regionale per la non Autosufficienza con una spesa complessiva di circa € 163.326,00. Sono stati forniti complessivamente 40.830 pasti. Tale spesa registra una leggera flessione rispetto al 2014. La spesa del Telesoccorso è stata finanziata con l'FRNA per complessivi € 8.566,00 comprendenti gestioni e nuove installazioni. La spesa relativa ai trasporti è stata finanziata con il FRNA (pari a € 4.000) per il Comune di Castel San Pietro, mentre i trasporti per il

resto del territorio è stato pagato con il Fondo sociale dell'ASP. Per favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente sono stati erogati 322 assegni di cura (€ 336.511,35 a carico del FRNA e € 319.837,16 a carico del FNA). Si aggiunge la spesa di € 46.603,42 a carico del FRNA e di € 60.000,00 a carico del FNA, relativa al contributo aggiuntivo per le assistenti familiari assunte con regolare contratto (n. 88 contributi).

**Assistenza residenziale e semiresidenziale.** Complessivamente le strutture residenziali hanno rendicontato e fatturato 179.022 giornate (comprese anche le giornate di assenza pagate in forma ridotta) per un totale di € 6.716.215,60. Si è registrata un'occupazione media dei posti residenziali del 98%. Oltre ai posti di cui sopra, si registrano 8 posti per Ricoveri Temporanei nella Casa Residenza per Anziani Fiorella Baroncini di Imola; le giornate di temporaneità, nel 2015, sono state 2.850 con una spesa pari a € 355.280,82 a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. I posti semiresidenziali accreditati sono 52 per un totale 13.897 giornate di presenza, di cui 2.552 relative ad ospiti con problemi di disturbo di comportamento, su tale ultimo dato si rileva una diminuzione rispetto all'anno precedente. La spesa per i posti semiresidenziali è stata di € 345.466,96 (comprensivi delle giornate di effettiva presenza e di assenza pagate in forma ridotta).

**L'accoglienza temporanea di sollievo.** L'accoglienza di sollievo è stata garantita nel 2015 nella Casa Residenza di Imola (Via Venturini) con 1,6 posto mediamente occupato per tutto l'anno. Sono stati assicurati 593 giorni di accoglienza di sollievo per una spesa totale a carico del FRNA di € 40.030,59. All'interno dei posti accreditati si è riproposto il sollievo alle famiglie nei servizi semiresidenziali (Centri Diurni di Imola e Medicina) nelle giornate festive.

**Progettualità rivolte alla popolazione anziana fragile.** A favore degli anziani sono stati realizzati a carico del FRNA (DGR 1206/2007) i seguenti progetti a supporto della domiciliarità:

- il Progetto spazio di incontro e confronto denominato "Caffè Alzheimer", coordinato dall'Associazione Alzheimer a Imola, Castel San Pietro Terme e Toscanella di Dozza, si è realizzato nell'ambito di incontri che hanno visto l'adesione di 151 partecipanti (contributo per tale progetto ammonta ad € 1.102,00).
- il Progetto "Centro A'Marcord" proseguito nel 2015 ha riguardato una media di 10 - 20 anziani presenti giornalmente per un totale di 4.016 giornate di presenza ed una spesa complessiva a carico del FRNA di € 121.690,00.

**DISABILI.** In riferimento all'assistenza ai **disabili gravissimi**, nel 2015 è continuata l'applicazione delle "Disposizioni organizzative per l'applicazione della DGR 2068/2004, della DGR 1762/2011 e successive integrazioni" formalizzate dalla Direzione dell'AUSL con Deliberazione n. 182 del 27/12/2013. L'equipe multiprofessionale aziendale ha effettuato la presa in carico di 3 nuovi utenti a domicilio (di cui uno affetto da SLA) e di 1 inserito in residenza. L'equipe ha disposto il rinnovo degli assegni di cura in scadenza e ha analizzato tutti i piani assistenziali degli

utenti seguiti a domicilio per verificare la sussistenza dei criteri che giustificano un livello più elevato di assegno di cura ai sensi della DGR 1848/12.

Gli utenti disabili gravissimi che hanno usufruito della residenzialità presso Case Residenza Anziani (CRA) del territorio sono stati 7, a cui si aggiunge un utente presso la Lungodegenza e uno presso il Centro Residenziale Luce sul Mare. Si precisa che la spesa totale per la residenzialità disabili a carico del FRNA è stata di € 182.313,34, mentre a carico del FSR di € 74.401,78.

Nel 2015 sono stati erogati assegni di cura a carico dell'FNA a favore di 17 disabili gravissimi. Sono stati, inoltre, erogati 5 assegni per un importo di € 15,49/die a favore di pazienti SLA. Complessivamente sono stati liquidati assegni di cura per un importo di € 203.322,26. Sono stati erogati 2 assegni di cura a carico del FNA, per un importo di € 3.840,00, per il collaboratore familiare.

Nell'ambito della **rete per disabili adulti**, sono stati inseriti presso centri socio-occupazionali 72 utenti per un totale di 2.996 giornate (€ 185.649,55). Nelle strutture residenziali di livello alto sono stati ospitati 17 utenti per un totale di 6.069 giornate (a carico FRNA pari a € 736.746,15).

A ciò si aggiungono 5 interventi di sollievo per un totale di 35 giornate (a carico FRNA di € 5.485,29); in quelle di livello medio (comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette) sono stati ospitati 69 utenti per un totale di 21.323 giornate (€ 1.181.055,59).

Nei centri socio-riabilitativi diurni sono stati ospitati 40 utenti per un totale di 9.703 giornate (€ 680.530,45). Le ore di assistenza domiciliare di tipo socio-educativa, socio-assistenziale prestate nel 2015 ammontano complessivamente a 23.955,77 (spesa totale di € 348.004,72).

E' proseguita l'attività dell'unità di valutazione multidimensionale di ambito distrettuale per l'area disabili che ha valutato tutti i nuovi inserimenti utilizzando la scheda di rilevazione dei bisogni proposta dalla Regione. Sono stati valutati 61 utenti ed effettuate 85 sedute della Commissione UVM disabili adulti. Nel 2015 sono stati, inoltre, erogati assegni di cura ad assistiti portatori di handicap grave (L. 104/92) a carico dell'FNA (erogati a 30 utenti), per un importo complessivo di € 111.181,50.

**Percorso integrato adattamento domestico.** Il Circondario Imolese ha deciso di partecipare all'attività del CAAD favorendo l'integrazione con il Centro Ausili di Imola. La spesa relativa a tale partecipazione è stata finanziata dal FNA e nel 2015 è risultata pari ad € 26.120,00.

Si precisa, inoltre, che ai sensi dell'art. 10 della LR 29/97, per l'adattamento domestico e per favorire l'autonomia del disabile nel proprio contesto abitativo, sono stati erogati contributi a carico del FNA per un totale di € 7.158,93. Sempre a carico del FNA, nell'ambito del residuo SLA, la spesa effettuata per l'acquisto di particolari ausili è stata di € 2.695,00.

**Progettualità rivolte alla popolazione disabile.** Di seguito sono elencate le progettualità svolte, nel 2015, a favore della popolazione disabile:

- Progetti individuali di assistenza personalizzata. La spesa complessiva per la realizzazione di tali progetti, a carico del FRNA, è stata di € 23.009,11.



- Trasporti. I contributi per il trasporto di utenti con disabilità medie e gravi che utilizzano buoni taxi o mezzi ASP per l'accesso ai servizi socio/sanitari hanno comportato una spesa, a carico del FRNA, pari a € 65.440,93.
- Progetto consegna pasti a domicilio per disabili. I pasti consegnati nel 2015 ai pazienti disabili sono stati 14.293, per un totale di € 57.174,00 a carico del FRNA.
- "Budget di salute". Sono proseguiti, nel 2015, gli interventi di livello domiciliare su pazienti disabili in carico al DSM nell'ambito del progetto "Budget di Salute" e sono stati estesi anche a utenti dell'Unità Operativa Dipendenze Patologiche. Tali interventi, affidati con un ampliamento del Contratto di Servizio al medesimo gestore accreditato, sono stati finanziati con il FSR. Gli interventi, che si collocano invece in un ambito socio-assistenziale, sono stati posti a carico del FRNA: in particolare sono stati erogati 1.518 pasti per una spesa totale di € 10.632,00 e 940 ore di servizi di pulizia per un totale di € 18.935,97.
- Borse lavoro a favore di disabili. L'importo complessivo speso per tale intervento ammonta ad € 27.585,50 (a valere nel FRNA).

**DISAGIO PSICHICO.** L'area della **Salute Mentale** è stata interessata, negli ultimi anni, dalla progressiva attuazione di nuovi assetti organizzativo-funzionali, che hanno dato corso alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali in base alla complessità assistenziale e ai relativi livelli di intensità di cura e allo sviluppo di innovativi assetti di cura sul territorio come il budget di cura/salute. Come anticipato nella Sezione 2 "2.3.3 Assistenza distrettuale", la revisione organizzativa che ha interessato l'area della degenza, nel corso del 2015, ha determinato la riduzione di 2 posti letto in SPDC e 4 posti letto in RTI.

Fra gli obiettivi qualificanti l'azione del Dipartimento Salute Mentale, anche per il 2015, si richiama l'implementazione dei **budget di salute** nell'area della Psichiatria adulti, della Neuropsichiatria infantile e delle Dipendenze Patologiche, per attivare percorsi riabilitativi individuali nelle aree corrispondenti ai principali determinanti sociali della salute, in collaborazione con l'ASP e il Privato sociale: apprendimento, espressività, formazione, lavoro, casa/habitat sociale, affettività/socialità, e, al fine di sostenere. Lo strumento "budget di salute" può essere definito come l'investimento, rappresentante l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare alla persona il proprio funzionamento sociale, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Destinatari di tali interventi sono i cittadini in condizioni di disabilità sociale concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la salute che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali, a partenza da bisogni con prevalenza sanitaria ad espressività sociale. Nel 2015 tale strumento è stato utilizzato anche all'interno delle Unità Operative Complesse Dipendenze Patologiche (UOC DP) e Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza (UOC NPIA).

Il numero di progetti che ha visto l'utilizzo del Budget di Salute, attivati nell'anno, per pazienti dimessi da strutture residenziali ammonta a 4.

Nel 2015 hanno preso avvio attività specifiche volte alla definizione e realizzazione di integrazioni funzionali nell'ambito delle **Case della Salute di Castel San Pietro Terme e Medicina** con particolare riferimento all'attuazione del percorso clinico assistenziale integrato del paziente complesso con co-morbilità. E' stato attivato un gruppo di lavoro multi professionale con professionisti del CSM, ASP, MMG e infermieri *care manager* (uno per la C.d.S. di CSPT e uno per la C.d.S. di Medicina) che ha elaborato i criteri di eleggibilità e definito il percorso di presa in carico congiunta del paziente psichiatrico con co-morbilità per il quale, nel 2014, erano stati approntati percorsi di formazione congiunta così come per lo sviluppo del Programma Leggieri. Le Case della Salute sono il luogo del consolidamento del **Programma Leggieri** che trova da tempo applicazione in tutte le Unità Operative del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche pur con alcune diversità legate anche ad aspetti specifici dell'utenza. Consolidato sia come funzione di consulenza che nella presa in carico condivisa di secondo livello per utenti del Centro Salute Mentale (CSM) e della Neuro Psichiatria Infanzia Adolescenza (NPiA), trova alcuni aspetti di limitazione nella condivisione dei singoli percorsi nella cura delle Dipende Patologiche (DP); tale aspetto è certamente legato anche alla elevata percentuale di utenti che negano il consenso al passaggio di informazioni al proprio MMG.

L'attivazione della equipe accoglienza nelle Case della Salute di Castel San Pietro e Medicina vede la collaborazione attiva delle equipe del CSM, DP, NPiA (referenti per territorio del DSM/DP) così come la collaborazione su progetti integrati con l'Azienda Servizi alla Persona Circondario Imolese che vedono le attività di valutazione psicosociale esplicitarsi nei progetti condivisi e, quando appropriato, nelle valutazioni della UVM. All'interno delle Case della Salute sono stati avviati percorsi di presa in carico e gestione del paziente cronico con co-morbilità in sinergia con la componente infermieristica delle cure primarie e con i MMG; tutte le aree di competenza del CSM, DP, NPiA hanno contribuito alla individuazione dei soggetti portatori di co-morbilità e alla condivisione di informazioni cliniche e modalità teorico-operative.

In collaborazione con i MMG dei Nuclei delle Cure Primarie si è sviluppato un percorso di formazione e individuazione dei casi cosiddetti ad alto rischio di sviluppo di quadri psicotici, in particolare nella fascia di età 14 – 25 anni, al fine di effettuare il trattamento precoce dei casi di esordio psicotico. Sono stati, inoltre, effettuati incontri, in entrambe le Case della Salute, nell'ambito del **Tavolo per la prevenzione della violenza alle donne** in collaborazione con il Consultorio Familiare, al fine di sensibilizzare i MMG - dei nuclei di riferimento territoriale - alla individuazione e invio delle donne che subiscono violenza. Tutto ciò perché, in questi territori, risaltava una significativa discrepanza tra il numero di accessi in Pronto Soccorso di donne maltrattate e il numero di invii al Consultorio o ad altri punti del percorso aziendale individuato.

La gestione integrata delle risorse tra psichiatria e disabilità nell'ambito della residenzialità è tema per il quale il Dipartimento ha collaborato al Tavolo di confronto Azienda-USL-ASP-Enti Gestori per un percorso di ridefinizione della **Residenzialità Socio-Sanitaria** rivolta a disabili fisici e psichici, tra i quali i pazienti affetti da autismo.

Si evidenzia, inoltre, l'impegno del Dipartimento ai tavoli interaziendali a livello di Area Vasta/Area Metropolitana per DCA ed Emergenza Urgenza ed in particolare l'apporto al programma di rimodulazione dell'offerta dei servizi di SPDC a livello di Area Metropolitana in ordine ai relativi assetti e bacini di utenza.

#### **Promozione di azioni di formazione e aggiornamento attraverso progetti condivisi con Enti Locali e terzo Settore**

- Numerose sono state le iniziative condivise con le Associazioni di utenti e familiari, Enti Locali, privato sociale nel 2015. Alcune iniziative rivolte agli operatori e a utenti e familiari quali persone "*esperte per esperienza*" sono state incluse nel Piano della Formazione Annuale 2015, nonché nel Dossier Formativo del DSM/DP. I principali argomenti trattati sono stati: il trattamento degli esordi psicotici, l'appropriatezza prescrittiva e gli stili di vita sani, con il coinvolgimento e la partecipazione dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici di Medicina Generale. Di seguito sono riportati i titoli così come presenti nel Piano Annuale Formazione:

- Conferenza Organizzativa DSM DP 2015
- Percorsi di integrazione tra ospedale e territorio
- L'accreditamento come strumento per il governo dei processi
- Il percorso esordi psicotici nell'AUSL di Imola
- Limiti e rischi degli psicofarmaci: le evidenze scientifiche
- Il fenomeno delle dispercezioni uditive
- Esperienze di gestione a confronto.
- Per promuovere il cambiamento.
- Verso stili di vita sani in termini di alimentazione e attività fisica.
- Uso responsabile e consapevole degli psicofarmaci.

Altre iniziative sono state ampiamente condivise con percorsi di co-progettazione e co-produzione e sono state rivolte a tutta la popolazione, oltre che ai professionisti (ad es. la rassegna "OLTRELASIEPE"). Vi sono quindi state attività di co-progettazione e facilitazione dei numerosi gruppi di AUTOMUTUOAIUTO (A.M.A.) presenti nel territorio dell'AUSL di Imola, con alcune Associazioni: "*E Pas e TEMP'*", "Polisportiva Eppure si muove" e "Per Le Donne" (costituita da utenti e familiari). La segreteria dei gruppi A.M.A. ha sede nel Day Hospital Territoriale della UOC Psichiatria Adulti. Quattro gruppi sono facilitati da psicologi e infermieri della sopracitata Unità Operativa e precisamente: "Lavoro", "Ritorno al futuro", "Uomini maltrattanti" e "I mille volti del cambiamento".

L'Unità operativa complessa **Dipendenze Patologiche**, oltre al tradizionale sostegno ai gruppi Club Alcolologici Territoriali, ha attivato percorsi innovativi, in collaborazione con MMG e Caritas dedicati all'individuazione ed emersione di comportamenti a rischio legati alle varie forme di dipendenza e, in particolare, a quella da gioco; in collaborazione con la UOC PA sono stati consolidati percorsi ambulatoriali dedicati ad utenti con doppia diagnosi e percorsi residenziali di tipo riabilitativo presso la Residenza per "*Trattamenti Intensivi per utenti alti utilizzatori di alcool*".

**Attività Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** - L'UVM è uno strumento operativo per la valutazione di bisogni sociosanitari di tipo complesso finalizzato all'individuazione degli interventi che meglio rispondono alle effettive esigenze della persona, tramite l'utilizzazione delle risorse disponibili nella rete territoriale in sintonia con gli obiettivi individuati a livello locale. Il numero di UVM effettuate nel 2015 è stato di novanta (90), di cui trentuno (31) per pazienti inseriti da oltre un anno nelle strutture residenziali.

**CONSULTORIO FAMILIARE E SALUTE DONNA.** Per l'anno 2015 l'Azienda, tramite il Consultorio Familiare, ha regolarmente inviato i dati di flusso, relativi anche alle prestazioni di gruppo che vengono offerte nell'ambito del Percorso Nascita.

In riferimento alle metodiche di controllo del dolore da parto, fino a settembre 2015, l'analgesia peridurale (metodica di controllo del dolore nel parto) è stata offerta a fasce orarie presso l'Ostetricia-Ginecologia. A decorrere da settembre 2015 tale opportunità è stata estesa all'intera giornata (24 ore su 24) dal lunedì al venerdì. Il Consultorio Familiare ha contribuito alla divulgazione delle informazioni inerenti tale metodica per favorire le gestanti nell'adozione di una libera scelta, attraverso una maggiore consapevolezza e partecipazione all'evento nascita.

I medici anestesisti, da marzo 2015 a tutt'oggi, partecipano con i medici ginecologi agli incontri previsti nei corsi di accompagnamento alla nascita (7 incontri annui).

Le ostetriche del Consultorio Familiare hanno raccolto le opzioni delle donne durante gli incontri e singolarmente durante i colloqui con le gravide fisiologiche; inoltre hanno divulgato il materiale informativo a tutte le gestanti che affluiscono al servizio (nel 2015, 63 donne gravide hanno optato per il parto in analgesia su un totale di 994 parti).

Implementazione attività di assistenza alla gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica.

Il personale ostetrico ed i medici ginecologi del servizio consultoriale hanno attivato, nel corso del 2015, una serie di incontri di formazione sul campo in merito alle tematiche relative all'assistenza alle gravidanze a basso rischio, come momento di confronto, verifica ed aggiornamento che si protrarrà anche nell'anno 2016. Si evidenzia che il Consultorio Familiare ha preso in carico, nel 2015, 519 donne gravide residenti nel territorio di competenza, di queste 127 sono risultate a basso rischio e pertanto seguite dalle ostetriche. Si specifica, infine, che sul totale dei parti corrispondenti a 994, le donne gravide residenti nel territorio dell'Azienda sono state 787.

Dal mese di giugno 2015, presso il Consultorio Familiare, al momento del colloquio, viene compilata dal personale ostetrico la nuova *cartella regionale della gravidanza*, dotata di inserti informativi importanti dei quali si suggerisce l'utilità della lettura.

### 3.2.3 Governo delle liste di attesa

Durante il 2015 l'AUSL di Imola, in attuazione delle indicazioni contenute nella DGR 1735/2014, ha predisposto un Programma di Intervento Straordinario di contenimento dei tempi di attesa, individuando le **prestazioni ambulatoriali per esterni** a maggiore criticità.

Le prime linee di intervento poste in essere durante l'anno, hanno riguardato:

- operazioni di efficientamento organizzativo interno;
- acquisizione da parte dell'Azienda di prestazioni da professionisti interni al di fuori del loro orario istituzionale;
- incremento dei contratti di fornitura con il privato accreditato; incremento di attività di alcuni specialisti ambulatoriali convenzionati.

Grazie a queste azioni, costantemente presidiate dal **Team operativo multidisciplinare di controllo**, nel 2015, l'indice di performance registrato è progressivamente migliorato, attestandosi nei primi mesi del 2016 su valori di performance > del 90%.

Nelle tabelle che seguono vengono rappresentati gli indici di performance in riferimento agli standard regionali: a 30 gg per visite e a 60 gg per diagnostica. Per ciascuna prestazione monitorata il colore verde indica che le prenotazioni risultano uguali o maggiori al 90% del totale; il colore giallo indica che le prenotazioni sono comprese tra 60-89%; il colore rosso indica che le prenotazioni sono minori del 60% sul totale delle prenotazioni.

**Tabelle 3.1 - Rilevazione MAPS: indici performance prestazioni specialistiche. Periodo 2015-2016**

#### Imola - visite specialistiche

	Gennaio 2015	Luglio 2015	Dicembre 2015	Gennaio 2016	Aprile 2016
01 Visita oculistica	99%	36%	100%	100%	90%
02 Visita urologica	31%	94%	83%	100%	85%
03 Visita fisiatrica	100%	100%	100%	100%	100%
04 Visita endocrinologica	30%	50%	100%	100%	100%
05 Visita neurologica	44%	95%	58%	100%	100%
06 Visita ortopedica	56%	66%	100%	100%	100%
07 Visita oncologica	100%	100%	100%	100%	*
08 Visita cardiologica	97%	56%	95%	100%	100%
22 Visita ginecologica	37%	18%	88%	100%	100%
23 Visita dermatologica	80%	97%	97%	100%	100%
24 Visita otorinolaringoiatrica	100%	45%	54%	100%	100%
25 Visita chirurgia vascolare	*	*	100%	100%	100%
40 Visita gastroenterologica	27%	77%	100%	100%	91%
41 Visita pneumologica	14%	21%	100%	28%	100%
47 Visita diabetologica	*	*	*	*	*
48 Visita ostetrica	100%	*	100%	100%	100%
50 Visita senologica	100%	100%	100%	100%	100%

\* Prestazione non prenotata nella settimana di rilevazione

Imola - prestazioni diagnostiche

	Gennaio 2015	Luglio 2015	Dicembre 2015	Gennaio 2016	Aprile 2016
09 Colonscopia	100%	100%	100%	100%	100%
10 EMG	100%	100%	69%	89%	100%
11 Ecocolordoppler	100%	82%	100%	100%	100%
12 Ecografia addome	97%	93%	94%	88%	84%
13 Gastroscoopia	20%	68%	100%	100%	100%
14 TAC del capo	100%	100%	100%	100%	100%
15 TAC addome	95%	71%	29%	100%	100%
16 RMN cerebrale	79%	100%	100%	100%	100%
17 RMN addome	100%	17%	100%	100%	100%
18 RMN della colonna	96%	13%	100%	100%	100%
26 TAC rachide e speco vertebrale	*	100%	100%	100%	100%
27 TAC bacino	100%	*	*	*	*
28 TAC torace	82%	57%	13%	100%	100%
29 Ecografia mammella	100%	100%	*	75%	0%
34 Ecocolordoppler cardiaca	97%	17%	100%	99%	95%
35 Elettrocardiogramma	57%	48%	100%	87%	100%
36 Elettrocardiogramma Holter	100%	42%	41%	100%	100%
37 Audiometria	*	13%	84%	51%	60%
38 Spirometria	100%	25%	100%	100%	100%
39 Fondo oculare	*	100%	100%	100%	100%
42 Mammografia	80%	57%	100%	73%	100%
43 Ecografia capo e collo	100%	100%	93%	100%	100%
44 Ecografiaostetrica e ginecologica	100%	100%	100%	100%	100%
45 ECG da sforzo	81%	94%	100%	100%	100%
46 RM muscoloscheletrica	96%	88%	100%	100%	100%

\* Prestazione non prenotata nella settimana di rilevazione

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 2015 il “Piano-programma aziendale di ascolto e coinvolgimento di cittadini, comunità e professionisti e di azioni di miglioramento” è stato sviluppato, oltre che attraverso le attività URP descritte in Sezione 5, par. 5.1.1, anche con rilevazioni della qualità percepita dagli utenti e promozione di azioni di miglioramento, equità e diversity management.

A novembre 2015 è stato organizzato con la consueta attiva partecipazione di Comitato consultivo misto degli utenti e Comitato utenti e familiari della salute mentale, un seminario annuale conclusivo, aperto a tutti gli operatori aziendali, alle istituzioni e ai portatori di interesse, per la rendicontazione delle azioni del piano-programma e delle attività di miglioramento progettate ed avviate. Nel corso dell’anno sono stati poi organizzati 8 incontri di 4 ore cadauno, che hanno coinvolto 120 professionisti aziendali, con i quali sono stati condivisi e discussi i report dei risultati delle indagini di qualità percepita (vedi par. 3.3.2.) e dei dati delle segnalazioni dei cittadini (vedi cap. 5, par. 5.2.1.), per la definizione delle azioni di miglioramento.

#### **Comitato Consultivo Misto degli Utenti (CCM) e Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale (CUF)**

Nel 2015 si sono tenuti 13 incontri dell’assemblea plenaria CCM e 8 del CUF. Quattro di questi incontri si sono tenuti congiuntamente, in considerazione delle tematiche di interesse comune, oltre che per garantire il necessario coordinamento delle due assemblee. Una seduta straordinaria si è svolta per entrambi i Comitati alla Casa della Salute di Castel San Pietro Terme.

CCM e CUF hanno, inoltre, sviluppato, in collaborazione con l’Ufficio relazione con il Pubblico, la programmazione, progettazione e realizzazione delle attività di ascolto e di rilevazione della qualità percepita che si rendicontano nei prossimi paragrafi.

#### **3.3.2 Valutazione gradimento del cittadino**

##### **La qualità delle cure in ospedale (marzo – maggio 2015)**

Dal 2002 l’AUSL di Imola rileva il gradimento della degenza ospedaliera, registrando una significativa adesione da parte della popolazione ricoverata. Nel 2015 la rilevazione effettuata dal 1 marzo al 31 maggio ha previsto la distribuzione del questionario regionale (lievemente modificato e semplificato rispetto alla versione 2012) a cura del personale infermieristico del reparto a tutti i ricoverati con degenza di almeno 2 giorni (campione). La consegna è avvenuta alla dimissione del paziente con la richiesta di restituire il questionario compilato tramite gli appositi contenitori in reparto. Questa modalità ha rappresentato un ulteriore cambiamento rispetto all’indagine 2012, quando ai degenti fu consegnata una busta preaffrancata per spedire in un secondo tempo il questionario che, unitamente alla mancanza del consueto re-call telefonico di invito alla compilazione eseguito dai volontari CCM, si ritiene possa avere influito sul calo

percentuale dei ritorni: nel 2012 i pazienti dimessi erano stati 2.792 e i questionari rispediti compilati 1.087 (39%), nel 2015 i dimessi sono stati 2.400 e il 35% (835) sono stati i questionari consegnati. Il questionario, strutturato per rilevare le caratteristiche di qualità dell'assistenza ricevuta durante la degenza si compone di 20 domande sull'esperienza del ricovero e 9 sulle caratteristiche socio-anagrafiche (sesso, età, titolo di studio, condizione professionale, ecc.).

Il questionario è scandito per fasi (prima, durante e dopo il ricovero) e dimensioni della qualità (relazioni con il personale, tempi di attesa, informazioni, privacy, trattamento del dolore, aspetti organizzativi e strutturali, servizi alberghieri, ecc.). La valutazione viene raccolta utilizzando una scala a 6 valori di cui 3 positivi e 3 negativi (*del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato, adeguato, molto adeguato e del tutto adeguato*). Per la lettura dei risultati raccolti, gli esiti vengono valutati in base a valori soglia che si basano sulla percentuale di giudizi positivi, al fine di determinare performance "Eccellenti" ( $\geq 75\%$  giudizi positivi), "Positive, ma migliorabili" (dal 50% al 74%) e "Critiche" ( $< 50\%$ ).

Nel 2015, come nelle precedenti rilevazioni, non vengono rilevate aree di particolare criticità. Fornendo un maggior dettaglio si analizzano di seguito le aree indagate e i risultati più significativi. In riferimento alla dimensione "tempo di attesa", sia quello trascorso tra la prenotazione e il ricovero programmato e quello atteso per la consegna del letto, i giudizi espressi rientrano in ambito d'eccellenza, con consensi rispettivamente dell'84,6% e dell'87,3%.

Giudizio positivo per oltre l'89% dei rispondenti per quanto riguarda le "informazioni ricevute prima del ricovero" mentre il "materiale informativo" consegnato al ricovero fa un balzo in avanti registrando l'89,7% di positività contro il 66,1% del 2012.

La **valutazione del personale medico ed infermieristico** è largamente superiore al 90% su tutti gli item (rispetto nell'accoglienza e colloquio; gentilezza e disponibilità di ascolto; chiarezza delle informazioni; attenzione ai bisogni, ecc.). I giudizi positivi sul **rispetto della privacy** migliora i già buoni risultati del 2012, sia nello scambio di informazioni riservate (96,2%) sia nell'esecuzione di manovre delicate in presenza di altri pazienti (95%). Le informazioni ricevute sul **trattamento del dolore** ricevono giudizi in netto miglioramento (95,6% vs 77,9%) ed anche la terapia antidolorifica passa dal 91,85% al 95,9%.

La valutazione degli **aspetti organizzativi** esprime un gradimento eccellente e in miglioramento: "collaborazione percepita tra il personale del reparto" (95,6% vs 92,6%); "facilità di visita da a parenti ed amici (97,4% vs 96,1%). La valutazione degli **ambienti**, per pulizia, temperature, tranquillità continuano a mostrare un trend in leggero calo, pur superando il 90% di giudizi positivi, mentre migliora di circa un punto percentuale la valutazione degli spazi, che raggiunge il 90,5% di buone valutazioni. Per i **servizi alberghieri**, intesi come "qualità del cibo" e "scelta del menù" troviamo una netta inversione del trend con giudizi positivi che superano persino il dato 2009 raggiungendo rispettivamente l'88,2% ed il 78% e quindi rientrando nell'area di eccellenza. Anche le **"informazioni ricevute alla dimissione"** rappresentano un'area in netto miglioramento rispetto agli esiti 2012 con valori positivi entro il range 94,9% e 96,8%.



Il **giudizio complessivo** sull'esperienza del ricovero è favorevole per il 96,2% dei cittadini e negativo per il 3,8%, anche qui con qualche punto di miglioramento sul 2012.

#### **La qualità delle cure nel Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche**

L'indagine a maggio 2015 è la seconda rilevazione, dopo l'edizione 2010, che il dipartimento mette in campo per conoscere l'opinione degli utenti degli ambulatori Centro Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. La durata dell'indagine è stata di un mese, come nella precedente edizione. Le finalità principali sono state la rilevazione della qualità percepita dei servizi ambulatoriali per valutare i servizi, ottenere informazioni attendibili per orientare eventuali ed opportune azioni di miglioramento e confrontare i risultati con quelli 2010 in modo da individuare il trend di gradimento. Le domande dei questionari sono articolate in quattro sezioni: struttura ed organizzazione dei servizi; rapporti con gli operatori; progetto di cura rispetto al proprio bisogno; valutazione complessiva. Inoltre, nel questionario dedicato al CSM è stata inserita un'ulteriore area tematica relativa alla comunicazione con il servizio in caso di urgenza o di necessità di ulteriori chiarimenti e informazioni. Infine vengono rilevate, con domande specifiche, le modalità di accesso e la frequenza dei rispettivi servizi. Entrambe le tipologie di questionario terminano con una sezione dedicata alle variabili socio-demografiche (sesso, età, nazionalità, titolo di studio conseguito, condizione lavorativa, stato civile) dell'intervistata/o. Il campione, non probabilistico, comprende tutti gli utenti degli ambulatori nel mese di riferimento che hanno compilato autonomamente il questionario consegnato e presentato dagli operatori e/o dai volontari del CUF e quindi lo hanno riconsegnato nell'apposito box predisposto nelle sale di attesa degli ambulatori.

**Centro Salute Mentale.** Hanno compilato e consegnato il questionario 257 utenti del CSM, di cui validi (compilati per oltre il 50%) 245. Le **"informazioni ricevute"** dal CSM riguardo regole di accesso, orari ecc., sono chiare per il 90,2% dei rispondenti (85,3% nel 2010). Gli operatori sono disponibili per il 93% (81,8% nel 2010) degli utenti.

**L'organizzazione e l'accessibilità delle visite** risulta un'area di possibile miglioramento: la "prenotazione di appuntamenti/visite" è considerata semplice per il 76,7% degli utenti (come nel 2010), i "tempi di attesa tra prenotazione e prestazione" è breve per il 67,3% dei pazienti, in lieve calo rispetto al 68,8% del 2010 e migliorabile, pur restando nell'area delle performance positive, mentre il "rispetto degli orari degli appuntamenti" è lievemente migliorato rispetto al 2010, passando dal 69,2% al 70,2%. La **"struttura"** guadagna in giudizi positivo passando dall'83% al 91,1% per l'accessibilità e dall'84,2% all'87,8% per il confort. Migliora anche la **"semplicità delle pratiche amministrative"** che passa dall'81% all'86,6%. Per quanto riguarda il **"rapporto con gli operatori"**, i dati del questionario presentano valori eccellenti ben superiori all'indagine 2010. Apprezzati la disponibilità all'ascolto (94,3% vs 86,9% nel 2010) ed il rispetto (91,5% vs 87,4% nel 2010): ben il 91,4% (88,5% nel 2010) dichiara di avere fiducia negli operatori di riferimento. Anche le **"cure"** sono un'area di valutazione che ha ricevuto giudizi molto positivi e superiori a quelli, già eccellenti, del 2010. L'84,5% ritiene di ricevere cure adeguate e l'82% che il progetto di

cura aiuti a migliorare la propria salute. Il 79,6% si sente di consigliare ad un amico o un parente che ha bisogno di aiuto di usufruire di questo servizio e dei suoi trattamenti.

Per quanto riguarda la valutazione del **progetto di cura** rispetto al proprio bisogno, il 49% (52,6% nel 2010) risponde che ha avuto necessità di ricontattare il centro di CSM per ulteriori chiarimenti e l'85,6% di questi (85% nel 2010) sono concordi nell'aver trovato disponibilità all'ascolto dei propri problemi. Mentre tra il 60% di coloro che affermano di aver avuto necessità di rivolgersi con urgenza al servizio (66% nel 2010), l'82,6% dichiara di aver ottenuto l'aiuto necessario, ma il 7,8% si dice per nulla soddisfatto della disponibilità all'aiuto, un dato da approfondire e comunque passibile di miglioramento. In conclusione, alla domanda come valuta il Centro nel suo insieme l'80,4% (81% nel 2010) si ritiene soddisfatto complessivamente del servizio.

**Dipendenze patologiche.** Sono 116 gli utenti delle DP che rispondono e 113 i questionari validi.

"**Informazioni ed orari di apertura**" hanno un gradimento eccellente, rispettivamente del 97,4% e 95,6%. "**Fissare o spostare un appuntamento**" è semplice per l'89,3% degli utenti.

Significativo miglioramento della valutazione positiva per i **tempi di attesa** che passano dal 67,9% del 2010 all'84% del 2015. Gli "**orari degli appuntamenti**" sono rispettati per il 90,2% degli utenti (79,2% nel 2010). La "**struttura**" risulta accessibile per il 98,3% dei rispondenti ed confort passa dall'81,1% del 2010 al 92,9%. Anche la "**tutela della privacy**" segue il trend di miglioramento passando dal 75,5% all' 88,5%.

Eccellente il "**rapporto con gli operatori**" con il 100% di disponibilità all'ascolto (96,3% nel 2010), il 98,2% di gradimento dell'informazione sulle terapie ed il 98,2% di positivo riscontro di rispetto nei confronti dell'utente. Migliorato anche il gradimento per le informazioni sulle condizioni di salute, che passa dall'88,7% al 94,6% ed il coinvolgimento nel progetto di cura (da 84,9 a 95,6%). Il 95,6% degli utenti percepisce il sostegno degli operatori e ben il 97,4% (92,4% nel 2010) dichiara di avere fiducia negli operatori di riferimento. Il 95,6% degli utenti ritiene che il servizio fornisca loro l'aiuto di cui hanno bisogno, il 94,7% che il "**progetto di cura**" lo aiuti a migliorare la propria salute e il 93,8% che lo aiuti ad uscire dalla dipendenza. Il trend di miglioramento rispetto al 2010 si conferma con il 96,5% (96,2% nel 2010) che consiglierebbe ad un amico/parente di rivolgersi a questo servizio nel caso in cui ne avesse bisogno.

#### **La qualità dei servizi dedicati alla nascita (aprile-novembre 2015)**

L'indagine era finalizzata a conoscere il gradimento delle donne coinvolte nel percorso nascita attraverso la somministrazione ad un campione di 150 donne di un questionario cartaceo relativo all'esperienza della gravidanza e di un questionario on line sul vissuto del parto e del puerperio. I questionari raccolti e trasmessi all'ASSR per l'analisi produrrà in seguito un report dei risultati.

#### **La qualità della cura nei percorsi assistenziali per il carcinoma mammario**

Questo progetto di ricerca (giugno 2014- giugno 2016) già descritto nel precedente Bilancio di Missione, è entrato nell'anno di rendicontazione nella II fase di rilevazione, avvenuta al termine della terapia chemioterapica, al momento della visita oncologica che chiude il day hospital. Delle

donne che avevano aderito alla fase 1 (20) rispondendo al primo questionario, 5 hanno abbandonato. Pertanto sono state 15 le aderenti a questa fase, in genere donne over 45 che hanno avuto un'esperienza positiva. Le aree esplorate dal breve questionario sono: comunicazione efficace, presa in carico, collaborazione e coordinamento tra i professionisti, relazione di fiducia e personalizzazione del percorso. Di grande importanza il ruolo del case manager, sia nel reclutamento che nel mantenimento della fidelizzazione all'indagine, partita a giugno 2014 e che si concluderà a fine 2016.

#### **L'accoglienza nella CdS di Castel S. Pietro Terme e Medicina. Passeggiate etnografiche**

Sperimentando per la prima volta in azienda il metodo etnografico (28 maggio e 4 giugno 2015), ancorché in corso di una sola mattinata di osservazione, ma con più di un osservatore (13 per Castel San Pietro T. e 3 per Medicina) e ci si è posti l'obiettivo di analizzare il processo di accoglienza in diversi setting all'interno delle Case della Salute per individuare punti di forza ed aree di miglioramento. L'accoglienza rappresenta un primo momento di incontro tra la CdS e il territorio, punto critico e preziosa risorsa funzionale allo sviluppo dell'integrazione tra i servizi socio sanitari e la comunità locale con le sue peculiarità. Da entrambe le osservazioni sono scaturiti suggerimenti per il miglioramento, anche strutturale, delle aree di accoglienza, che sono state già in parte realizzati.

#### **3.3.3 Equità e *Diversity Management***

La DGR 602/2009, nella parte relativa a "Diversità ed equità: strategie integrate di *diversity management* e consolidamento delle azioni di ascolto ed *empowerment* dei cittadini", prevede espressamente che le aziende sanitarie della Regione sviluppino progetti ed effettuino azioni indirizzate al raggiungimento di una crescente attenzione all'inclusione delle diversità di cui sono portatori i cittadini, garantendo nel contempo equità nell'accesso e nei percorsi assistenziali-terapeutici e miglioramento nel rapporto di fiducia fra l'organizzazione sanitaria, i suoi servizi e gli utenti/cittadini della comunità.

La DGR 1544/2010 specifica poi la necessità di adottare strumenti di *equality assessment* aziendali, partecipare alla messa a punto di strumenti di valutazione delle buone pratiche in relazione alle diversità di genere, cultura, disabilità, età, ecc. e sperimentare nei profili di comunità un set minimo di indicatori di disuguaglianze sociali per favorire decisioni eque.

L'AUSL di Imola ha costituito il primo Board Equità nel 2011 e nell'agosto 2015 ha provveduto al rinnovo di questo organismo per il periodo 2015-2017.

Il Piano triennale 2015-2017 di promozione della cultura dell'equità a tutti i livelli, nei confronti dei cittadini e nei confronti dei professionisti interni (*Diversity Management*, da qui per brevità DM) è invece stato deliberato negli ultimi giorni del 2014, ed il 2015 ha rappresentato un anno di avvio della realizzazione progettuale. Fattivamente il Board si è riunito 2 volte nel 2015 e sono stati costituiti due gruppi con CCM e CUF per la definizione di azioni di promozione della cultura di equità. Tra le attività svolte dal Board nel 2015, ricordiamo la partecipazione ai laboratori regionali

Equità/ Diversity management: Progetto *Health Equity Audit* (HEA) e, in applicazione di quest'ultimo, l'individuazione di un gruppo aziendale che sviluppasse l'audit sul servizio di screening della cervice uterina, per analizzare i dati ed individuare azioni di contrasto alla disegualianza di accesso. Un altro progetto, sia di miglioramento dell'equità che di rilevazione di qualità percepita, è il "Progetto Vengo anch'io", sviluppato ed agito dal gruppo Accessibilità/Equità che, a seguito dell'installazione della nuova segnaletica aziendale nelle maggiori strutture aziendali, progettata dall'Unità Operativa Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche con la collaborazione di CCM e CUF (2013), ha attuato nel 2014 e nel 2015 una valutazione della qualità e della comprensibilità della stessa, attraverso la somministrazione di un questionario ai visitatori. Nel 2015 sono state intervistate dai volontari CCM 230 persone (195 nel 2014) su tre diverse strutture aziendali (Ospedale S. Maria della Scaletta di Imola, Polo sanitario di Imola e Casa della Salute di Castel S. Pietro T.) in 4 diverse giornate e in 8 punti considerati nevralgici. In generale il giudizio sulla segnaletica è stato più che positivo con aree di miglioramento nel 2015 sul 2014 soprattutto in quelle strutture in cui tra il 2013 ed il 2014 sono state apportate le maggiori modifiche in aggiornamento della segnaletica (Polo Sanitario di Imola e Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme).

#### 3.3.4 Trasparenza e prevenzione della corruzione

In attuazione del quadro normativo in materia di contrasto alla corruzione nelle Pubbliche Amministrazioni e di trasparenza amministrativa - obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni (D.lgs. 33/2013) e adempimenti in materia di prevenzione della corruzione (D.lgs. 190/2012 e D.lgs. 39/2013) - l'AUSL di Imola ha profuso un particolare impegno al fine di rendere la propria attività sempre più trasparente ed intellegibile al cittadino.

Negli ultimi anni, in tale ottica, sono stati adottati alcuni provvedimenti programmatici che, oltre ad adempiere agli obblighi di legge, rafforzano il rapporto tra Azienda e Comunità locale.

**Trasparenza – Obblighi di pubblicità e trasparenza.** Con deliberazione 10 del 28/01/2015 è stato approvato il "Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità 2015-2017 (PTTI)" su proposta del Responsabile della Trasparenza (Direttore Segreteria Generale e Affari Legali) nominato con deliberazione 105 del 07/08/2013. In corso d'anno si è provveduto agli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme secondo la tempistica definita nel PTTI.

**Prevenzione corruzione.** Con la stessa deliberazione 10/2015 è stato, inoltre, approvato il Piano Triennale Prevenzione e Corruzione (PTPC) per il triennio 2015/2017 elaborato secondo le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e frutto di un ampio e complesso percorso di confronto e condivisione con i soggetti istituzionali tra cui la Regione Emilia Romagna. All'approvazione del Piano ha fatto seguito la trasmissione del documento al Dipartimento della Funzione Pubblica tramite il sistema integrato *by web* FERLA PA, secondo le disposizioni dell'ANAC e successiva trasmissione alla Regione Emilia Romagna regolarmente riscontrata. Si è poi provveduto ad aggiornare e pubblicare la documentazione sul sito web aziendale.

### **3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale**

#### **3.4.1 Promozione della salute e prevenzione delle malattie**

La realizzazione di interventi proattivi di prevenzione rappresenta per l'Azienda una attività di preminente importanza in un'ottica di mantenimento dello stato di salute della popolazione.

In ordine a tale ambito di attività si segnalano gli interventi rivolti a dare piena attuazione al Piano Regionale della Prevenzione. Si riportano le iniziative svolte dai Centri Antifumo per popolazione target (giovani, neomamme, dimessi in seguito ad eventi cardiovascolari, utenze sensibili), le iniziative svolte dal Dipartimento Salute Mentale (nell'ambito del Progetto *Eppur si muove*: nuoto, yoga, *nordic walking*), la collaborazione tra Dipartimento Sanità Pubblica ed Unità operativa di Medicina e Centro Antidiabetico su un progetto di prescrizione di attività fisica a soggetti diabetici, nonché la formazione effettuata sul colloquio motivazionale breve. L'attività di prevenzione e promozione della salute, seppur coordinata dal Dipartimento di Sanità Pubblica, vede il coinvolgimento di tutte le varie articolazioni aziendali.

**Piano Attuativo Triennale Prevenzione (2016-2018)** – Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha assunto il ruolo di regia per lo sviluppo dei programmi integrati e trasversali previsti dal Piano Regionale Prevenzione (PRP). In base alle indicazioni regionali è stato individuato un Referente aziendale (Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica) a sostegno della realizzazione e valutazione delle azioni del PRP 2015-2018 e per favorire una azione coordinata ed integrata tra il livello centrale e quello periferico al fine di garantire la trasversalità degli interventi ed il raggiungimento degli obiettivi previsti. Il PRP 2015-2018 si articola in sei Programmi, ciascuno comprendente numerosi progetti che affrontano tematiche estremamente diversificate che richiedono l'apporto e l'integrazione di professionalità e competenze di diversa natura e provenienza. Sono quindi stati individuati, anche a livello aziendale, i Referenti dei sei Programmi, cui è assegnato il compito di coordinare specifici gruppi di lavoro (Board di Programma) per la realizzazione dei progetti previsti nell'ambito del programma.

I Board di Programma sono costituiti dai referenti individuati per ciascun progetto, dai referenti delle articolazioni aziendali coinvolte (compresi i professionisti convenzionati, MMG e/o PLS) e dagli *stakeholders* principali (prevedendo anche la partecipazione attiva delle istituzioni/enti esterni all'Azienda eventualmente interessati ai progetti). Ai lavori partecipano, inoltre, a seconda dei casi, figure di supporto con competenze specifiche (es. equità, epidemiologia e valutazione, comunicazione). Il percorso di condivisione a livello locale del PRP è iniziato formalmente il 27/10/2015 con la presentazione del PRP al Collegio di Direzione aziendale per illustrarne la vision, i principi e le priorità. Il Collegio di Direzione ha approvato la proposta progettuale metodologica per il processo di predisposizione del PLA e l'istituzione della Cabina di Regia che in data 19/11/2015 ha tenuto il primo incontro di insediamento, contestualmente alla nomina dei Referenti di Programma che hanno individuato i componenti di ciascun Board per la redazione delle Schede di progetto. Il lavoro di elaborazione delle schede ha previsto anche un supporto da

parte del Gruppo di coordinamento regionale, mediante una stretta collaborazione e confronto sia tra i Referenti aziendali e regionali dei Programmi, sia tra i Referenti aziendali e regionali dei singoli progetti. Un ulteriore momento di condivisione della progettualità individuata per la predisposizione del PLA si è svolto il 23/11/2015 in occasione dell'evento *"Programma per l'ascolto ed il coinvolgimento del cittadino, del professionista e della comunità"* organizzato con il Comitato Consultivo Misto (CCM) e il Comitato Utenti e Familiari (CUF).

Il personale dell'AUSL di Imola, a vario titolo, ha partecipato alle iniziative di formazione/informazione proposte dalla Regione Emilia-Romagna in materia di emergenze e controllo ufficiale per mantenimento qualifiche e ha dato il proprio contributo alla realizzazione dell'Osservatorio Regionale Sicurezza Alimentare (O.R.S.A.). Sono state, inoltre, programmate e realizzate le attività previste dai piani di sorveglianza malattie trasmesse da vettori, da animali selvatici, dal Piano Regionale Alimenti (P.R.A.) e dal progetto "Monitoraggio consumo antibiotici e campagne informative per uso appropriato in ambito umano e veterinario". Di quanto sopra affermato è stata data puntuale rendicontazione agli uffici preposti della Regione Emilia-Romagna.

Attuazione Linee Guida Regionali in merito alle attività di supervisione in campo alimentare. E' stata adottata la procedura di supervisione dei controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare; sono stati redatti e divulgati Piani di Attività in Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria.

Mantenimento qualifiche sanitarie allevamenti bovini e ovi-caprini. Sono stati realizzati gli interventi finalizzati all'obiettivo di mantenimento della qualifica di "ufficialmente indenne", regolarmente rendicontati agli Uffici preposti della Regione Emilia-Romagna.

Vaccinazioni. E' opportuno differenziare le attività vaccinali della Pediatria di Comunità (da 0 a 17 anni) e dell'Igiene e Sanità Pubblica (adulti a partire dai 18 anni di età). Per quanto riguarda le Vaccinazioni pediatriche, nel corso del 2015, è proseguita l'attività di chiamata personalizzata rivolta alle coorti di popolazione in base al vigente calendario vaccinale regionale.

La Rete vaccinale è costituita da 4 ambulatori vaccinali attivi (Imola, Castel San Pietro, Medicina e Borgo Tossignano). Tutti gli ambulatori garantiscono la medesima qualità e sicurezza. L'ambulatorio con minore attività (Borgo Tossignano) ha un'apertura quindicinale (2 volte al mese) ed ha un bacino di utenza di 4 Comuni (Casalfiumanese, Borgo Tossignano, Fontanelice, Castel del Rio).

Integrazione degli operatori già impegnati nel settore vaccinale e che attualmente afferiscono a dipartimenti diversi prevedendo il coinvolgimento dei PLS/MMG che lavorano all'interno delle Case della Salute. E' stata consolidata l'integrazione con le Case della Salute di Castel S. Pietro e Medicina e con il Nucleo Cure Primarie di Imola dove è stato posto in essere un nuovo modello organizzativo che prevede l'offerta di vaccinazioni antitetaniche, antidiftotetaniche e antinfluenzali con la collaborazione del personale infermieristico e la copertura medica garantita dai medici igienisti.

Sistemi informativi/informatici. E' stato attivato il Modulo SIAN su AVELCO con archivio unico per sicurezza alimentare ed è stata adottata una modalità di identificazione univoca campioni.

Contrasto all'obiezione vaccinale. Vengono garantite le attività rivolte alle fasce più deboli e a rischio e svolti gli incontri con i genitori obiettori alle vaccinazioni, ma deve essere sottolineato che tale problema è sempre più evidente e comporta la progressiva diminuzione delle coperture vaccinali nonostante tali gli sforzi.

Nuovo calendario vaccinale Igiene e Sanità Pubblica. Occorrerà individuare personale aggiuntivo (medico e del comparto) per adeguare l'offerta vaccinale alle nuove vaccinazioni che verranno introdotte nel nuovo calendario. Nel 2015 è stata mantenuta l'offerta vaccinale destinata alla popolazione adulta. Particolare impegno è stato garantito nei confronti della protezione vaccinale ai soggetti a maggior rischio.

Case della Salute. E' stata consolidata l'integrazione con le Case della Salute di Castel S. Pietro e Medicina, e con il Nucleo Cure Primarie di Imola dove è stata implementata l'offerta di vaccinazioni antitetaniche, antidiftotetaniche e antinfluenzali con la collaborazione del personale infermieristico, mentre la copertura medica è garantita dai medici igienisti.

Promozione e prescrizione attività fisica. Nel 2015, in relazione alla costruzione di reti per diffondere la pratica dell'attività fisica, sono state messe in campo le seguenti azioni:

- iniziative con enti di promozione sportiva (CSI) per promuovere l'attività fisica nei condomini (*Progetto Move your green social Home*);
- corso di formazione per *walking leader* di gruppi di cammino collaborando con AUSER;
- partecipazione ad iniziative di promozione dei *Pedibus* nella città di Imola.

Nell'ambito dell'attività di prescrizione dell'attività fisica, pur non essendo l'AUSL di Imola tra quelle finanziate dalla Regione per specifici progetti, si segnalano comunque le seguenti attività:

- collaborazione con la Unità operativa di Medicina e centro antidiabetico su un progetto di prescrizione di attività fisica a soggetti diabetici;
- permanenza della possibilità di effettuare presso il Centro di Medicina dello sport consulenze con prescrizione di attività motoria a soggetti portatori di patologie/fattori di rischio sensibili all'esercizio fisico (ipertensione, diabete, obesità).

Tutela salute e sicurezza nelle strutture sanitarie - L'AUSL di Imola, nel corso del 2015, ha messo in campo diverse azioni finalizzate alla Tutela della Salute e la Sicurezza nelle Strutture Sanitarie:

- adesione alle indicazioni contenute nelle "*Linee di indirizzo sulla sorveglianza sanitaria degli operatori delle Aziende Sanitarie*" e partecipazione al gruppo di lavoro per la valutazione dell'idoneità psicofisica e sulla definizione dei requisiti minimi per l'idoneità psicofisica;
- adeguamento della Cartella Clinica Informatizzata con possibilità di inserire anche la formazione specifica sui rischi effettuata dal singolo lavoratore in modo da garantire controllo e razionalizzazione della formazione stessa con possibilità di generare scadenziari per il *retraining*; in questo ambito è stata garantita adeguata formazione agli operatori attraverso formalizzazione e pianificazione annuale;

- presentazione all'Assessorato regionale competente della Regione Emilia-Romagna di un progetto aziendale (biennio 2016-2017) sul benessere organizzativo che permetterà di gestire in modo organico tutti gli aspetti legati al benessere degli operatori mettendo in campo un team multi professionale;
- applicazione puntuale delle direttive regionali in tema di vaccinazioni per malattie prevenibili da vaccino (morbillo, rosolia, varicella) con screening contestualmente all'assunzione degli operatori ed offerta del vaccino qualora il lavoratore risulti negativo;
- effettuazione agli studenti universitari che devono effettuare il tirocinio, dello screening per infezione tubercolare latente e conseguente applicazione delle disposizioni contenute nella circolare regionale in materia in caso di positività;
- adozione di "Procedura per la sorveglianza e il controllo della legionellosi" coerente con le linee guida regionali, predisposizione e applicazione di uno specifico "Piano di valutazione rischio legionellosi" in cui sono individuate puntualmente le attività di prevenzione periodicamente effettuate.

#### 3.4.2 Appropriatezza clinica e organizzativa

L'integrazione tra ospedale e territorio riveste un ruolo centrale nel regolamentare i flussi in entrata e in uscita dall'ospedale, ed è fondamentale per assicurare la continuità delle cure. L'ospedale si configura come il *setting* assistenziale per la gestione di problematiche ad insorgenza acuta, con rilevante compromissione funzionale o necessitanti di risposte tecnologicamente ed organizzativamente articolate e complesse, da programmare secondo la logica dell'intensità delle cure; il territorio rappresenta invece il *setting* complementare più appropriato per la gestione della cronicità. L'AUSL di Imola negli ultimi anni ha avviato un percorso di riorganizzazione che ha visto coinvolto sia il livello ospedaliero che quello territoriale.

**L'Ospedale di Comunità (OsCo)** presso la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme (deliberazione n. 44 del 28.3.2014) - costituito da **28 PL di struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI)** e da **12 PL di Hospice territoriale** - offre una modalità assistenziale di tipo intermedia, rivolta a determinati target di utenza, con la finalità di attuare cure in ambiente protetto, consolidare le condizioni di salute e garantire la prosecuzione del processo di recupero delle autonomie in un contesto non ospedaliero. Nel 2015, l'OsCo, cui afferisce budget specifico nell'ambito del DCP, ha portato a regime la gestione infermieristica con progressiva riduzione della presenza medica ospedaliera pomeridiana. Si è dotato di specifica Procedura di Accettazione e Dimissione degli ospiti nonché per la gestione documentale del processo clinico-assistenziale. La Struttura Residenziale di Cure Intermedie è stata collocata nei locali ristrutturati della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme. In relazione alle funzioni correlate all'Hospice territoriale, si evidenzia l'obiettivo teso a definire il percorso di cure palliative non oncologiche nell'ambito del più ampio sviluppo delle cure palliative in attuazione della normativa regionale in materia al fine di garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete.



**Presa in carico del paziente cronico complesso.** In collaborazione con l'Università Bocconi e nell'ambito dell'Accordo Integrativo Locale con la Medicina Generale è stato avviato, a settembre 2014 presso la sede del NCP di Imola, un progetto di gestione integrata di presa in carico del paziente cronico che prevede il potenziamento e consolidamento di modelli e progettualità già in essere a livello aziendale (Progetto Diabete, assistenza domiciliare, dimissioni protette, ecc.).

Tale progetto si pone come obiettivo la sperimentazione di un modello organizzativo per la presa in carico multiprofessionale proattiva del paziente cronico complesso, secondo la logica del passaggio dalla medicina di "attesa", centrata sulla malattia in fase di acuzie, alla "medicina di iniziativa". Il modello organizzativo per la presa in carico del paziente cronico complesso nel NCP di Imola ha previsto l'inserimento di questa attività all'interno del modello di Continuità Assistenziale Diurna (dalle ore 12 alle ore 17 dei giorni feriali nella sede internucleo sono attivi due ambulatori: uno dedicato alla continuità assistenziale ad accesso diretto ed uno dedicato alla gestione del paziente cronico, su chiamata).

La popolazione target del "Percorso Cronicità" comprende, in questa prima fase di sperimentazione, i soggetti deambulanti e non istituzionalizzati ad elevata vulnerabilità sanitaria e sociale e con elevati livelli di dipendenza, di multimorbosità e di utilizzo dei servizi (storia di ricoveri ripetuti, accessi multipli in Pronto Soccorso, polifarmacoterapia) affetti dalle seguenti condizioni croniche: malattie respiratorie croniche (BPCO oppure pazienti in ossigenoterapia); malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco).

Sono arruolabili per il Percorso anche i pazienti con diabete mellito "complessi" (diabetici con multimorbosità, polifarmacoterapia, eventuale vulnerabilità socio-sanitaria e/o frequente utilizzo dei servizi). Il MMG identifica gli assistiti eleggibili al percorso di presa in carico del paziente cronico complesso, secondo i criteri concordati, informa gli assistiti ed effettua l'arruolamento al progetto. L'infermiere provvede a convocare il paziente nella giornata in cui è previsto l'accesso al NCP del proprio Medico.

Al primo accesso viene aperta una cartella (al momento cartacea). Attraverso l'applicativo gestionale utilizzato dal servizio è possibile poi inserire la presa in carico del paziente con la conseguente disponibilità in formato elettronico di tutte le schede in uso.

Gli strumenti utilizzati sono: la scheda di valutazione multidimensionale che consente un primo inquadramento e supporta il MMG e l'infermiere nella raccolta delle principali informazioni anagrafiche, cliniche e sociali relative al paziente, per facilitare una corretta identificazione del bisogno assistenziale, preliminare alla definizione del piano assistenziale individuale (PAI); il Piano assistenziale individuale (PAI); il Questionario COPD Assessment Test (CAT), un questionario unidimensionale composto da 8 item sul deterioramento dello stato di salute nella BPCO; il Questionario Modificato del British Medical Research Council (mMRC); la scala di dispnea MRC che si basa sull'anamnesi del paziente circa l'origine e la qualità del sintomo durante l'esecuzione delle comuni attività quotidiane (camminare, salire le scale, vestirsi).

Presso i **Nuclei di Cure Primarie** le iniziative di confronto tra professionisti territoriali ed ospedalieri, in termini di condivisione di modelli organizzativi per la gestione dei percorsi clinico - assistenziali e di confronto sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, hanno coinvolto MMG, infermieri, specialisti territoriali e specialisti ospedalieri, cardiologi e pneumologi in particolare.

Nell'ambito del progetto di presa in carico del paziente cronico complesso è stato istituito il GLaM (Gruppo di Lavoro Multidisciplinare) composto da medici di organizzazione, responsabili infermieristici, referente clinico per la Medicina Generale, medici coordinatori ed infermieri dei Nuclei di cure Primarie, con lo scopo di condividere i criteri per l'arruolamento dei pazienti nel percorso cronicità, definire gli strumenti (documentazione sanitaria, supporti informativi, bisogni formativi), individuare le eventuali criticità, proporre soluzioni e valutare l'andamento del progetto. E' stata prevista la possibilità di eseguire prestazioni strumentali (lettura clinica di elettrocardiogramma e spirometria) all'interno dei Nuclei di Cure Primarie.

Sul tema dell'**appropriatezza prescrittiva** è stata definita una reportistica predefinita periodica rivolta ai MMG, finalizzata al monitoraggio degli obiettivi sulla farmaceutica, siglati nell'Accordo Integrativo Locale, con particolare riferimento al monitoraggio di categorie critiche di farmaci oggetto degli obiettivi regionali, alla rilevazione per ciascun MMG dell'andamento di prescrizione e di spesa con i propri scostamenti rispetto all'anno precedente, al NCP di appartenenza ed alla somma dei NCP, ecc. L'accordo, inoltre, con l'attivazione dell'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme ha coinvolto i medici di continuità assistenziale attraverso il loro inserimento nella copertura, congiuntamente ai medici ospedalieri, dell'assistenza ai pazienti della Struttura Residenziale di Cure Intermedie e dell'Hospice territoriale nelle fasce orarie notturne, nei pomeriggi prefestivi e nei festivi. L'inserimento è stato preceduto da un periodo di affiancamento e da attività di formazione condotta da medici geriatri, medici palliativisti e medici dell'area dell'emergenza/urgenza.

Sono state recepite le indicazioni regionali in termini di appropriatezza prescrittiva nell'ambito dei percorsi senologici e del passaggio delle prestazioni di ricovero al regime ambulatoriale ex DGR 1108/2011. Quest'ultimo percorso si è ulteriormente ampliato con l'apertura della struttura dedicata Day Surgery Polispecialistico a Castel San Pietro Terme.

### 3.4.3 Percorsi continuità ospedale - territorio

**Dimissioni Protette e PUA.** Nel corso del 2015 il PUA ha gestito un'importante riorganizzazione che ha coinvolto sia l'attività svolta sia un avvicendamento del personale infermieristico in carico al Servizio. La sede del PUA Ospedaliero ha trasferito le attività territoriali nelle sedi del "Punto di accoglienza del NCP" e nella "Casa della Salute" di Castel San Pietro Terme ed è costantemente raccordata con le sedi territoriali nella gestione dei casi segnalati. Tali attività restano molto integrate tra le vari sedi grazie al mantenimento di un unico programma informatizzato, Arianna ADI, nella segnalazione quotidiana delle attività svolta. L'implementazione dell'uso della cartella unica informatizzata in quasi tutti i Dipartimenti facilita il flusso delle segnalazioni.

Il PUA ha mantenuto costante l'impegno con i reparti di degenza nei casi che necessitavano di dimissione protetta favorendo, anche per i bisogni sociali, la continuità tra Ospedale e Territorio.

Rilevante è l'attività che il PUA svolge per pianificare il rientro al proprio domicilio o in Struttura quando le condizioni del paziente non lo rendono possibile. Il coinvolgimento dei famigliari è molto presidiato per favorire il percorso di dimissione, attraverso colloqui personalizzati e con l'ausilio di materiale informativo dedicato. Anche l'attività ed il ruolo del Mediatore culturale è particolarmente presidiato. Vengono mantenute le seguenti attività:

- controllo e registrazione delle segnalazioni attraverso Arianna ADI;
- verifica quotidiana dei nuovi ingressi in Ospedale ed eventuale attività assistenziali erogate sul territorio;
- valutazione pazienti nel reparto di degenza;
- attività di valutazione nella commissione delle UVG Ospedaliere, dove il PUA è componente attivo dell'equipe di valutazione, in reparto e sul territorio per l'inserimento in struttura definitiva;
- attività di valutazione nella commissione delle UVG presso Istituto di Montecatone;
- gestione posti letto temporanei in RSA, valutazione semplificata con il Geriatra in reparto per favorire la copertura immediata dei posti disponibili;
- percorso pediatrico ad alta complessità;
- nel monitoraggio percorso "Violenza di genere e assistita";
- invio segnalazioni, relazioni e aggiornamenti al Servizio Sociale;
- percorsi sociali ad alta complessità per utenti senza fissa dimora, fuori AUSL, con elevate criticità sanitarie;
- gestione diretta su segnalazioni riferite a cittadini non residenti con problemi di tipo sociale e supporto al PS nella gestione dei *frequent-user*, informazioni ed invio a centri accoglienza, erogazione biglietti per treno/autobus, fornitura di generi di prima necessità;
- verifica incrociata dei dati di attività con i Servizi Sociali;
- percorso segnalazione gravida/nascituro a rischio con coinvolgimento reparti di ostetricia, ginecologia, pediatria, SERT, DSM, Servizio Sociale, comunità di accoglienza;
- attivazione Servizi Sociali fuori AUSL per utenti ricoverati;

- valutazioni semplificate, in collaborazione con l'assistente sociale, per assegno di cura e certificazione della non autosufficienza a seguito dell'attivazione SAD e commissione ai sensi della L 2068;
- collaborazione con il PS per attivazione percorso violenze e abusi secondo procedura Aziendale, segnalazione alle forze dell'ordine;
- attivazione servizio di volontariato per utenti residenti nel nostro territorio;
- organizzazione trasporto gratuito per pazienti anziani soli o in difficoltà economiche, pazienti oncologici non deambulanti in difficoltà;
- segnalazione alle forze dell'ordine e condivisione del percorso con l'utente.

Per quanto riguarda l'attività di informatizzazione si segnala l'aggiornamento nella Intranet Aziendale della sezione del PUA riferita ai dati di attività, reportistica sull'utilizzo del Servizio e l'aggiornamento delle informative riguardanti i percorsi Ospedale-Territorio (invalidità, attivazione Servizio Infermieristico Domiciliare, attività MMG, Sportelli Sociali).

La partecipazione agli incontri periodici multidisciplinari si è aggiunta, oltre che nei casi di pazienti con SLA, anche ad altre situazioni complesse come ad esempio l'inserimento in Comunità per pazienti HIV. Prosegue attività di supporto per addestramento per la formazione e certificazione del *caregiver*. Viene mantenuta la collaborazione con il Servizio di gastroenterologia per la gestione di alcuni pazienti con Gastrotube o PEG che sono seguiti dal SID e che necessitano di consulenza gastroenterologia che vedrà nel corso del 2016 anche la produzione di una procedura dedicata. Di seguito si riportano le tabelle ed i grafici con i dati di attività del PUA che evidenziano un costante incremento del totale delle segnalazioni, nel corso degli ultimi tre anni, in particolare modo proveniente dai reparti del Presidio Ospedaliero.

Il ruolo di facilitatore dell'Infermiere del PUA ha mantenuto costante il coinvolgimento del paziente e del *caregiver* e del Medico di Medicina Generale. Altra attività implementata all'interno del PUA è stata l'avvio della sperimentazione del progetto del ruolo di facilitatore per i trasferimenti richiesti dal DEA ed in particolar modo dall'area critica verso i reparti internistici.

### Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

**Tabella 3.3 - Segnalazioni e dimissioni per sede di provenienza. Periodo 2013-2015**

<b>SEGNALAZIONI per sede di provenienza</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
AMBI - MEDICINA MINORE INTENSITA CLINICA	100	189	250
MEDI - MEDICINA INTERNA 1	135	559	621
MED2 - MEDICINA INTERNA 2	97	302	403
GERM - GERIATRIA MISTA	250	205	287
LUIN - LUNGO DEG. INTENSIVA	316	301	297
LDPC - LUNGO DEG. POST ACUTI CSP	178	123	0
CARD - CARDIOLOGIA	5	5	10
MUR - MEDICINA D'URGENZA	8	8	19
UROL - UROLOGIA	5	3	12
CHIA - CHIRURGIA A	30	27	49
ORTB - ORTOPIEDIA	29	46	89
ORTG - ORTOGERIATRIA	0	0	21
RIAN - RIANIMAZIONE	8	16	21
SEMI - TERAPIA SEMINTENSIVA	7	4	8
PSIO - PSICHIATRICO OBBL.	3	6	0
PSIV - PSICHIATRICO VOL.	4	14	20
HOSP - HOSPICE	35	37	43
PEDG - PEDIATRIA GENERALE	21	14	13
PEPN - PEDIATRIA NEONATALE	1	3	0
SIRCI	0	48	0
SRCI-CSPT	0	0	134
OSTE - OSTETRICIA-GINECOLOGIA	9	10	12
ORL	0	0	3
NIDO - NEONATOLOGIA	3	6	15
DIALISI-NEFROLOGIA	6	3	24
DH ONCOLOGICO	27	6	5
OBI	16	13	24
PRONTO SOCCORSO	83	82	65
UTIC	1	0	2
ALTRI SERVIZI	7	8	13
DOMICILIO	651	753	826
Montecatone	38	55	57
Ospedale altra AUSL	60	53	50
Strutture ASP (CP/RSA)	32	34	54
<b>TOTALE</b>	<b>2.165</b>	<b>2.933</b>	<b>3.447</b>

<b>Suddivisione per chi ha segnalato</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
MMG	163	174	172
REPARTO	1.356	1.944	2.355
SERVIZI AUSL	103	147	188
Paziente/Care-giver	106	167	183
SERVIZI ASP	415	485	498
ALTRO	21	16	46
<b>TOTALE</b>	<b>2.164</b>	<b>2.933</b>	<b>3.442</b>

In riferimento ai dati anagrafici si evidenzia che il 76,4% ha un'età superiore ai 75 anni e rispetto al sesso le femmine risultano il 57,4% e i maschi 42,6%.

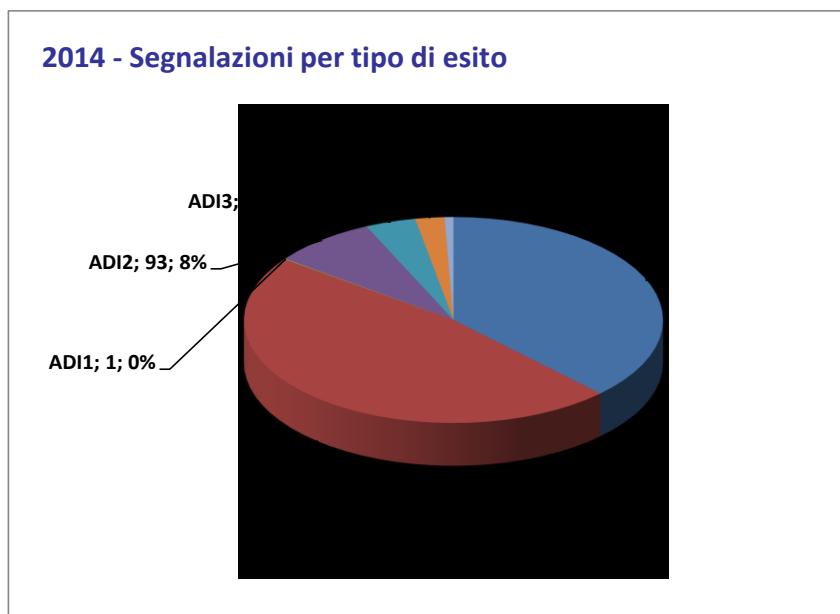
### Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Nella tabella seguente, che rappresenta la tipologia di dimissione protetta esitata, si evidenzia un incremento importante riguardante l'attivazione dell'assistenza infermieristica domiciliare.

**Figura 3.4 - Distribuzione segnalazioni PUA per tipologia di esito. Periodo 2013-2015**

SEGNALAZIONI per tipo di esito (*)	2013	2014	2015
UVG	426	426	436
ASS INF DOMICILIARE	454	494	549
ADI1	5	2	1
ADI2	68	79	93
ADI3	73	43	45
altri servizi AUSL	15	9	26
DGR 2068/04	8	23	8
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>1.049</b>	<b>1.076</b>	<b>1.158</b>

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



**Percorso Nascita e Interventi in età pediatrica.** Nel corso del 2015 è stato elaborato il percorso per la designazione del Referente provinciale del Percorso Nascita. Nella seduta del 18/05/2015 il Comitato dei Direttori di Area Vasta Emilia Centro ha approvato, su proposta del Collegio Tecnico di Area Sanitaria, le aree tematiche (sulla base degli obiettivi regionali assegnati) quali ambiti prioritari di intervento tra i quali rientra la ridefinizione della rete TIN/Neonatologie, il riordino dei trasporti e dei punti nascita, lo sviluppo del parto in analgesia e lo sviluppo del Percorso Nascita. Si è quindi costituito un Gruppo Professionale di AVEC composto da rappresentanti delle diverse Aziende aderenti ed il relativo Coordinatore, nonché referente di Area Vasta, nella persona del Direttore dell'Unità operativa Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola – Malpighi.

#### Accesso alle metodiche di controllo del dolore da parto.

A decorrere dal mese di settembre 2015 l'analgisia peridurale, metodica di controllo del dolore nel parto, presso l'Unità operativa di Ostetricia-Ginecologia è stata estesa all'intera giornata (24 ore su 24) dal lunedì al venerdì. Il Consultorio Familiare ha contribuito alla divulgazione delle informazioni inerenti tale metodica per favorire le gestanti nell'adozione di una libera scelta, attraverso una maggiore consapevolezza e partecipazione all'evento nascita.

I medici anestesisti, da marzo 2015 a tutt'oggi, partecipano con i medici ginecologi agli incontri previsti nei corsi di accompagnamento alla nascita (7 incontri annui). Le ostetriche del Consultorio Familiare hanno raccolto le opzioni delle donne durante gli incontri e singolarmente durante i colloqui con le gravide fisiologiche; inoltre hanno divulgato il materiale informativo a tutte le gestanti che affluiscono al servizio (nel 2015, 63 gravide hanno optato per il parto in analgesia su un totale di 994 parti).

#### Implementazione attività di assistenza alla gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica.

Il personale ostetrico ed i medici ginecologi del servizio consultoriale hanno attivato, nel corso del 2015, una serie di incontri di formazione sul campo in merito alle tematiche relative all'assistenza alle gravidanze a basso rischio, come momento di confronto, verifica ed aggiornamento che si protrarrà anche nel 2016. Si evidenzia che il Consultorio Familiare dell'Azienda ha preso in carico, nel 2015, 519 donne gravide residenti nel territorio di competenza, di queste 127 sono risultate a basso rischio e pertanto seguite dalle ostetriche. Si specifica, infine, che sul totale dei parti corrispondenti a 994, le donne gravide residenti nel territorio dell'AUSL di Imola sono state 787.

#### Promozione di scelte informate sulla gravidanza ed il parto.

Da giugno 2015, presso il Consultorio Familiare, al momento del colloquio, viene compilata dal personale ostetrico la nuova *cartella regionale della gravidanza*, dotata di inserti informativi importanti dei quali si suggerisce l'utilità della lettura.

#### Diabete in età pediatrica.

Nella seconda parte del 2015 è stata effettuata l'attivazione del gestionale *Mystar Connect* presso la Pediatria del Presidio Ospedaliero di Imola con l'attribuzione delle credenziali agli utenti individuati per l'inserimento dei dati relativi ai bambini/adolescenti in carico. Il completamento del caricamento dei dati per il monitoraggio e la valutazione delle cure è previsto per il primo trimestre 2016.

#### Lotta all'antibioticoresistenza.

Facendo riferimento a quanto contenuto nel verbale del comitato regionale per la pediatria di libera scelta (nota prot. 418265 del 15.06.2015) nel corso dell'autunno è stato dato avvio a livello locale al progetto sull'uso appropriato degli antibiotici in età pediatrica (Progetto Proba). Consultato il comitato aziendale dell'area pediatrica si è proceduto all'acquisto ed alla distribuzione dei RAD test secondo le modalità definite a livello regionale e a coinvolgere i referenti di CUP2000 per illustrare nuovamente le modalità di registrazione degli esiti sul gestionale *Junior Bit*, in uso ai pediatri, fornendo materiale esplicativo sulla integrazione in cartella clinica.

#### Allattamento.

Relativamente al monitoraggio sull'alimentazione del lattante previsto dalla Regione Emilia-Romagna, il Servizio di Pediatria di Comunità dell'AUSL di Imola ha partecipato alla specifica rilevazione, da marzo a giugno 2015, compilando le quattro domande previste nell'anagrafe vaccinale all'atto della prima e della seconda vaccinazione.

**Rete delle cure palliative.** L'accesso alla Rete delle Cure Palliative avviene per gli utenti con *setting* assistenziale territoriale tramite l'accesso agli ambulatori oncologici, o mediante l'apertura di Assistenza Domiciliare Integrata con consulenza del palliativista; l'accesso alla Rete è garantito anche per gli utenti con *setting* assistenziale ospedaliero, tramite l'accesso in Reparto del medico palliativista che, in base alle condizioni del paziente, rende operativa l'assistenza territoriale o quella in Hospice. L'AUSL di Imola sin dalla programmazione, effettuata nell'anno 2012, del nuovo Ospedale di Comunità (comprensivo della Struttura Residenziale di Cure Intermedie e dell'Hospice Territoriale) ha avviato nuove valutazioni sul tema delle cure palliative oncologiche e non e sui nodi della rete locale. La DGR 560/2015 "*Riorganizzazione della rete locale di cure palliative*" ha riproposto la necessità di definire una nuova organizzazione e la definizione di nuovi riferimenti di coordinamento e controllo, da formalizzare nel corso del 2016.

#### **3.4.4 Gestione del rischio "sicurezza delle cure"**

**Assetto organizzativo per rischio e sicurezza.** Nell'AUSL di Imola viene aggiornato annualmente un Piano Programma sulla gestione del rischio relativamente alle attività di prevenzione e protezione dei lavoratori e di gestione del rischio clinico. Nel piano sono previsti interventi e attività relativi a: prevenzione cadute, gestione allontanamento, prevenzione violenza su operatore, gestione clinica del farmaco, sicurezza in chirurgia, sicurezza nelle trasfusioni, prevenzione infezione correlate all'assistenza, gestione dei sinistri, valutazione dei rischi, sorveglianza sanitaria dei lavoratori dell'Azienda e iniziative di formazione.

L'AUSL di Imola ha, inoltre, attuato quanto previsto dalla DGR 318/2013 ad oggetto "Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici". Con Deliberazione aziendale 58/2014 si è provveduto a modificare l'assetto organizzativo e le funzioni degli organismi e della rete di referenti/facilitatori deputati alla Gestione del Rischio Infettivo. In particolare, allo scopo di armonizzare l'assetto organizzativo a quanto indicato dalle suddette linee guida, sono state riviste le modalità di Gestione del Rischio Infettivo nell'azienda, garantendo:

- integrazione delle attività del rischio infettivo nell'ambito della funzione aziendale di gestione del rischio, in modo da avvalersi di tutte le competenze e ottimizzare l'uso delle risorse;
- integrazione delle attività di controllo del rischio infettivo tra ospedale e territorio e Dipartimento di Prevenzione;



- integrazione delle attività di controllo mirate a prevenire la trasmissione di infezioni in ambito assistenziale e quelle mirate a promuovere l'uso responsabile di antibiotici;
- coinvolgimento diretto degli organi preposti dell'azienda (Collegio di Direzione) nella definizione e validazione degli obiettivi strategici del programma annuale di intervento.

**Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.** Nell'AUSL di Imola è in essere, dal 2011, un protocollo di gestione del rischio caduta che considera dalla fase di valutazione del rischio alla pianificazione delle misure preventive rivolte al paziente a rischio, ed alle modalità di gestione del paziente caduto ed alle modalità di segnalazione. E' attivo, pertanto, un sistema di osservazione/informativo delle cadute da parte dell'Area Rischi Clinici con l'obiettivo di monitorare periodicamente gli indicatori specifici su:

- frequenza delle cadute suddivise per Dipartimento e Unità Operativa;
- frequenza delle cadute rispetto il totale dei ricoveri;
- frequenza e tipologia degli esiti suddivisi per gravità;
- numero di ricadute suddivise per Unità Operativa.

Semestralmente viene redatto un report che viene presentato ai dipartimenti ed alle UUOO. L'area Rischi Clinici, inoltre, effettua una sorveglianza attiva per verificare se sono state adottate le misure correttive e di miglioramento.

**Indicazioni relative ad allontanamento di paziente da strutture sanitarie.** L'AUSL di Imola ha partecipato alla stesura della procedura interaziendale provinciale ad oggetto "Gestione dei casi di allontanamento di pazienti presi in carico da struttura sanitaria" ed ha redatto una procedura interna recependo la procedura di riferimento. Al fine di garantire una puntuale applicazione della stessa sono stati organizzati tre corsi. Gli eventi, quando si verificano, vengono segnalati con il sistema dell'*Incident reporting* e vengono discussi ai fini dei necessari interventi di miglioramento.

**Linee di indirizzo sulla gestione clinica del farmaco, ricognizione e riconciliazione farmacologica.** Nell'azienda è stata redatta una procedura unica che viene regolarmente aggiornata con le indicazioni regionali e che contiene le linee per la corretta gestione del farmaco e per la ricognizione e riconciliazione farmacologica. L'AUSL di Imola utilizza il flusso dell'*Incident reporting* per individuare le criticità emerse nella gestione del farmaco a cui segue un'analisi dei casi a livello di Unità Operativa o di Dipartimento. A livello aziendale l'intervento in corso è relativo al miglioramento della documentazione sanitaria tramite informatizzazione della cartella assistenziale e informatizzazione del FUT (foglio unico di terapia).

**Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.** La gestione è ormai consolidata ed è stata regolamentata e redatta una procedura aziendale di emotrasfusione "trasfusione di sangue ed emocomponenti" che ha come obiettivi:

- garantire la sicurezza trasfusionale al paziente/utente;
- minimizzare il rischio di accadimento di errori;

- assicurare la tracciabilità del processo e degli operatori coinvolti.

La procedura riguarda sia il paziente preso in carico dalla struttura ospedaliera e sia il paziente preso in carico dalle strutture territoriali (domicilio, nuclei di cure primarie, CRA).

Esistono due livelli di controllo: uno esercitato dal centro trasfusionale, uno tramite le segnalazioni dell'*Incident reporting*. Ogni segnalazione viene processata con un'analisi del caso e relativi correttivi applicati. E' in corso la redazione di una procedura provinciale unica che verrà adottata nel 2016 anche nella nostra azienda ed andrà a sostituire la procedura in essere.

#### **Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori.**

Nell'AUSL di Imola già da anni sono stati effettuati interventi sulla prevenzione della violenza su operatori sanitari di tipo prevalentemente formativo dedicati a operatori a rischio anche in riferimento a segnalazioni pervenute: percorso formativo Pronto Soccorso, operatori Ufficio Relazioni con il Pubblico, operatori del Dipartimento Salute Mentale. Ogni segnalazione pervenuta viene processata con audit di caso. Nel 2015 è stata redatta, da un gruppo di lavoro, una procedura specifica che definisce il percorso aziendale in caso di atti di violenza. Sono previsti nel 2016 incontri specifici sul tema per gli operatori.

#### **Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile.**

L'Azienda aderisce al Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dal 1.5.2014.

Nel 2014 l'Azienda si è dotata degli strumenti e delle risorse per garantire l'avvio della sperimentazione. In particolare:

- è stato nominato il Responsabile dell'attuazione del programma (delibera 64 del 15.5.2014);
- è stata integrata la composizione del Comitato Valutazione Sinistri secondo le indicazioni di cui alla DGR 2079/2013 (deliberazione 123 del 1.9.2014). Al fine di assicurare il collegamento e l'armonizzazione delle funzioni di rischio clinico e di gestione dei sinistri il Comitato Valutazione Sinistri aziendale comprende quale componente stabile il *Risk Manager* aziendale.
- con deliberazione 165 del 18.11.2014 è stato approvato il Documento "Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri. Assetto organizzativo e competenze per la gestione extragiudiziale", che definisce le fasi in cui si articola la gestione del sinistro, gli uffici e le Direzioni coinvolti, le competenze di ciascuno nonché le modalità di realizzazione dei diversi adempimenti.

Nel corso del 2015 sono state ulteriormente implementate le azioni rivolte alla piena attuazione del programma, in particolare sotto il profilo delle risorse necessarie e della reportistica.

A completamento degli strumenti necessari per la gestione formalizzati nel corso del 2014, con deliberazione 61 del 14.5.2015 è stato approvato e pubblicato, previo confronto con gli uffici regionali, avviso pubblico per la formazione di un elenco di avvocati da utilizzare per la difesa dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali per ragioni d'ufficio, in applicazione dell'istituto del patrocinio disciplinato dai CC.CC.NN.LL. Gli esiti dell'Avviso pubblico sono stati trasmessi alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali per l'Integrazione che, con successiva nota del

14.12.2015 ha rilasciato l'intesa sull'elenco dei legali (successivamente approvato con apposita deliberazione).

La Tabella 3.5 evidenzia il totale complessivo dei sinistri giunti all'attenzione dell'Azienda per segnalazione diretta o indiretta dell'interessato, ovvero per notizia dell'avvio di un'azione penale o civile o per il semplice sequestro di documentazione clinica. Sul totale sono evidenziati inoltre i casi "utili", ovvero per i quali è presentata una richiesta di risarcimento del danno, indipendentemente dalla forma in cui è prospettata (es. semplice richiesta diretta, intermediata da uno studio legale o associata ad un'azione civile o penale).

Nel periodo della sperimentazione, precisamente dal 1.5.2014 fino al 31.12.2015, sono stati aperti complessivamente 82 sinistri (dal 1.1.2014 al 30 aprile 2014 i sinistri sono stati aperti sulla polizza RCT in vigore). Nell'anno 2015 (tutto in sperimentazione) sono stati registrati 50 sinistri. Di questi 37 sono i casi "utili".

Per quanto riguarda lo stato dei sinistri in gestione diretta, rispetto ai sinistri aperti dal 1.5.2014 al 31.12.2015, alla data del 31.12.2015 risultavano decisi (liquidati o respinti) 22 sinistri su un totale di 59 casi "utili".

**Tabella 3.5 - Sinistri aperti per anno. Periodo 2008 - 2015**

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
2014	62	38
2015	50	37
<b>TOTALE</b>	<b>446</b>	<b>345</b>

**Infezioni correlate all'assistenza (ICA).** Per prevenire la trasmissione di ICA l'ambulatorio rischi clinici attua interventi di prevenzione, controllo e sorveglianza nel presidio Ospedaliero, nel Dipartimento di cure primarie e nelle Case Residenze Anziani (CRA).

Nel 2015, il programma annuale di prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo e uso responsabile degli antibiotici ha previsto le seguenti azioni:

- sorveglianza attiva eventi sentinella infettivi, monitoraggio della prevalenza delle infezioni (in particolare verso KPC), sorveglianza batteremie in Terapia intensiva, sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (progetto SiCHER); per l'adesione all'igiene delle mani, monitoraggio del consumo di soluzione alcolica ed elaborazione del report periodico
- revisione e aggiornamento dei protocolli/procedure (antisepsi e disinfezione, antibiotico profilassi preoperatoria);

- formazione degli operatori: Evento Formativo BLENDED “Promozione della sicurezza nell'assistito”; Convegno “Giornata europea uso responsabile degli antibiotici” 18.11.2015; Convegno “chiusura campagna annuale Igiene Mani” 5.12.2015.

L'attività di controllo si è realizzata tramite la conduzione di audit clinici per verificare l'applicazione delle buone pratiche assistenziali e la verifica dell'applicazione delle misure di isolamento negli assistiti con malattie infettive nel Presidio Ospedaliero e nelle CRA.

Nel 2015 l'AUSL di Imola ha raggiunto gli standard per tutti gli indicatori previsti dal monitoraggio annuale dell'ASSR (punteggio ICALIN), in particolare:

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

**Sicurezza in sala operatoria.** Per promuovere la sicurezza in sala operatoria, per ogni intervento chirurgico in regime ordinario, viene compilato il modulo A della *check-list* SOS.net, mentre per gli interventi in regime d'urgenza viene compilata la *check-list* ministeriale.

Nel 2015 la *check-list* SOS.net è stata compilata in oltre il 90% dei degli interventi chirurgici in regime ordinario. Le non conformità più frequenti riguardano: la mancata marcatura del sito; problemi di sterilità con lo strumentario; non conferma della sede di intervento. Tutti i risultati risultano in linea con quelli regionali.

## 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 31/12/2015, risultano complessivamente 1.940, registrando rispetto al 2014 un decremento pari a - 23 unità complessive (-24 inquadrate come personale dipendente).

**Tabella 4.1 - Personale dell'AUSL di Imola per tipologia contrattuale. Periodo 2013-2015**

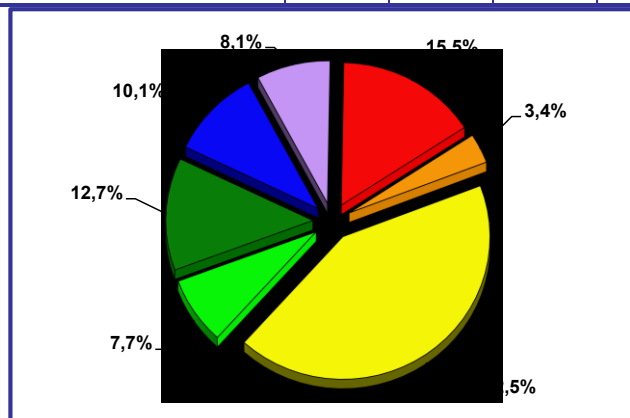
Tipologia contrattuale	2013	2014	2015	Var ass. 2014 - 2015
Dipendente	1.789	1.774	1.750	-24
Convenzionato*	163	162	167	5
Contratti libero-professionali, co.co.co.	30	27	23	-4
<b>TOTALE</b>	<b>1.982</b>	<b>1.963</b>	<b>1.940</b>	<b>-23</b>

\* Convenzionato: MMG, PLS, Medici Ambulatoriali, Medici Continuità assistenziale

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 2013-2015**

Categorie personale dipendente	2013	2014	2015	Var % 2014-2015
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	270	273	272	-0,4%
ALTRI DIRIGENTI SPTA	53	55	59	7,3%
PERSONALE INFERMIERISTICO	756	753	744	-1,2%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	145	146	134	-8,2%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	217	218	223	2,3%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	196	188	176	-6,4%
ALTRO PERSONALE	152	141	142	0,7%
<b>TOTALE</b>	<b>1.789</b>	<b>1.774</b>	<b>1.750</b>	<b>-1,4%</b>



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

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

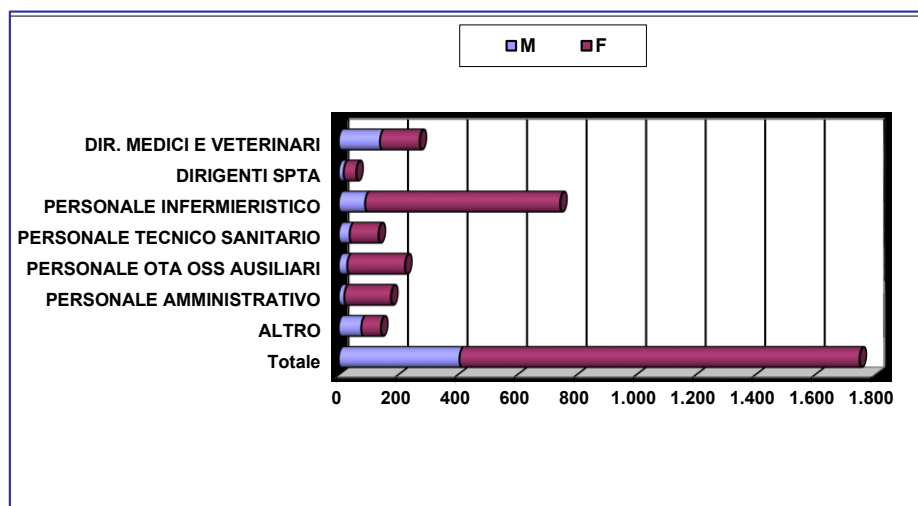
**Tabella 4.3 – Personale convenzionato per categorie, genere e classi di età. Anno 2015**

Categorie personale convenzionato 2015	sesso		classi di età					Totale	%
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65		
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA	54	41	0	3	14	60	18	95	57%
MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	7	14	0	2	4	14	1	21	13%
MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (Titolari)	12	9	0	8	9	3	1	21	13%
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI (Titolari e con incarico a tempo determinato)	10	18	0	4	6	17	1	28	17%
PROFESSIONISTI AMBULATORIALI	2	0	0	0	1	1	0	2	1%
<b>Totale</b>	<b>85</b>	<b>82</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>95</b>	<b>21</b>	<b>167</b>	<b>100%</b>

La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola (Figura 4.4) si ripropone immutata: ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata dato dal numero basso degli under 35; massima concentrazione nelle classi 45-54 (43,4%). La distribuzione per genere rappresentata nel grafico conferma la netta maggioranza di personale femminile. Il personale maschile risulta superiore nella categoria "dirigenti medici e veterinari".

**Figura 4.4 - Personale dipendente per categorie e classi di età. Anno 2015**

Personale dipendente 2015	Sesso		classi di età					TOT.
	M	F	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIR. MEDICI E VETERINARI	139	133	26	67	56	117	6	272
DIRIGENTI SPTA	17	42		17	18	24		59
PERSONALE INFERMIERISTICO	89	655	116	198	330	100		744
PERSONALE TECNICO SANITARIO	37	97	19	27	57	31		134
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	29	194	4	44	110	65		223
PERSONALE AMMINISTRATIVO	19	157		11	105	60		176
ALTRO	76	66	2	16	84	39	1	142
<b>Totale</b>	<b>406</b>	<b>1.344</b>	<b>167</b>	<b>380</b>	<b>760</b>	<b>436</b>	<b>7</b>	<b>1.750</b>
<b>%</b>	<b>23,2%</b>	<b>76,8%</b>	<b>9,5%</b>	<b>21,7%</b>	<b>43,4%</b>	<b>24,9%</b>	<b>0,4%</b>	<b>100,0%</b>



## 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 4.5 – Personale dipendente suddiviso per categorie e livelli di assistenza. Anno 2015**

Personale dipendente	OSPEDALE	DISTRETTO	SANITA' PUBBLICA	SERVIZI GENERALI	Totale
DIR. MEDICI E VETERINARI	220	31	18	3	272
DIRIGENTI SPTA	12	13	2	32	59
PERSONALE INFERMIERISTICO	588	129	11	16	744
PERSONALE TECNICO SANITARIO	89	25	17	3	134
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	184	35	1	3	223
PERSONALE AMMINISTRATIVO	31	38	9	98	176
ALTRO	33	8		101	142
<b>Totale</b>	<b>1.157</b>	<b>279</b>	<b>58</b>	<b>256</b>	<b>1.750</b>
<b>%</b>	<b>66%</b>	<b>16%</b>	<b>3%</b>	<b>15%</b>	<b>100%</b>

In Tabella 4.6 si evidenzia un decremento, nel 2015, delle unità di personale a tempo indeterminato pari a -45 unità.

**Tabella 4.6 - Indicatore di mobilità del personale dipendente (turn-over). Anno 2015**

DIPENDENTI 2015	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	2			2	1	1	6	2	10	-8
ALTRI DIRIGENTI SPTA			1	1					0	1
PERSONALE INFERMIERISTICO	6		24	30	1	8	24	5	38	-8
PERSONALE TECNICO SANITARIO				0			5		5	-5
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	3		2	5		3	8	2	13	-8
PERSONALE AMMINISTRATIVO				0	1		8	1	10	-10
ALTRO			1	1			6	2	8	-7
<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>28</b>	<b>39</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>57</b>	<b>12</b>	<b>84</b>	<b>-45</b>

In Tabella 4.7 il *turn over*, rispetto alle modalità di reclutamento e alle cause di cessazione.

**Tabella 4.7 - Modalità di reclutamento e cause di cessazione nell'AUSL di Imola. Anno 2015**

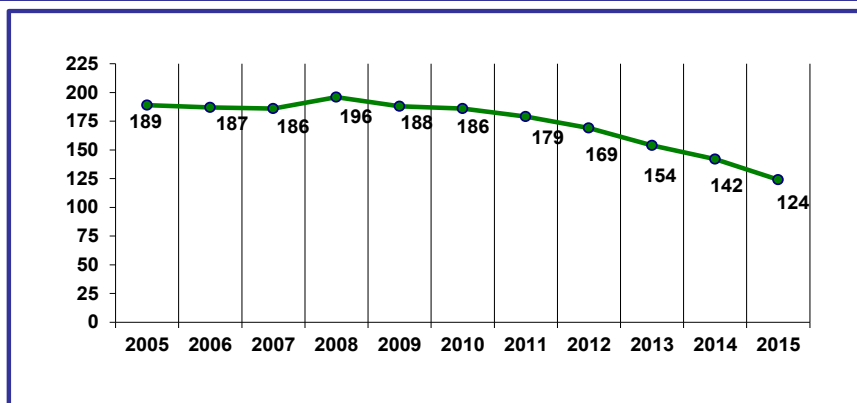
Modalità di reclutamento	2015
TRASFERIMENTO DA ALTRO ENTE	12
ASSUNZIONE OBBLIGATORIA CATEGORIE PROTETTE	1
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBL. CONTINUITA' TEMPO DETERM.	4
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA	22
<b>Totale</b>	<b>39</b>

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

Cause di cessazione	2015
DECESSO	1
INIDONEITA' PERMANENTE A PROFICUO LAVORO	5
RECESSO DEL DIPENDENTE	3
RECESSO PER PENSIONAMENTO	57
RISOLUZIONE RAPPORTO PER RAGGIUNTI LIMITI DI ETA'	2
TERMINE RAPPORTO-FINE ASPETT. ENTE ESTERNO	4
TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE	12
<b>Totale</b>	<b>84</b>

Il Grafico 4.8 e la Tabella 4.9 mostrano, rispettivamente, il trend dei part-time negli ultimi dieci anni e la suddivisione per categoria, genere e tipologia (ciclico, orizzontale e verticale) in riferimento al 2015.

**Grafico 4.8 - Numero di part-time attivati nell'AUSL di Imola. Periodo 2005 - 2015**



\* Dato al 31/12 dell'anno di riferimento

Il trend, in netto calo a partire dal 2009, mostra un ulteriore decremento del personale con part time, nel 2015 rispetto al 2014, pari a – 18 unità.

**Tabella 4.9 - Numero part-time nell'AUSL di Imola, aggregati per tipologia e genere. Anno 2015**

Part-Time 2015	PT Ciclico		PT Misto		PT Orizzontale		PT Verticale		TOT.
	M	F	M	F	M	F	M	F	
PERSONALE INFERMIERISTICO		1		1	1	53		17	73
PERSONALE TECNICO SANITARIO						5		2	7
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI						10		6	16
PERSONALE AMMINISTRATIVO					1	13		3	17
ALTRO					2	4	3	2	11
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>85</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>124</b>



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

La Tabella 4.10 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 2014 - 2015.

**Tabella 4.10 – Accesso ai congedi parentali e assistenza familiare. Anni 2015 e 2014**

ANNO 2015	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	190	35	7.582	1.283
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	228	35	5.115	633
<b>Totale</b>	<b>418</b>	<b>70</b>	<b>12.697</b>	<b>1.916</b>
ANNO 2014	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	200	31	8.970	401
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	211	30	5.135	564
<b>Totale</b>	<b>411</b>	<b>61</b>	<b>14.105</b>	<b>965</b>

### ***4.2 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti***

#### **Sistema di valutazione della performance e degli incarichi dirigenziali**

Gli ultimi anni hanno rappresentato, per l'AUSL di Imola, un periodo di profondo cambiamento per quanto riguarda i processi di valutazione della performance e degli incarichi della dirigenza e in parte anche del personale del comparto. A seguito della deliberazione 26 del 6.3.2013, assunta alla luce delle novità introdotte dal D.lgs. 150/2009, è stato avviato, a partire dal 2013, un percorso sperimentale rivolto all'introduzione di nuove modalità di valutazione annuale della performance individuale del personale dirigente che ha visto il coinvolgimento di tutti i Dipartimenti. Con deliberazione 46 del 15.4.2014 è stato adottato, inoltre, un nuovo regolamento di valutazione di fine mandato degli incarichi affidati ai dirigenti.

Dal 1.1.2016, completato il periodo di sperimentazione e di graduale implementazione, il nuovo sistema è entrato a regime e viene applicato da tutte le strutture aziendali. Si è completata una fase durante la quale sono stati definiti e testati gli strumenti per il loro utilizzo.

Nei prossimi anni il sistema di valutazione nel suo complesso dovrà essere migliorato per diventare uno strumento di governo della risorsa umana e incidere sulle scelte in tema di sviluppo e crescita professionale. Il percorso promosso a livello aziendale, sin dal suo avvio, si è prefissato di agire anche sugli aspetti di carattere culturale, ponendo attenzione alla valorizzazione e allo sviluppo del personale, nella consapevolezza che la gestione delle risorse umane non si esaurisce in meri atti amministrativi, ma implica una adeguata considerazione della persona all'interno del proprio ambiente di lavoro. L'obiettivo del nuovo impianto va oltre l'adempimento delle procedure

vincolate ai risultati gestionali ed è rivolto a diffondere nell'organizzazione un approccio culturale basato sulla capacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi senza aspettare in modo passivo indicazioni e prescrizioni, quindi di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore. 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 all'introduzione di mere logiche di scambio retribuzione/prestazione, dando un diverso senso e dignità al lavoro.

Il percorso avviato sul fronte della valutazione del personale, oltre a creare nuovi ed ulteriori strumenti di gestione del personale, deve permettere di generare benessere organizzativo inteso come capacità di ascolto, sviluppo delle relazioni, gestione positiva del cambiamento, crescita, coinvolgimento, riconoscimento del risultato ecc.

#### **Sistema di valutazione integrata della performance individuale e delle competenze**

I nuovi strumenti permettono annualmente, al superiore gerarchico, di esprimere una valutazione su ogni dipendente in base agli obiettivi individuali previamente concordati, oltre ad esprimere un giudizio su competenze di carattere organizzativo. Il risultato finale di tale valutazione determinerà il grado di performance legato al salario annuale di risultato, oltre ad alimentare il sistema più complessivo di valutazione di fine mandato dell'incarico dirigenziale affidato. Su questi aspetti tutto il personale apicale è stato coinvolto in un percorso formativo in aula con lezioni frontali tenute da esperti esterni e sul campo con tutor interni all'Azienda. Questo passaggio formativo è stato fondamentale per far conoscere lo strumento e per creare le condizioni migliori per implementare il nuovo modello di valutazione predisposto dall'Azienda. Il percorso formativo è stato orientato quindi agli aspetti connessi al "saper fare" e al "saper essere", con l'obiettivo di costruire i necessari meccanismi operativi, culturali e relazionali a sostegno di tutto il nuovo sistema della valutazione della performance.

#### **Sistema della valutazione degli incarichi dirigenziali**

Parimenti è stata avviata l'introduzione di un nuovo sistema di valutazione, a fine mandato, degli incarichi affidati a ciascun dirigente. La valutazione di prima istanza, da effettuarsi da parte del diretto superiore gerarchico si basa sull'apprezzamento di specifici obiettivi di periodo assegnati al dirigente all'atto del conferimento dell'incarico, delle competenze professionali espresse e dei comportamenti organizzativi tenuti, oltre ai risultati di performance annualmente conseguiti in ordine al sistema di valutazione sopra descritto.

## 4.3 Gestione del rischio e sicurezza

### 4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali

Nel 2015 il numero delle visite preventive e periodiche è di 499 valore sovrapponibile a quello del 2014.

Tabella 4.11 - Attività di sorveglianza sanitaria dell'AUSL di Imola. Anni 2014 e 2015

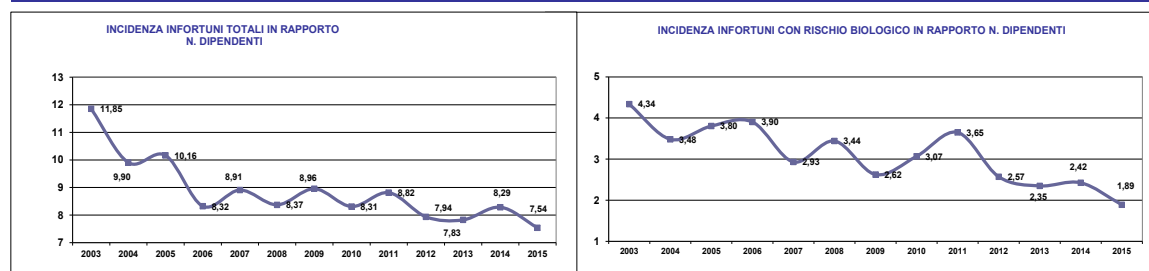
Attività di sorveglianza	2014	2015	Var.	Var %
N° visite effettuate	503	499	-4	-0,8%
N° visite periodiche	309	226	-83	-26,9%
N° viste preventive + visite a richiesta	110	131	21	19,1%

### 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 2015 sono stati rilevati 132 infortuni totali, di cui 33 a rischio biologico: l'indice di incidenza per gli infortuni totali è di 7,54 e per gli infortuni a rischio biologico risulta pari a 1,89%, entrambi in diminuzione rispetto all'anno precedente.

Grafici 4.12 - Incidenza di infortuni di dipendenti nell'AUSL di Imola. Periodo 2003-2015



La tabella che segue riassume il numero dei lavoratori assicurati INAIL sottoposti a sorveglianza, il numero degli infortuni e i lavoratori con inidoneità.

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

**Tabella 4.13 – Sorveglianza sanitaria, inidoneità alla mansione e infortuni. Periodo 2012-2015**

Sorveglianza sanitaria	2012	2013	2014	2015
Lavoratori assicurati INAIL	1.789	1.789	1.783	1.750
Totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	1.735	1.735	1.774	1.735
Totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	743	810	503	499
Lavoratori idonei alla mansione specifica	600	608	308	259
Lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	17	23	14	10
Lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	10	30	26	10
Lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica	12	10	6	2
Lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica	1	3	2	3
Infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici	78	73	88	83
Infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici	18	25	16	16
Infortuni a matrice biologica	46	42	43	33
Totale infortuni denunciati	55	102*	113	132
Totale di giornate di assenza per infortunio	1.868	1.991	2.100	1.716

(\*) Il totale infortuni denunciati è aumentato per un cambiamento nella modalità di denuncia degli infortuni, dettata da una nuova determinante normativa. Nel numero relativo al 2013 sono contemplate anche le comunicazioni di infortunio.

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.

### 4.4 Formazione "in cifre"

L'AUSL di Imola ha realizzato 260 iniziative formative rivolte al personale dipendente (161 residenziali sul campo, 13 *blended*, 8 FAD) che hanno dato origine a 497, registrando 58 edizioni in più rispetto al 2014, di cui 480 accreditate e 17 non accreditate rivolte a personale non soggetto a obbligo ECM. E' stata, altresì, garantita l'attività di *Provider* ECM per eventi formativi promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia Romagna, nonché da Montecatone *R.I.* In qualità di *Provider* sono state processate complessivamente 87 edizioni. L'AUSL di Imola ha, inoltre, progettato e realizzato 2 corsi dedicati a cittadini e volontari del territorio, riguardanti diversi temi tra i quali la sicurezza sviluppati su 18 edizioni.

**Tabella 4.14 - Iniziative formative realizzate. Anno 2015**

FORMAZIONE 2015	Eventi realizzati dedicati a personale dipendente		Eventi accreditati per Agenzia/RER		Eventi accreditati per Montecatone		Eventi realizzati dedicati a Personale ESTERNO		Totale	
	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni
<b>Residenziale ECM</b>	158	263	11	22	8	14			<b>177</b>	<b>299</b>
<b>Residenziale NON ECM</b>	3	3			1	6	2	18	<b>6</b>	<b>27</b>
<b>Sul campo ECM</b>	76	179			4	23			<b>80</b>	<b>202</b>
<b>Sul campo NON ECM</b>	2	7							<b>2</b>	<b>7</b>
<b>Blended ECM</b>	13	33							<b>13</b>	<b>33</b>
<b>Blended NON ECM</b>		1								<b>1</b>
<b>FAD</b>	5	5							<b>5</b>	<b>5</b>
<b>FAD NON ECM</b>	3	6							<b>3</b>	<b>6</b>
<b>Totale</b>	<b>260</b>	<b>497</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>43</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>286</b>	<b>580</b>

Sono state, inoltre, realizzate 18 iniziative formative dedicate ai Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali.

**Tabella 4.15 - Personale convenzionato coinvolto in iniziative formative. Anno 2015**

Titoli corsi di aggiornamento interno per personale convenzionato	MMG	MCA	PDLS	SPEC AMB
Argomenti di gastroenterologia: interazione tra Specialista e MMG- seconda parte	64			
Artriti	70			
Lettura critica ECG	55	17		
La prevenzione delle cadute nell'anziano	18	2		
Cronicità ad elevata complessità: supporto all'implementazione del modello di presa in carico del paziente cronico complesso presso l'AUSL di IMOLA	29			
Antibioticoresistenza	67			1
Criteri prescrittivi dei farmaci regolamentati dalle note AIFA 4,66,79. Organizzazione di audit clinico	42			
L'ascolto e il coinvolgimento del cittadino: segnalazioni e qualità percepita	2			
La spirometria nella presa in carico territoriale del paziente cronico	41			
Quattro passi in neurologia pediatrica 15			15	
Andromeda 2015			9	
La cartella informatizzata per i PLS			13	
<b>TOTALE</b>	<b>388</b>	<b>19</b>	<b>37</b>	<b>1</b>

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

A seguito dell'attività formativa interna realizzata nel 2015 il "monte crediti" prodotto per i dipendenti soggetti a obbligo ECM risulta pari a 61.690 con un pro-capite medio per dipendente di 52 che supera il valore fissato dalle indicazioni *ex ante* dal Collegio di Direzione.

In Tabella 4.16 si riporta quanto registrato al 13/04/2016 in merito ai crediti ECM acquisiti nel 2015. Il dato sulla formazione interna è completo, mentre quello sulla formazione esterna accreditata non è esaustivo, in quanto registrata solo la documentazione pervenuta.

**Tabella 4.16 - Crediti ECM acquisiti nell'AUSL di Imola. Anno 2015**

Anno	N.ro Crediti Erogati			Totale Crediti Erogati	Totale Dipendenti Ruolo Sanitario	Credito Minimo	Valore Assoluto	Rapporto
	Dipendenti	Non Dipendenti	Convenzionati					
<b>2013</b>	68.639	9.831	3.251	81.721	1.203	50	60.150	57,1
<b>2014</b>	72.146	15.683	5.148	92.977	1.200	30	36.000	60,1
<b>2015</b>	61.690	14.486	3.391	79.567	1.186	25	29.650	52,0

In Tabella 4.17 si evidenziano i dati relativi agli incarichi didattici assegnati nell'anno per la realizzazione di varie iniziative che hanno coinvolto i dipendenti: 187 docenze di formazione continua; 523 funzioni di *tutoring* per la formazione continua in iniziative di formazione sul campo. Sono 410 gli incarichi di docenza/relatore e tutoraggio assegnati a professionisti esterni.

**Tabella 4.17 - Incarichi didattici nell'ambito della Formazione Continua. Anno 2015**

Incarichi didattici	Dipendenti	Non Dipendenti	Convenzionati	Totale
<b>Docenti</b>	187	255	7	449
<b>Tutor</b>	523	155	0	678
<b>Totale</b>	<b>710</b>	<b>410</b>	<b>7</b>	<b>1.127</b>

In Tabella 4.18 si riportata la spesa per la Formazione 2015. Complessivamente sono stati utilizzati € 265.780 da Fondo aziendale stanziato per la formazione e ulteriori € 93.154 da Fondi vincolati/Finanziati, per un totale di € 358.934 comprensivo anche dei costi per la formazione del personale Convenzionato.

**Tabella 4.18 - Spesa per la Formazione dell'AUSL di Imola. Anno 2015**

Spesa per formazione 2015	Da budget	Fondi Vincolati	Totale
Formazione Interna	€ 105.220	€ 83.335	<b>€ 188.555</b>
Formazione Esterna	€ 48.830	€ 8.593	<b>€ 57.423</b>
Formazione interna personale Convenzionato	€ 646		<b>€ 646</b>
Biblioteca	€ 111.085	€ 1.226	<b>€ 112.311</b>
<b>Totale</b>	<b>€ 265.781</b>	<b>€ 93.154</b>	<b>€ 358.935</b>

## 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

Le Carte dei Servizi delle Unità Operative vengono aggiornate ogni qualvolta subentrino modifiche. La struttura generale delle Carte è comunque omogenea e concordata con i rappresentanti dei cittadini (CCM e CUF). Nel 2015 tutte le carte sono state tra l'altro aggiornate con le indicazioni riguardanti i riferimenti per ottenere le informazioni su eventuali allergeni contenuti negli alimenti somministrati ed il divieto di allontanarsi dal reparto senza aver prima avvertito il personale, secondo normative e direttive vigenti.

#### 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, è costantemente popolata ed aggiornata da un operatore dedicato dell'URP e, al 31.12.2015, conteneva 4.080 prestazioni.

L'URP garantisce, inoltre, la copertura oraria del servizio informativo aziendale di II livello, per un totale di 45 ore a settimana, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30.

I contatti telefonici per richiedere informazioni sui servizi dell'AUSL di Imola nell'anno di riferimento sono stati 2.464, confermando ulteriormente il trend in costante calo negli ultimi anni (2.925 nel 2014).

Lieve aumento percentuale dei passaggi al secondo livello, pari al 15,1% nel 2015 contro il 14,3% dell'anno precedente (374 chiamate vs 419), gestiti direttamente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico aziendale per la maggior complessità di risposta.

Sono complessivamente 139 le chiamate passate direttamente al CUP telefonico per effettuare una prenotazione (201 nel 2014).

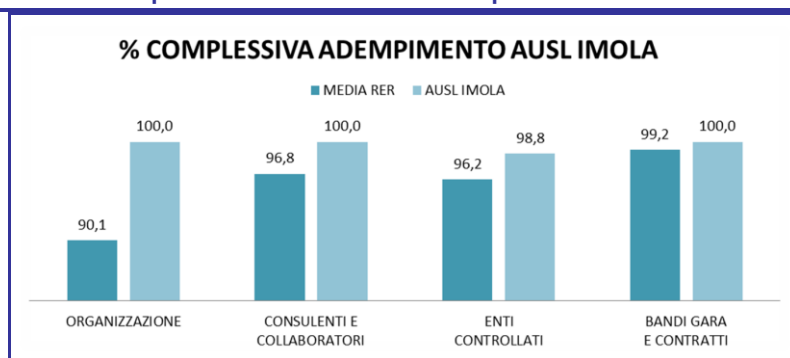
### 5.1.4 Sito internet istituzionale e la trasparenza

L'analisi dei dati di accesso al sito internet istituzionale ([www.ausl.imola.bo.it](http://www.ausl.imola.bo.it)) rileva nel 2015 una sostanziale stabilità delle connessioni da IP univoci (601.582 vs 604.287) che identificano il terminale specifico e quindi la persona/famiglia che si è connessa e le pagine visitate (nel 2015: 2.507.224; nel 2014 3.005.154). In aumento le visite in generale, che includono anche persone/famiglie che tornano sul sito più di una volta: il dato passa dalle 689.746 del 2014 a 735.500 nel 2015. Sono 216 le mail di richiesta informazioni giunte attraverso il format dedicato nel sito aziendale (in calo rispetto alle 273 nel 2014). Le pagine più visitate, oltre all'Homepage ed alle news principali, si confermano essere quella del Consultorio Familiare, in particolare lo Spazio Giovani (nello specifico sezione malattie sessualmente trasmissibili), degli screening e le pagine del libretto pediatrico. Molto visitata risulta anche la sezione dedicata ai bandi di concorso nello spazio Amministrazione Trasparente, a riprova della pubblica utilità delle informazioni contenute.

La **sezione Amministrazione Trasparente** (D.lgs. 33/2013) è stata mantenuta in costante aggiornamento secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento.

Il "Primo Rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità", prodotto nel 2015 da Agenas in collaborazione con "Libera-Illuminiamo la salute" e sulla base di monitoraggi effettuati a dicembre 2014 e a luglio 2015, pongono l'AUSL di Imola al secondo posto nazionale (a pari merito con altre 4 aziende sanitarie) con una percentuale di adempimento alla normativa pari al 95,8%. Un dato positivo che viene confermato ad aprile 2016 dall'analisi quantitativa delle attestazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale effettuate secondo quanto indicato dalla delibera ANAC 43/2016 (vedi grafico)

Grafico 5.1 – Adempimenti "Amministrazione trasparente" AUSL di Imola. Anno 2016



**Fascicolo sanitario elettronico (FSE).** Anche nel 2015 è proseguita la campagna di comunicazione e di attivazione del Fascicolo sanitario elettronico che si è concentrata particolarmente nell'attivazione del fascicolo alle persone in terapia anticoagulante orale (TAO), che con periodicità svolgono esami ematici con refertazione e terapia che deve essere prontamente disponibile. Questa nuova modalità di fruizione del TAO, unitamente alla



distribuzione degli opuscoli informativi regionali, alla campagna sui mezzi stampa e sui social, ad alcuni incontri ad hoc organizzato presso le maggiori organizzazioni di volontariato locali, ha permesso di aumentare i FSE attivati passando dai 4.300 del 31.12.2014 ai 7.519 del 31.12.2015 (circa 10.300 a luglio 2016).

## ***5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità***

### **5.2.1 Sistema di gestione delle segnalazioni**

In Tabella 5.2 si riporta la distribuzione delle segnalazioni (elogi, reclami, rilievi e suggerimenti) da parte dei cittadini all'Ufficio relazioni con il pubblico dell'AUSL di Imola (al netto di quelle per la Montecatone R.I spa.) riferite al periodo 2013-2015.

Continua il trend di aumento delle segnalazioni nel loro complesso: l'incremento più consistente riguarda rilievi e reclami, che aumentano complessivamente di 77 unità rispetto al 2014, ma anche nelle espressioni di elogio per un +28.

**Tabella 5.2 - Segnalazioni per tipologia rivolte all'AUSL di Imola. Periodo 2013-2015**

Tipologia segnalazione	2013	2014	2015	Var 2013/2015	Var % 2013/2015
Elogi	177	181	209	32	18,1%
Reclami	239	256	273	34	14,2%
Rilievi	126	139	199	73	57,9%
Suggerimenti	27	36	38	11	40,7%
<b>TOTALE</b>	<b>569</b>	<b>612</b>	<b>719</b>	<b>150</b>	<b>26,4%</b>

La Tabella 5.3 mostra le segnalazioni distribuite per modalità di presentazione: pur restando prevalente la modalità di presentazione personale della segnalazione all'URP, si nota una piccola diminuzione percentuale (dal 48,7% del 2014 al 44,2% del 2015) a favore di un aumento sensibile della modalità telefonica che passa dall'1,1% del 2014 al 7,1% del 2015 e di una lenta e costante crescita delle segnalazioni via email e web (26% vs 28,5%). Sostanzialmente stabili le altre modalità di segnalazione.

**Tabella 5.3 - Segnalazioni per modalità di presentazione – Anno 2015**

Tipologia segnalazione	URP	Lettera	E-mail/web	Stampa	Fax	Verbale / Telefonica	Totale	%
Elogi	29	75	88	15	1	1	209	29,1%
Reclami	183	20	56	1	8	5	273	38,0%
Rilievi	93	9	49	7	2	39	199	27,7%
Suggerimenti	13	4	12	3	0	6	38	5,3%
<b>TOTALE</b>	<b>318</b>	<b>108</b>	<b>205</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>51</b>	<b>719</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>44,2%</b>	<b>15,0%</b>	<b>28,5%</b>	<b>3,6%</b>	<b>1,5%</b>	<b>7,1%</b>	<b>100%</b>	

## Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

In Tabella 5.4 le segnalazioni sono ripartite in base alla classificazione CCRQ. Se nel 2014 le segnalazioni, in particolare gli elogi e i reclami, erano concentrati per oltre il 27% nella categoria "umanizzazione e aspetti relazionali" e solo per il 18% circa su quella "aspetti tecnici e professionali", nel 2015 la proporzione si inverte specularmente.

Si conferma invece un'alta concentrazione di reclami (121) riferiti agli "aspetti economici" e di rilievi (115) per gli "aspetti organizzativi, burocratici e organizzativi", categoria che nel complesso passa dal 15,7% delle segnalazioni del 2014 al 19,1% del 2015. Le contestazioni per richieste di ticket di Pronto Soccorso accolte e sanate sono state 122 (94 nel 2014), mentre 65 sono state valutate come dovute. La Commissione Mista Conciliativa ha rivalutato sei seconde istanze sul ticket, imponendo il pagamento in due casi e ritenendo il pagamento non dovuto in quattro casi.

**Tabella 5.4 - Segnalazioni suddivise in base alla classificazione CCRQ – Anno 2015**

Macro-categorie oggetto del reclamo	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale	%
<b>ASPETTI STRUTTURALI</b>	0	0	4	5	9	<b>1,3%</b>
<b>INFORMAZIONE</b>	0	1	16	7	24	<b>3,3%</b>
<b>ASPETTI ORGANIZZATIVI BUROCRATICI AMMINISTRATIVI</b>	0	3	115	19	137	<b>19,1%</b>
<b>ASPETTI TECNICI PROFESSIONALI</b>	112	59	7	2	180	<b>25,0%</b>
<b>UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI</b>	95	22	14	0	131	<b>18,2%</b>
<b>ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT</b>	2	0	4	1	7	<b>1,0%</b>
<b>TEMPI</b>	0	5	33	4	42	<b>5,8%</b>
<b>ASPETTI ECONOMICI</b>	0	121	1	0	122	<b>17,0%</b>
<b>ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA</b>	0	62	3	0	65	<b>9,0%</b>
<b>ALTRO</b>	0	0	2	0	2	<b>0,3%</b>
<b>Totale</b>	<b>209</b>	<b>273</b>	<b>199</b>	<b>38</b>	<b>719</b>	<b>100%</b>

Nel 2015 l'URP ha chiuso entro i 30 giorni richiesti dalla norma 272 pratiche di reclamo su 273, con una media di chiusura di 8 giorni. Nella logica di gestire i casi più complessi in modo personalizzato e risolutivo sono stati svolti 36 incontri tra utenti e professionisti: 22 tra direttori e/o coordinatori e familiari e pazienti con percorsi di diagnosi e di cura critici, alla presenza del responsabile URP, e 14 tra cittadini e responsabile URP. Inoltre, è stata utilizzata la metodologia della mediazione trasformativa dei conflitti nelle situazioni critiche in cui necessitava un recupero di fiducia reciproca. In 6 casi è stato attivato il servizio di Ascolto/Mediazione all'interno del "Progetto regionale gestione del rischio", a cura dei due mediatori aziendali e dei colleghi del Progetto interaziendale (MRI, Domus Nova, ASL Imola).

Da segnalare, anche, l'attività di ascolto degli operatori interni che l'Ufficio relazioni con il pubblico svolge laddove un professionista segnali conflitti con l'utenza, indirizzando il collega al CUG o ad altri organismi aziendali specifici. Si tratta di una attività importante, che rientra peraltro nelle strategie integrate di *diversity management* in quanto garantisce attenzione al professionista e supporta la sicurezza in ambito lavorativo. Nel 2015 questo tipo di segnalazioni hanno evidenziato

un lieve calo: 25 vs 27 dell'anno precedente, mentre 11 sono state le segnalazioni di criticità relazionali con l'utente/familiare e aggressioni verbali (16 nel 2014)

### 5.2.2 Incontri pubblici, campagne e materiali informativi

Nel 2015 sono stati organizzati oltre 60 eventi, tra incontri pubblici su temi di salute di interesse per la comunità (anche in collaborazione con Associazioni di Volontariato e di Promozione sociale o con le Amministrazioni Comunali), inaugurazioni, seminari e convegni ed un *flash mob* di promozione dell'allattamento al seno. L'azienda si è come sempre fatta terminale delle campagne di comunicazione regionali ed ha sviluppato alcune campagne informative minori a livello locale.

Tabella 5.5 - Campagne informative: eventi e convegni aziendali. Anno 2015

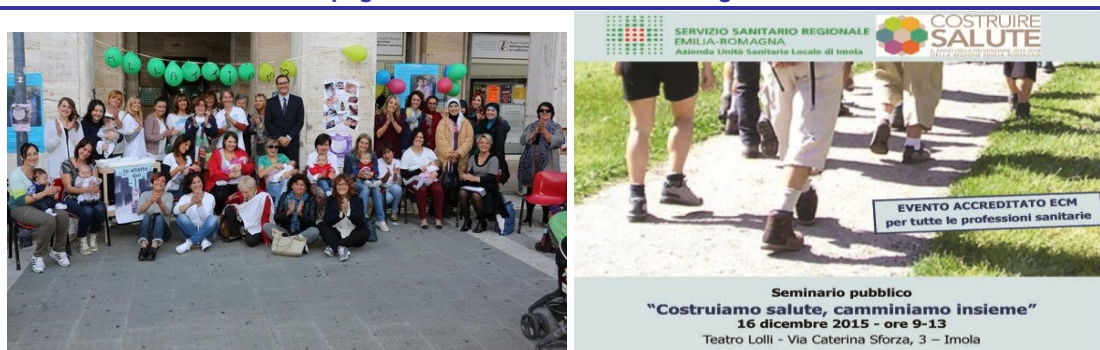
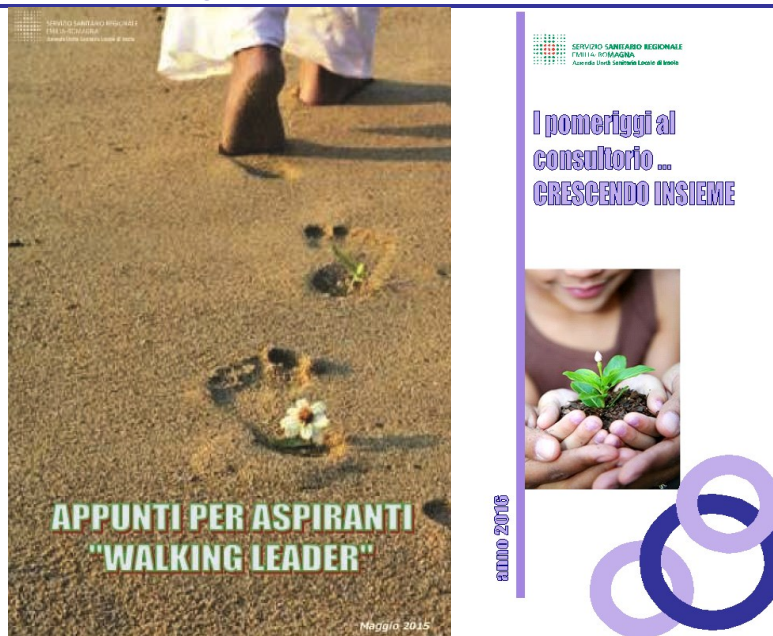


Tabella 5.6 - Campagne informative aziendali: materiali informativi. Anno 2015



### 5.2.3 Mass-media e social media

L'ufficio stampa nel 2015 ha prodotto 144 comunicati stampa, di cui 130 attivi (90,28%) e 14 in risposta ad articoli apparsi su quotidiani o settimanali locali. Sono inoltre state organizzate 8 conferenze stampa.

**Tabella 5.7 - Conferenze e comunicati stampa per mese di emissione. Anno 2015**

2015	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	totale
Conferenze stampa	1	0	1	0	1	1	2	0	1	0	0	1	8
Comunicati stampa	11	7	25	9	15	10	9	4	11	10	18	15	144
di cui attivi	10	6	20	9	14	10	8	3	9	8	18	15	130
di cui risposta	1	1	5	0	1	0	1	1	2	2	0	0	14

In calo significativo la percentuale di pubblicazione da parte delle testate dei comunicati aziendali che è stata del 84% (88,9% nel 2014), con il 48,6% di uscite su più di tre testate, contro il 65% dello scorso anno. Il fenomeno, giustificato da una generale diminuzione di attività delle redazioni locali, si riverbera nel calo progressivo degli articoli di stampa che coinvolgono l'AUSL di Imola, e che nel 2015 sono 900 (934 nel 2014; 973 nel 2013 e 955 nel 2012), ma solo considerando tutti i numerosissimi articoli, compresi quelli che non nominano direttamente l'Azienda, che riguardano la tematica "Ampliamento discarica di Imola", che coinvolge l'Azienda in quanto membro della Conferenza regionale dei servizi per la valutazione di impatto. Una specifica necessaria, questa, vista la scelta di inserire tutti gli articoli su questo tema fra quelli ad immagine negativa, in considerazione dell'impatto emotivo della vicenda, che passano per questo motivo dal 17% del 2014 al 31% dell'anno di riferimento. Analizzando le fonti, ritroviamo infatti gli stessi articoli nella sezione "altro", che comprende principalmente gli articoli del comitato contro la discarica. Abbiamo poi una sensibile diminuzione degli articoli positivi (42% vs 61%) ed una sostanziale stabilità dei neutri (27% vs 22%). Fatta salva la specifica vicenda, si rileva in generale un minor protagonismo dell'Azienda nelle pagine stampa locali.

**Figura 5.8 - Articoli sull'AUSL di Imola, per testate e per posizioni assunte. Anno 2015**

Giornali	Positivi	Negativi	Neutri	Totali	%	% Positivi	% Negativi	% Neutri
Il Resto del Carlino	134	115	89	338	38%	40%	34%	26%
Corriere di Romagna	65	93	67	225	25%	29%	41%	30%
La Voce Romagna	68	29	27	124	14%	55%	23%	22%
Sabato Sera	49	25	36	110	12%	45%	23%	33%
Il Nuovo Diario Messaggero	36	15	20	71	8%	51%	21%	28%
Altro	22	5	5	32	4%	69%	16%	16%
<b>Totale</b>	<b>374</b>	<b>282</b>	<b>244</b>	<b>900</b>	<b>100%</b>	<b>42%</b>	<b>31%</b>	<b>27%</b>

## Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

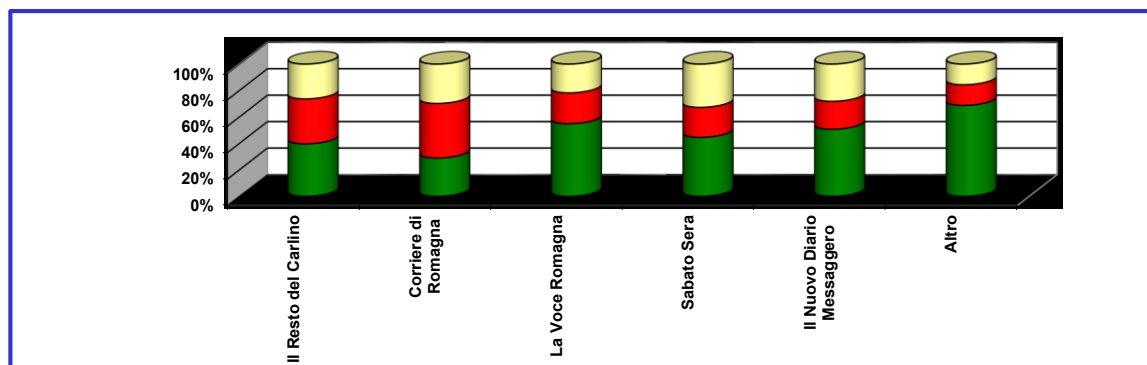
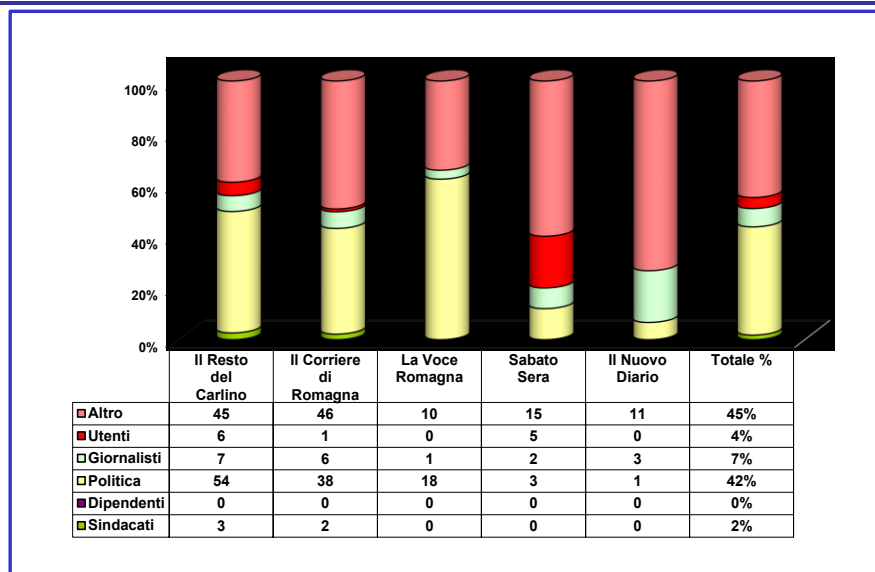


Grafico 5.9 - Articoli negativi suddivisi per testata e fonte. Anno 2015



Come avviene dal 2004, sono stati pubblicati settimanalmente le rubriche "Carlino Salute" su temi di educazione alla salute, oltre ad alcuni redazionali sui settimanali locali.

Il 2015 è stato un anno in cui si è scelto di portare avanti e rafforzare le azioni di comunicazione Web 2.0, puntando in particolare su **Facebook**. L'obiettivo era l'aumento dei contatti, delle interazioni e della visibilità dei contenuti pubblicati su Facebook dall'azienda, attraverso una scelta accurata dei tipi di notizie e delle tempistiche di pubblicazione ed anche sperimentando l'uso delle promozioni a pagamento offerte dalla piattaforma. I risultati sono stati significativi: tra gennaio e dicembre 2015 i "Mi Piace" sulla pagina sono passati da 400 a 880; le visualizzazioni degli 87 post pubblicati nella bacheca aziendale sono state oltre 100.000, più di 16.000 le interazioni complessive (click sui link pubblicati, "Mi Piace", commenti o condivisioni dei post).

Grande attenzione è stata posta anche alla gestione delle conversazioni dirette, cioè messaggi privati o commenti pubblici (sia nella pagina aziendale che in pagine correlate, come quella della Regione Emilia-Romagna): ogni interazione è stata processata direttamente o in due tempi, con una prima risposta interlocutoria e, dopo un confronto interno coi servizi, fornendo la risposta/soluzione definitiva. Il respiro annuale della pianificazione delle pubblicazioni, unito alle

statistiche analitiche sul comportamento degli utenti fornite da Facebook, hanno fornito molte informazioni utili sull'efficacia dei diversi tipi di contenuti pubblicati, sui pubblici che interagiscono con essi e sulla pianificazione delle pubblicazioni. Quanto ai contenuti, che hanno avuto una media di quasi 1.000 visualizzazioni ciascuno, è emerso che sono più coinvolgenti i post che contengono immagini (95 click medi sui post e 39 interazioni tra "Mi Piace", commenti e condivisioni) rispetto a quelli con un link ad una notizia o pagina del sito aziendale (55 click medi e 34 interazioni). Sul versante dei pubblici, si è potuto rilevare una schiacciante maggioranza dei "Mi Piace" alla pagina aziendale da residenti ad Imola di sesso femminile (73%).

Il pubblico complessivo è composto in prevalenza da persone tra 25 ed i 34 anni (30%) e tra i 35 e i 44 (28%). I due dati combinati possono concorrere a spiegare l'andamento delle metriche legate ai post: da un lato la letteratura conferma che sono quelle le fasce di età più attive su Facebook, dall'altro è noto che su Web il pubblico femminile apprezza maggiormente i contenuti fotografici. Per quanto riguarda i tempi, ossia quando sia più conveniente pubblicare un contenuto per massimizzare la visibilità (a seconda di quante persone sono collegate e possono vederlo), i dati mostrano che chi ha fatto "Mi Piace" alla pagina aziendale è presente online in media dalle 9.00 alle 22.00, con picchi di presenze intorno a mezzogiorno e alle 21.30/22.00.

Per finire qualche considerazione sui contenuti a pagamento, mai usati in precedenza: in un caso si è scelto di promuovere la pagina nel suo complesso, per aumentare i "Mi Piace" (periodo 19 giugno – 10 luglio, investimento € 20: sono state raggiunte 6.748 persone e 234 hanno cliccato "Mi Piace", con un costo di meno di 0,9 centesimi a risultato); nell'altro si è invece promossa una news del sito aziendale legata al vicino evento del *flash mob* allattamento, per aumentare la partecipazione (periodo 1 – 3 ottobre, investimento 10€: sono state raggiunte 4650 persone e 114 hanno interagito con il post, con un costo di 11 centesimi a risultato). In entrambi i casi, si sono ottenute a poco prezzo metriche in linea con i contenuti di maggiore successo della pagina, che porta a considerare la promozione Facebook come uno strumento efficace per avere importanti risultati di coinvolgimento e visibilità – laddove e se necessario.

## 6. Governo della ricerca e innovazione

### 6.1 Attività di ricerca

Nell'ambito dei programmi di ricerca e innovazione finanziati dalla Regione Emilia-Romagna, l'AUSL di Imola ha collaborato, da sola o in partnership con altre aziende sanitarie, ai progetti di ricerca e di innovazione clinico-organizzativa riepilogati in Tabella 6.1 e descritti nei paragrafi successivi.

**Tabella 6.1 - Progetti di ricerca e innovazione regionali in corso. Anno 2015**

Titolo del progetto	Tipo progetto	Finanziamento Ausl Imola
Il neonato e il bambino ad alta complessità assistenziale. Implementazione e valutazione delle dimissioni protette e dei percorsi integrati ospedale-territorio nella Provincia di Bologna. Progetto SpeNK.	Programma Regione Università (PrRU) 2010-2012	€ 10.000
Controllo intensivo della fosforemia, mediante dieta ipofosforica e chelanti nei confronti di progressione del danno cerebrale e sopravvivenza, nei pazienti con malattia renale cronica (MRC). IPeR Study.	Programma Regione Università (PrRU) 2010-2012	€ 18.000
Studio randomizzato multicentrico di CONFRONTO tra Erlotinib e Monochemioterapia nel trattamento di terza linea del tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) con EGFR non-mutato o sconosciuto. Prot. CONFERMER	Programma Regione Università (PrRU) 2013	€ 11.880
L'introduzione sistematica del braccialetto identificativo in un'Azienda Ospedaliera ed il confronto con le esperienze esistenti in Area Vasta Emilia Centro.	Fondo per la Modernizzazione (FRM) 2010-2012	€ 10.000
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.	Fondo per la Modernizzazione (FRM) 2010-2012	€ 55.000
Funzione di accoglienza, ascolto e consulenza a gestione infermieristica per cittadini assistiti nei NCP-Case della Salute.	Fondo per la Modernizzazione (FRM) 2010-2012	€ 100.000

#### 6.1.1 Programma Regione-Università (PrRU)

L'AUSL di Imola ha avviato nel 2012 due progetti nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università 2010-2012 (Area 2 "Ricerca per il governo clinico"), conclusi nel corso del 2015. Nel 2014 è stato, inoltre, avviato uno studio sperimentale, in collaborazione con l'AOU di Parma, finanziato nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università 2013 (Area 2 "Ricerca per il governo clinico").

### **Progetto SpeNK "Il neonato e il bambino ad alta complessità assistenziale. Implementazione e valutazione delle dimissioni protette e dei percorsi integrati ospedale-territorio nella Provincia di Bologna".**

Il progetto è stato condotto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (ente capofila), l'AUSL di Bologna e l'Università di Bologna. Si è concluso il 16/04/2015, a seguito della concessione della proroga di un anno da parte della Regione. A livello locale, il progetto è stato coordinato dal Direttore della UOC Pediatria e Nido dell'AUSL di Imola.

Il progetto mirava ad accrescere le conoscenze sul tema della continuità assistenziale in ambito neonatale e pediatrico. 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. Nonostante siano ormai numerose le evidenze scientifiche sull'argomento e sebbene non manchino i documenti di programmazione, ancora poco si è fatto per la messa in opera effettiva dei percorsi integrati e per la loro valutazione. Il progetto si proponeva di evidenziare punti di forza, punti di debolezza e aree di miglioramento delle procedure in essere in una realtà articolata quale quella della provincia di Bologna, descrivendo il grado di coordinamento fra *setting* assistenziali e professionisti sanitari, il ruolo del Pediatra di Libera Scelta (PLS) e il punto di vista delle famiglie, nonché di definire i consumi assistenziali dei neonati/bambini con particolari bisogni di assistenza e la loro valorizzazione economica.

Nell'ambito del progetto, è stato validato nel contesto della pediatria di libera scelta uno strumento ("Scheda Rilevazione Attività Coordinamento") sviluppato per descrivere e quantificare l'attività dedicata al coordinamento delle cure di bambini con particolari bisogni assistenziali; la scheda è stata adattata dal *Medical Home Care Coordination Measurement Tool* © (Antonelli et al. 2008). Si richiedeva ai PLS coinvolti di registrare ogni contatto avvenuto per il paziente nei 9 mesi successivi alla dimissione, in una maschera online della scheda, appositamente predisposta. La scheda è stata compilata da 40 PLS sui 62 coinvolti (64,5%), che hanno inserito 378 contatti per 47 soggetti sugli 82 arruolati (57,3%). Per l'AUSL di Imola nel dettaglio, 10 PLS (71,4%) su 14 hanno compilato la scheda di rilevazione per 13 (68,4%) su 19 bambini assistiti dell'AUSL di Imola e arruolati nello studio.

Per valutare la continuità delle cure percepita dal punto di vista delle famiglie riguardo all'assistenza fornita al bambino dopo la dimissione, il "Questionario SpeNK-Q", che è stato validato su un campione di 82 genitori di 102 neonati pretermine, è stato quindi somministrato ai genitori di 56 soggetti (di cui 9 bambini residenti nell'AUSL di Imola) inclusi nel campione ad almeno 9 mesi dalla dimissione. Il questionario auto-somministrato SpeNK-Q è uno strumento facile da somministrare e con buone proprietà psicometriche per valutare la percezione delle famiglie rispetto alla continuità delle cure per il loro bambino con bisogni speciali di salute.



Ad aprile 2015 si è tenuto a Bologna un seminario sul tema della *continuity of care* per bambini con bisogni di salute speciali, in cui sono stati presentati i risultati preliminari del progetto SpeNK e si è svolta la *lectio magistralis* della Prof.ssa Kathryn McDonald (*Stanford University*). Il seminario, dedicato ai PLS partecipanti al progetto, includeva l'aggiornamento e diffusione delle conoscenze scientifiche sulle tematiche oggetto del progetto (assistenza ai pazienti pediatrici ad alta complessità assistenziale, continuità delle cure e integrazione ospedale-territorio).

I risultati finali del progetto sono stati quindi condivisi con i professionisti delle Aziende coinvolte (AUSL Bologna, AOU Bologna e AUSL Imola) nell'ambito del convegno «Dimissioni protette e percorsi di cura integrati per l'età pediatrica» (Bologna, 17 settembre 2015).

Pubblicazioni su riviste internazionali con Impact Factor, prodotte nell'ambito del progetto:

- Rucci P, Latour J, Zanella E, Calugi S, Vandini S, Faldella G, Fantini MP. *Measuring parents' perspective on continuity of care in children with special health care needs*. Int J Integr Care. 2015 Dec 2;15:e046. eCollection 2015 Oct-Dec.
- Zanella E, Calugi S, Rucci P, Pieri G, Vandini S, Faldella G, Fantini MP. *Continuity of care in Children with Special Healthcare Needs: a qualitative study of family's perspectives*. Italian Journal of Pediatrics. 2015; 41: 1-9.
- Rucci P, Zanella E, Roccaro D, Calugi S, Pieri G, Fantini MP. *Quality of care in children with chronic diseases*. Italian Journal of Pediatrics. 2014; 40 (1): A36.

**CONFEMER "Studio randomizzato multicentrico di CONFronto tra ERlotinib e Monochemioterapia nel trattamento di terza linea del tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) con EGFR non-mutato o sconosciuto"**. Lo studio (Prot. CONFEMER) è stato approvato e finanziato nell'ambito del PrRU 2013 e ha ricevuto il parere favorevole del Comitato Etico in data 24/07/2014. Lo studio è condotto in collaborazione con l'AOU di Parma (ente capofila). A livello locale, il progetto è coordinato dal Direttore della UOC Oncologia dell'AUSL di Imola. La durata prevista dello studio era di 24 mesi; è stata richiesta la proroga di un anno. Obiettivo della ricerca era valutare (attraverso la conduzione di uno studio clinico di fase III, multicentrico, in aperto, randomizzato) l'efficacia di una chemioterapia (*gemcitabina* o *vinorelbina* a seconda dell'istologia) rispetto a *erlotinib* nel trattamento di pazienti con NSCLC avanzato EGFR *wild-type* o sconosciuto in progressione dopo 2 linee di chemioterapia, descrivendo l'effetto della terapia in termini di: a) qualità della vita; b) sicurezza; c) costo per il Servizio Sanitario Regionale; d) attività anti-tumorale.

### 6.1.2 Programma Fondo regionale per la modernizzazione (FRM)

Nell'ambito del Fondo regionale per la modernizzazione 2010-2012, l'AUSL di Imola è impegnata, nel corso del 2015, in tre progetti (di cui due come ente capofila), in collaborazione con altre Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

**“L'introduzione sistematica del braccialetto identificativo in un'Azienda Ospedaliera ed il confronto con le esperienze esistenti in Area Vasta Emilia Centro”.** Sul tema della gestione del rischio di errori legati alla non corretta identificazione del paziente, il progetto aveva come obiettivo primario quello di introdurre l'utilizzo del braccialetto identificativo nelle Unità operative di degenza ordinaria dell'AOU di Ferrara per aumentare la precisione nell'identificazione del paziente e migliorare la sicurezza nel percorso globale del trattamento terapeutico-assistenziale. Lo studio prevedeva quindi un confronto fra le 5 aziende dell'AVEC partecipanti per la rilevazione di:

- costi diretti ed indiretti generati dall'introduzione del braccialetto;
- impatto sul lavoro dei professionisti ed il grado di accettazione da parte loro (tramite un questionario già collaudato in Regione Toscana);
- *compliance* dei pazienti;
- analisi di affidabilità del processo, tramite verifiche in loco del numero di braccialetti applicati sul totale dei pazienti ricoverati e raccolta della scheda di rilevazione “criticità braccialetti”.

Lo studio si è concluso il 26/05/2015.

**“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 ha visto coinvolti i Dipartimenti di Salute Mentale di Bologna, Imola e Ferrara, con l'AUSL di Imola come ente capofila (Responsabile scientifico il Direttore del DSM).

Gli obiettivi del progetto prevedevano la costruzione di un percorso assistenziale rivolto alla popolazione in carico alla NPIA nella fascia di età 14-22 anni con bisogni di salute che richiedono interventi di carattere socio-sanitario o sanitario che garantisca continuità nel passaggio di presa in carico verso i servizi rivolti agli adulti, la promozione dell'integrazione socio-sanitaria tra i servizi di riferimento e la qualificazione dell'accesso ai servizi nel percorso di continuità assistenziale.

Nell'ambito delle diverse fasi attuative previste dal progetto, ogni azienda ha analizzato la propria configurazione organizzativa e i punti di forza e di debolezza della modalità di gestione della continuità assistenziale tra NPIA e i servizi di tutela per gli adulti. Sono state condivisi i documenti che regolamentano le diverse attività presso le rispettive aziende, con particolare riferimento alla UVM ed è stata realizzata l'interconnessione delle diverse componenti software per supportare la condivisione delle informazioni. L'ulteriore sviluppo del progetto, per il quale è stata richiesta e ottenuta dalla Regione la proroga di un anno fino al 01/04/2016, ha previsto quindi il consolidamento del percorso anche attraverso la formazione degli operatori e l'analisi degli indicatori di monitoraggio individuati.

**“Funzione di accoglienza, ascolto e consulenza a gestione infermieristica per cittadini assistiti nei NCP-Case della Salute”.** L’AUSL di Imola è stata attivamente impegnata per la conduzione del progetto “Funzione di accoglienza, ascolto e consulenza a gestione infermieristica per cittadini assistiti nei NCP-Case della Salute”. Il progetto, concluso il 31/12/2015, aveva l’obiettivo di implementare l’erogazione di un servizio di accoglienza-ascolto-consulenza su problematiche sanitarie nell’ambito del modello organizzativo del NCP/Casa della Salute, al fine di migliorare l’accessibilità da parte degli assistiti al proprio Medico di Medicina Generale e agli altri servizi presenti presso il NCP/Casa della Salute.

### 6.1.3 Sperimentazioni cliniche

Nel corso del 2015 sono state avviati diversi studi clinici, sia sperimentali che osservazionali, che hanno visto coinvolte le UU.OO. dell’AUSL di Imola insieme ad altri centri nazionale ed internazionali. La Tabella 6.2 riporta in sintesi le sperimentazioni attivate nel corso del 2015.

**Tabella 6.2 - Sperimentazioni avviate. Anno 2015**

Titolo dello studio	Tipo di studio	UUOO coinvolte	Data avvio
NDBOM (National Data base of BOne Metastases)	Osservazionale	UOC Oncologia	12/05/2015
Randomized phase II study of 3 vs 6 courses of neoadjuvant carboplatin-paclitaxel chemotherapy in stage IIIC or IV epithelial ovarian cancer, fallopian tube carcinoma or primary peritoneal carcinoma	Sperimentale - RCT	UOC Oncologia	09/04/2015
Epidemiologia e diagnosi bio-molecolare delle malattie mitocondriali in Emilia Romagna (ER-MITO)	Osservazionale - di coorte	SSD Neurologia	30/09/2015
Confronto dell'accuratezza nella stima di bassa pressione venosa dell'indice cavale e dei diametri della vena giugulare interna	Sperimentale	UOC Anestesia e Rianimazione	23/06/2015
Qualità percepita nei servizi del percorso nascita	Osservazionale - di coorte	Direzione Generale - URP	08/09/2015

### 6.1.4 Altre innovazioni organizzative a livello locale

**Progetto cronicità.** Prosegue nel 2015 la sperimentazione, prevista dall’Accordo Integrativo Locale (AIL) con la Medicina Generale e avviata nel corso del 2014, di un modello organizzativo per la presa in carico multiprofessionale e interdisciplinare proattiva del paziente cronico complesso, secondo la logica della “medicina di iniziativa”. Nell’ambito della sperimentazione l’AUSL di Imola si avvale della collaborazione con l’Università Bocconi di Milano con il progetto **“Cronicità ad alta complessità: supporto alla implementazione del modello di presa in carico del paziente cronico complesso presso la AUSL di Imola”** (*tutorship* formalizzata con Deliberazione n.49 del 23/04/2015).

## 6.2 Alta formazione

Il rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna (Facoltà di Medicina e Chirurgia) attiene a 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. Per i primi due 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). Gli studenti registrati all'A.A. 2015/2016 sono stati 506 con un incremento di 21 unità rispetto all'anno precedente.

**Tabella 6.3 - Sezioni attive e numero studenti dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2015**

Corsi di laurea	Anno di Corso	N. studenti A.A. 2014/2015	N. studenti A.A. 2015/2016
Corso di Laurea in Infermieristica	1°	60	62
	2°	58	57
	3°	76	85
<b>Totale</b>		<b>194</b>	<b>204</b>
Corso di Laurea in Fisioterapia	1°	20	20
	2°	25	20
	3°	32	32
<b>Totale</b>		<b>77</b>	<b>72</b>
Corso di Laurea in Educazione Professionale	1°	38	38
	2°	36	36
	3°	44	53
<b>Totale</b>		<b>118</b>	<b>127</b>
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	1°	28	28
	2°	23	25
	3°	45	50
<b>Totale</b>		<b>96</b>	<b>103</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>485</b>	<b>506</b>

In Tabella 6.4 i dati sugli incarichi didattici assegnati per i corsi di Laurea per ciò che attiene i Responsabili delle attività didattiche professionalizzanti ed i Tutor di Corso.

**Tabella 6.4 - Incarichi didattici nell'ambito dei corsi universitari dell'AUSL di Imola. Anno 2015**

Corsi di laurea	Incarichi didattici	N.ro incarichi didattici	Impegno nell'attività
Corso di Laurea in Infermieristica	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	36 ore/settimana
Corso di Laurea in Fisioterapia	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	36 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	1	36 ore/settimana ( dipendente M.R.I.)
Corso di Laurea in Educazione Professionale	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	12 ore/settimana
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	18 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	12 ore/settimana

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. L'aumento del numero di studenti in carico unito al fatto che le ore di tirocinio sono parte qualificante il percorso di studio, ha generato la necessità di mantenere alto il livello di attenzione sul reclutamento e sostegno dei professionisti che formano la rete delle guide di tirocinio, costruendo relazioni, sinergie e collaborazione con altre Aziende Sanitarie Pubbliche o strutture private convenzionate confinanti.

I dipendenti incaricati della Funzione di Guida di tirocinio (Tutor Aziendali di Tirocinio) sono stati 641 di cui 242 dipendenti aziendali.

**Tabella 6.5 - Guide attive per i tirocini curriculari dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2015**

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	199	14	<b>213</b>
Corso di Laurea in Fisioterapia	17	147	<b>164</b>
Corso di Laurea in Educazione Professionale	9	137	<b>146</b>
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	17	101	<b>118</b>
<b>Totale</b>	<b>242</b>	<b>399</b>	<b>641</b>

Considerando l'azienda in termini di sistema, continua ad essere considerato importante, quale strumento di promozione e trasformazione della cultura professionale e aziendale, l'investimento nella formazione del personale dipendente che svolge attività di docenza e di coordinamento didattico nei corsi di laurea e la funzione di tutor di tirocinio all'interno dei servizi sedi di tirocinio curricolare degli studenti. Importante l'investimento che è stato avviato sul versante della ricerca all'interno dei Corsi di Laurea. In particolare, il corso di Laurea in Infermieristica partecipa invece ad altri 2 progetti di ricerca multicentrica: uno studio di validazione della scheda di valutazione del Tirocinio clinico e uno sull'interiorizzazione dei valori sanciti all'interno del Codice Deontologico durante il percorso formativo e partecipa assieme alle altre Università della Regione al progetto di "Definizione dei Learning Outcomes secondo il Modello Tuning del laureato triennale in Infermieristica delle Università presenti nella Regione Emilia Romagna E.R."

Oltre ai Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie, nel 2015, è stato attivato in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna un corso di Alta Formazione in "Assistenza Infermieristica in Endoscopia digestiva". Con l'Università di Bologna soprattutto anche con la sua sede distaccata di Palazzo Vespignani, per garantire coordinamento a livello locale di tutte le attività presenti e promosse: in marzo è stato gestito l'orientamento in ingresso per gli studenti degli Istituti del Comprensorio e in dicembre è stata organizzata una cerimonia per la consegna di premi di merito agli studenti alla presenza del Magnifico Rettore.

## Sezione 6. Governo della ricerca e innovazione

Nel 2015 sono stati rivisti nuovamente i percorsi per l'attribuzione degli incarichi di docenza e questo ha reso necessario potenziare gli incontri con la sede centrale dell'Università e con le Aziende sanitarie di Bologna per uniformare i percorsi. Lo sviluppo della mobilità degli studenti da e verso l'estero, soprattutto per il corsi di Laurea in Infermieristica, ha richiesto un impegno importante per selezionare gli studenti in uscita e per accogliere in Azienda per l'esperienza di tirocinio 2 studenti provenienti dalla Spagna. Oltre all'attività formativa sopradescritta, le strutture aziendali sono state anche sede di altri tirocini universitari dettagliati in Tabella 6.6.

**Tabella 6.6 - Tipologia di tirocinio e numero studenti per altri corsi di Laurea. Anno 2015**

Altri corsi di laurea	Tipologia tirocinio	Nro studenti
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche	Curriculare presso Staff Formazione	2
	Curriculare presso Direzione Infermieristica	1
	Curriculare presso Dipartimento Sanità Pubblica	1
Laurea Magistrale in Scienze della Riabilitazione	Curriculare presso medicina Preventiva	1
Economia e gestione Aziendale	Curriculare presso Servizio Controllo e programmazione direzionali	1
Sociologia e scienze criminologiche	Curriculare presso Servizio Anatomia Patologica	1
Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche diagnostiche	Curriculare presso Direzione Infermieristica	1
	Curriculare presso Casa della Salute CSPT	1
	Curriculare presso Dipartimento Emergenza Urgenza	2
	Curriculare presso Unità operativa di Genetica	1
	Curriculare presso Unità operativa di Medicina 1	1
	Curriculare presso Unità operativa di Geriatria Lungodegenza	1
Master in Management	Curriculare presso Direzione Infermieristica	2
	Curriculare presso Servizio Anatomia Patologica	1
	Curriculare presso UO Neuropsichiatria infantile	1
	Curriculare presso UO Neuropsichiatria infantile	1
	Curriculare presso Dipartimento Salute mentale	1
Laurea Scienze Biologiche	Curriculare presso Unità Operativa di Pediatria	1
Laurea in Psicologia Clinica	Curriculare presso DIT e Laboratorio Analisi	1
Laurea in Psicologia	Curriculare presso Pronto Soccorso / Emodialisi / Assistenza Domiciliare	2
Laurea in Psicologia cognitiva applicata	Curriculare presso Servizio Dietistico	1
Master in trattamento integrato dei disturbi del comportamento alimentare e dell'immagine corporea		
Laurea in Biologia Molecolare Sanitaria della nutrizione		
Laurea in infermieristica da altre Università (Berna e saragozza)		
Laurea in Dietista		
<b>Totale</b>		<b>25</b>

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 2015 sono 5 i MMG che hanno esercitato tale ruolo ed hanno accolto complessivamente 20 tirocinanti, come evidenziato in Tabella 6.7.

**Tabella 6.7 - Attività di Tutor dei MMG e numero tirocinanti in carico. Anno 2015**

Corsi di Laurea	Tipologia Tirocinio	n. tirocinanti
Laurea in Medicina e Chirurgia	Tutor pre-laurea presso ambulatorio MMG	13
Laurea in Medicina e Chirurgia	Preabilitazione Medicina ambulatorio MMG	7
<b>Totale</b>		<b>20</b>

Presso le Unità operative sono stati accolti altri tirocinanti medici, come riportato nella tabella che segue.

Tabella 6.8 - Attività di Tutor dei MMG e numero tirocinanti in carico. Anno 2015

Corsi di Laurea	Tipologia Tirocinio	n. tirocinanti
Corso di Medicina Generale	Curriculare presso diverse UU.OO del Presidio Ospedaliero	4
Laurea in Medicina e Chirurgia	Preabilitazione per esame di Stato in diverse UU.OO. Del Presidio Ospedaliero	14
<b>Totale</b>		<b>18</b>

### 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 2015, nell'ambito del *turn-over* dell'infrastruttura si è proceduto alla sostituzione degli apparati centrali di rete al fine di potenziare l'infrastruttura per il collegamento della rete LEPIDA e alla sostituzione del sistema di STORAGE per gestione Server Virtuali ormai obsoleti, oltre alla sostituzione delle postazioni di lavoro con l'aggiornamento del sistema operativo e delle tecnologie di supporto quali stampanti, lettori codici, ecc.

#### Piattaforme logistiche ed informatiche

Prescrizione dematerializzata – Nel corso del 2015 si è conclusa l'attivazione della prescrizione dematerializzata dei farmaci per tutti i Medici di Medicina Generale. Sono stati poi eseguiti i primi corsi di formazione ai medici specialisti ospedalieri nella prima settimana di dicembre che si sono conclusi nel mese di gennaio 2016. In applicazione dell'art. 13 del D.lgs 179/2013, sono state acquistate le integrazioni ai SW aziendali per l'implementazione della prescrizione Dematerializzata delle ricette dei medici specialisti aziendali.

Scheda sanitaria Individuale (S.S.I.) - L'AUSL di Imola ha partecipato allo sviluppo della S.S.I. con l'individuazione di un dirigente del Dipartimento di Cure Primarie quale membro del tavolo di lavoro sulla prescrizione farmaceutica e della specialistica ambulatoriale. Nel corso dell'estate 2015 sono stati individuati due medici di medicina generale per la sperimentazione/collaudò della Scheda.

Fascicolo Sanitario Elettronico - L'AUSL di Imola ha garantito nel 2015 l'attivazione, nella misura del 100%, dei servizi esposti tramite Fascicolo Sanitario Elettronico al livello minimo regionale ed, inoltre, ha attivato la consegna dei referti Terapia Anticoagulante Orale (T.A.O.) online nel FSE:

- invio al Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i referti di Radiologia da ottobre 2015.
- invio a Fascicolo Sanitario Elettronico del referto TAO dal mese di Giugno 2015.

Ha garantito, inoltre, il 100% di quanto previsto in sede di pianificazione del progetto, partecipando agli incontri regionali e collaborando con la Società CUP2000 per la scelta della soluzione di integrazione in coerenza con le scelte AVEC.

Anagrafe regionale assistiti e servizi di refertazione digitale per diagnostica per immagini - L'AUSL di Imola ha concluso, nel 2015, l'attivazione dei servizi di refertazione digitale su prestazione di diagnostica per immagini ed ha garantito, dalla fine di ottobre, l'invio del 100% dei referti alla rete SOLE. Ha inoltre attivato e inviato, a conservazione sostitutiva, tutti i referti di prestazione di diagnostica per immagini firmati digitalmente dal 2009 al 2015 tramite il Polo archivistico dell'Emilia Romagna (Par.E.R.).

Fatturazione elettronica - L'AUSL di Imola ha garantito l'omogeneità allo standard minimo definito a livello regionale dell'attuazione dei progetti di fatturazione elettronica, attivando la fatturazione elettronica passiva entro i termini previsti ossia entro il 31 marzo 2015.

118 e centrali operative – Nell'ambito territoriale dell'AUSL di Imola il servizio 118, unificato con quello della Centrale Operativa dell'AUSL di Bologna, utilizza un sistema informatizzato (in gestione all'AUSL di Bologna) in cui sono completamente unificate le modalità di ricezione e gestione informatizzata delle chiamate a livello regionale.

Realizzazione di un sistema informatizzato unitario per la gestione delle risorse umane delle Aziende sanitarie – Le Unità Operative dell'AUSL di Imola hanno garantito, nel corso del 2015, la massima collaborazione dei servizi coinvolti (Risorse Umane, Dipartimento Cure Primarie e Tecnologie Informatiche e di Rete) per l'implementazione della nuova piattaforma regionale, partecipando ai gruppi di lavoro specifici e fornendo tutti i dati ed elaborazioni necessarie per avviare la fase di implementazione aziendale nell'anno 2016 e l'avvio dell'utilizzo a decorrere dal 01/01/2017 secondo quanto previsto dal progetto regionale.

### **Attività in AVEC: Progetti ICT 2015**

L'AUSL di Imola ha garantito l'evoluzione dei sistemi ICT aziendali, l'omogeneizzazione dei sistemi informatici nell'ambito dell'Area Vasta di appartenenza e regionali, tra i quali:

- Proseguimento dell'implementazione della Cartella Infermieristica con l'attivazione della prescrizione farmaceutica in altri reparti ospedalieri.
- Miglioramento della gestione del SW dei turni di reparto.
- Avvio del nuovo sistema di AVEC per la prescrizione dei farmaci antitumorali del DH Oncologico.
- Avviamento nuovo applicativo Laboratorio Analisi secondo l'integrazione di AVEC.



- Aggiornamento del SW per il flusso CEDAP (gestione nasciate) secondo le nuove linee guida regionali.
- Aggiornamento del SW per la gestione delle Diete.
- Miglioramenti SW per la gestione della Dematerializzazione del ciclo passivo.
- Implementazione SW per la certificazione unica 2015.
- Ulteriori implementazioni di strumenti di Datawarehouse e *Businnes Intelligent* per l'analisi dei dati di attività.
- Sviluppi del Sito internet aziendale per adempiere alle recenti normative in tema di "Trasparenza" e "Anticorruzione".
- Attività preparatorie per l'avvio del progetto BABEL di AVEC per la nuova Gestione Documentale Aziendale (protocollo, determine e delibere).
- Acquisizione e implementazione del sistema software gestione budget e valutazione.
- Implementazione della prescrizione Dematerializzata delle ricette dei medici specialisti aziendali.
- Attivazione della gestione Privacy del Dossier Sanitario Elettronico (DSE) per rispondere alle indicazioni del Garante della Privacy in materia di protezione di dati sensibili e consenso alla creazione del DSE.

Come previsto dalla programmazione pluriennale, nel 2015, sono stati portati avanti numerosi progetti che hanno avuto origine negli anni precedenti. Tra questi assumono particolare rilevanza: il progetto di adozione di una Anagrafe Unica di Area Vasta che nell'anno ha visto il suo completamento con l'ingresso di Imola e Ferrara; il progetto di un sistema unico AVEC di Anatomia Patologica che ha visto la sua estensione alle aziende sanitarie di Ferrara, consentendo anche a fine anno l'attivazione del progetto dello screening HPV primario. Altri progetti che hanno una loro peculiare collocazione nell'anno 2015, come citato precedentemente sono: il nuovo progetto di laboratorio analisi unico di AVEC per il quale è stata completata la I fase di realizzazione del laboratorio unico di area metropolitana che ha portato alla integrazione dei laboratori di Imola e dello IOR nel laboratorio unico e al trasferimento delle attività tra l'AOSP e l'AUSL di Bologna. Il sistema, inoltre, è stato arricchito di nuove funzionalità innovative quali la gestione della firma digitale che consentirà la gestione della conservazione a norma in Parer della documentazione.

Anche in ambito di medicina trasfusionale, in attesa dell'espletamento della gara regionale, si è realizzata la prevista estensione del sistema del sistema di Bologna all'AOSP di Ferrara inclusa la rete provinciale di raccolta sangue.

Rilevante progetto pluriennale in corso è il progetto di unificazione dei flussi documentali amministrativi (BABEL) che prevede l'adozione di un sistema unico gestionale costruito autonomamente dall'AUSL di Bologna e concesso in riuso a tutte le Aziende AVEC. Altra attività significativa svolta nel 2015 è l'organizzazione di un corso di formazione e di confronto orientato

all'omogeneizzazione delle modalità di gestione dei consensi, con particolare riferimento agli impianti di ambito metropolitano o di area vasta.

Un progetto previsto negli anni precedenti ha preso nuovo impulso nel 2015 con l'attivazione di un tavolo multidisciplinare per l'avvio dei lavori di valutazione circa l'opportunità di integrare e unificare i sistemi RIS-PACS delle aziende di area vasta anche con avvio di procedure di acquisizione congiunte.

Sempre in continuazione dagli anni precedenti si situano i progetti regionali ai quali si cerca, in ambito del gruppo ICT AVEC, di dare una risposta il più possibile uniforme, compatibilmente con le diverse strategie aziendali. In particolare il progetto di gestione della ricetta dematerializzata di cui si è dato già riscontro per la parte aziendale. Inoltre, altri due importanti progetti regionali vedono un coinvolgimento particolarmente accentuato delle aziende AVEC. Si tratta dell'avvio del nuovo sistema di gestione delle Risorse Umane (progetto GRU) e del nuovo sistema di gestione dell'Anagrafe Sanitaria (progetto ARA). Nel 2015, infine, è stato condotto a regime con successo il nuovo servizio di help desk, manutenzione e assistenza delle stazioni di lavoro, che si è definitivamente uniformato in area vasta. Segue una descrizione sintetica dei principali progetti.

Anagrafe unica AVEC (UNXMPI) - Obiettivo: installazione e configurazione dell'anagrafe unica dei pazienti per le aziende dell'area vasta, con attivazione degli uffici anagrafici e collegamento diretto alla nuova anagrafe dei sistemi condivisi. A oggi sono stati collegati a UNXMPI: l'anagrafe aziendale XMPI per l'AUSL di Bologna; l'anagrafe aziendale XMPI-IOR per l'Istituto Ortopedico Rizzoli; l'anagrafe aziendale APC per il S. Orsola-Malpighi; l'anagrafe aziendale APC per l'AUSL di IMOLA; l'anagrafe aziendale APC per le aziende USL ed Ospedaliera di Ferrara; e i sistemi dipartimentali Eliot (Trasfusionale) per AUSL di BO, AOSP BO, AUSL FE, IOR, e AUSL Imola; Athena (Anatomia Patologica) per AUSL di BO, AUSL Imola. E' in corso di attivazione l'integrazione con l'anagrafe regionale unica della medicina (ARA) e la definizione delle modalità di coordinamento operativo tra gli uffici anagrafici di Bologna, Imola e Ferrara per la gestione delle riconciliazioni anagrafiche e della ricongiunzione degli eventi clinici associati.

Sistema Trasfusionale - Obiettivo: unificazione del sistema informativo di Area Vasta e realizzazione di un'Unica Anagrafe Donatori, collegamento del sistema a UNXMPI. Ad oggi tutte le aziende sanitarie di AVEC lavorano su un sistema unificato denominato Eliot. Nel corso del 2015 è stata completata l'integrazione informatica di Ferrara con il software gestionale Eliot e con il sistema di gestione delle bilance Terumo, che tuttavia presenta alcune criticità di carattere tecnico e organizzativo che in corso di risoluzione da parte del CRS in collaborazione con i servizi ICT, di ingegneria clinica e dell'AVIS provinciale di Ferrara.

Anatomia Patologica - Obiettivo: realizzare un unico sistema informativo centralizzato che condivida unica anagrafe, unica configurazione e uniformazione dei format dei referti secondo le indicazioni regionali (check list). Inoltre sono state attivate le integrazioni del nuovo sistema Athena con: anagrafica UnXmpi per tutte le aziende; screening consultori per il 1° livello pap-test dell'anatomia; sistemi di *order entry* informatizzato dell'anatomia patologica presso le sale

operatorie dell'Ospedale Maggiore, Bellaria e Bentivoglio; screening per la gestione degli esami con metodologia HPV primario a Ferrara. L'estensione alle altre aziende di AVEC per la parte di integrazione con i sistemi di *order entry* e di gestione dello screening con metodologia HPV primario saranno completate nel 2016. Inoltre, sarà resa disponibile l'integrazione con i sistemi gestionali dell'attività di specialistica ambulatoriale. Infine per quanto riguarda l'implementazione delle nuove check list per la refertazione si è in attesa di indicazioni per l'implementazione del modello condiviso delle check list regionali con i referenti di tutti i laboratori di anatomia del progetto AVEC.

Laboratorio Analisi unico AVEC - Obiettivo: realizzare un unico sistema informativo centralizzato che condivida un'unica anagrafe, un'unica configurazione e l'uniformazione delle metodiche di lavoro nelle aziende AVEC. Attualmente è stata completata la prima fase del progetto, che prevedeva l'attivazione del Laboratorio Unico per l'area metropolitana di Bologna con la successiva integrazione anche dell'attività dei laboratori dell'AUSL di Imola e dello IOR. Nel 2016 il progetto dovrà essere completato con l'estensione alla provincia di Ferrara. Sono in fase di programmazione i primi incontri tecnici tra gli specialisti di laboratorio analisi, i tecnici informatici ed i fornitori per la predisposizione del piano di avvio.

PACS federato - Obiettivo: realizzare un sistema semplificato di condivisione delle immagini radiologiche tra le diverse strutture delle Aziende AVEC. E' stato costituito un gruppo multidisciplinare che vede coinvolti i referenti aziendali per la parte ICT con il compito di produrre uno studio di fattibilità per la gestione unitaria della codifica degli esami e la redazione di una bozza di capitolato di gara per i sistemi Pacs.

Privacy - In seguito alla pubblicazione in Gazzetta della nuova legge sulla gestione della privacy per i sistemi di dossier sanitario e di fascicolo sanitario elettronico l'assessorato regionale ha costituito un gruppo di lavoro per la verifica di condizioni comuni funzionali all'applicazione di quanto previsto dalla normativa vigente.

Sistema di help desk unico di area vasta - Nel corso del 2015 è stato completato presso tutte le aziende sanitarie di AVEC il progetto di avvio del nuovo servizio unico di Help Desk e manutenzione delle postazioni di lavoro informatizzate.

### **6.4 Accredimento istituzionale**

Il percorso di accreditamento istituzionale ha visto a marzo 2015 l'effettuazione della verifica ispettiva correlata all'accREDITamento delle funzioni di "provider" dello Staff Formazione aziendale.

La verifica si è conclusa positivamente, con grande soddisfazione degli operatori coinvolti.

Il mantenimento dei requisiti per l'accREDITamento istituzionale dei Dipartimenti aziendali è stato verificato nel corso 2015 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 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 2015 le unità operative oggetto di verifica ispettiva interna, oltre allo Staff Formazione in previsione della verifica ispettiva, sono state tutte quelle afferenti Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, del Dipartimento Medico-Oncologico ed alcune del Dipartimento Chirurgico. 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 Il sistema di valutazione e monitoraggio SIV-ER

Con Delibera 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia-Romagna (OIV-SSR), la Regione ha individuato un insieme di indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende in riferimento a specifiche Dimensioni/Aree, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema di valutazione regionale.

La scelta di tale insieme di indicatori (circa 250) è stata effettuata dall'OIV-SSR assieme ai Servizi della DG Sanità, Amministrazione del SSR e Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali e il contributo di alcune aziende sanitarie, avendo come riferimento prioritario SIVER – Sistema di valutazione del Servizio Sanitario Regionale, al fine di garantire piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e standardizzazione nella loro elaborazione.

Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito della Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti, dal momento che risultano centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende. Tramite SIVER l'insieme degli indicatori di risultato sarà oggetto di monitoraggio anche infrannuale.

A conclusione del presente Bilancio di Missione si riporta un set di indicatori di risultato selezionati e pubblicati dalla Regione nell'apposita area di **SIVER** predisposta per il **Piano della performance**, rispetto ai quali, nel Piano dell'AUSL di Imola, vengono individuati i trend attesi per ciascuno nel triennio 2016-2018, partendo dai valori relativi al 2014 e 2015.

Coerentemente alle indicazioni di cui alla delibera sopracitata, l'AUSL di Imola ha assegnato le dimensioni della performance in relazione agli obiettivi strategici di mandato della Direzione Aziendale. Ogni singolo indicatore, inoltre, in base al risultato rilevato nel 2015, è stato classificato in SIVER (vedi tabelle a conclusione del paragrafo) tramite una scala colori la cui legenda viene di seguito rappresentata.

#### Legenda

	Pessimo
	Scarso
	Medio
	Buono
	Ottimo
	Indicatori di osservazione - Risk Adjustment -

## Dimensioni ed Aree

Dimensioni della performance		Obiettivi di mandato del Direttore Generale DGR n. 2042/2015
<b>1</b>	<b>Dimensione di performance dell'utente</b>	
1.1	Area dell'accesso	1.3 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero 1.6 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico (esclusa parte farmaceutica)
1.2	Area dell'integrazione	1.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale 1.8 Integrazione socio sanitaria
1.3	Area degli esiti	
<b>2</b>	<b>Dimensione di performance dei processi interni</b>	
2.1	Area della produzione	1.1 Riordino Assistenza ospedaliera 1.2 Consolidamento delle Cure Primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale-Territorio 1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute
2.2	Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico 1.6 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico (solo parte farmaceutica)
2.3	Area dell'organizzazione	2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici delle Aziende 2.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi 2.6 Adempimenti nei flussi informativi
2.4	Area dell'anticorruzione e della Trasparenza	
<b>3</b>	<b>Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo</b>	
3.1	Area della ricerca e della didattica	
3.2	Area dello sviluppo organizzativo	2.7 Valorizzazione del capitale umano
<b>4</b>	<b>Dimensione di performance della sostenibilità</b>	
4.1	Area economico-finanziaria	2.1 Rispetto dell'equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa 2.5 Governo delle risorse umane
4.2	Area degli investimenti	2.4 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

SIV-ER rappresenterà nei prossimi anni la principale base di valutazione della performance a livello di singola azienda. L'impegno profuso in questi anni dal Servizio Sanitario Emiliano Romagnolo, anche attraverso il Bilancio di Missione, è stato di rappresentare annualmente dati di sintesi ai diversi portatori di interesse (stakeholders), relativamente ai risultati della gestione aziendale, al fine di poter meglio valutare ed apprezzare la qualità dei servizi offerti.

La funzione di rendicontazione rappresenta, infatti, per il SSR una responsabilità precisa attraverso la quale garantire trasparenza e accountability a tutti i livelli tramite una costante azione di monitoraggio e di pubblicazione dei risultati ottenuti. La disponibilità di un sistema di valutazione della performance rappresenta, di conseguenza, una risorsa imprescindibile del sistema sanitario e a tal fine SIV-ER è un importante e fondamentale modello strutturato di valutazione multidimensionale della performance aziendale, quale punto di riferimento di valutazione a livello di sistema sanitario regionale e di sviluppo di azioni finalizzate a migliorare l'efficacia della verifica del sistema di garanzie e tutela affidate ad ogni singola azienda.

**7.1.1 Indicatori SIVER "Piano della performance" (2014 – 2015)****UTENTE****Accesso e Domanda**

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	NOTE
212	Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	143,11	<b>140,33</b>	141,08	<b>da 145 a 160</b> ( < 145)	Mantenimento
319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	88,32	<b>97,46</b>	97,17	<b>da 90 a 95</b> ( > 95)	Mantenimento
320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	87,77	<b>94,65</b>	97,77	<b>da 90 a 95</b> ( > 95)	
244	% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	71,84	<b>78,92</b>	68,93	<b>da 40 a 50</b> ( > 50)	Mantenimento
288	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	11,18	<b>12,76</b>	12,13	<b>da 7 a 15</b> ( < 7)	
	% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	58,6	<b>57,25</b>	68,82		Indicatore di osservazione
	% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	58,93	<b>58,6</b>	64,54		Indicatore di osservazione
	Tasso di accessi in PS (*1000 abitanti)	405,65	<b>399,48</b>	380,84		Indicatore di osservazione

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Integrazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	NOTE
205	Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	205,55	191,95	188,83	da 100 a 141 (< 100)	
206	Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA	374,43	316,03	418,24	da 306 a 409 (< 309)	
207	% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	4,51	4,84	4,31	da 1,8 a 3 (> 3)	Mantenimento
236	Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	-	21,17	26,05	da 25 a 30 (< 25)	Mantenimento
240	Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	68,3	59,37	63,55	da 65 a 85 (> 85)	
246	% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	21,84	17,84	17,41	da 25 a 27 (< 25)	Mantenimento
280	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni (*1000 abitanti)	206,49	220,71	198,13	da 200 a 250 (> 250)	



## Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

### Esiti

Si tratta di indicatori contenuti nel Decreto Ministeriale di cui all'Intesa Stato-Regioni del 21.4.2016 relativo alla definizione dei piani di rientro per le Aziende Ospedaliere.

### Risk Adjustment

Negli studi osservazionali la valutazione comparativa degli esiti deve tenere conto delle possibili disomogeneità esistenti nelle popolazioni studiate, dovute a caratteristiche quali età, genere, gravità della patologia in studio, presenza di comorbidità croniche, etc. Questi fattori possono agire come confondenti dell'associazione tra esito ed esposizione, pertanto per gli indicatori selezionati è stato effettuato un aggiustamento statistico attraverso l'utilizzo di metodi di risk adjustment. Questi permettono di confrontare l'indicatore tra le diverse strutture "al netto" del possibile effetto confondente della disomogenea distribuzione delle caratteristiche dei pazienti.

### Confronto

La procedura di risk adjustment è stata applicata dal livello regionale sul singolo stabilimento di ricovero; pertanto a livello Aziendale e Regionale vengono riportati esclusivamente i dati non aggiustati (e dunque non associati a soglie di valutazione). Per ciascun indicatore è stata calcolata la numerosità minima per struttura per poter applicare il modello di risk adjustment ed ottenere un valore statisticamente significativo per l'effetto atteso. L'esito aggiustato è riportato nel campo Note.

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	NOTE
27 1	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (*)	72,41	58,73	77,62	Risk Adjustment = 67,05
38 9	Mortalità a 30 giorni per IMA	6,94	8,11	9,2	Risk Adjustment = 6,19
390	% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	9,72	11,89	42,67	Risk Adjustment = 10,67
3 9	Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	10,24	15,56	12,13	Risk Adjustment = 16,33

**Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale**

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	NOTE
395	Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	10,42	7,19	11,6	Risk Adjustment = 8,19
395	Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	9,41	10,88	9,48	Risk Adjustment = 9,99
398	% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	19,72	7,58	6,42	Risk Adjustment = 8,03
400	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco (*)	-	0	4,35	Indicatore di osservazione
401	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon (*)	-	4,44	3,76	Indicatore di osservazione
402	% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	-	0,8	0,83	Risk Adjustment = 0,8
403	% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	-	0,7	0,97	Risk Adjustment = 0,72
441	% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	89,9	91,28	70,38	Risk Adjustment = 91,85
494	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	20,44	19,3	18,65	Risk Adjustment = 19,09
396	% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui (*)	80,92	0	77,21	Indicatore di osservazione
404	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	3	2,5	2	Indicatore di osservazione

(\*) I dati afferenti alla disciplina di Chirurgia Generale non comprendono l'attività di chirurgia interaziendale svolta in collaborazione con l'AOSPU di Bologna. Tale casistica, infatti, è stata completamente assegnata all'AOSPU di Bologna, pertanto i dati rappresentati risultano parziali (Flusso SDO).

**PROCESSI INTERNI****Produzione-Ospedale**

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	NOTE
102	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,98	4,31	3,18	<b>da 2 a 3</b> ( < 2)	
301	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,76	0,26	-0,47	<b>da -1,2 a -0,55</b> ( < -1,2)	
302	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,3	0,17	-0,72	<b>da -1,2 a -0,55</b> ( < -1,2)	
303	Degenza media pre-operatoria	1,27	1,25	0,8	<b>da -0,85 a 1</b> ( < -0,85)	
409	Volume di accessi in PS	55.129	54.023	1.857.137		Indicatore di osservazione
411	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	9.025	8.766	339.417		Indicatore di osservazione
412	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	4.896	4.589	262.852		Indicatore di osservazione
413	Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.090	2.139	76.952		Indicatore di osservazione
414	Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	1.445	1.476	88.286		Indicatore di osservazione

**Produzione-Territorio**

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	NOTE
211	Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	20,66	21,37	20,18	<b>da 10,82 a 14</b> (> 14)	Mantenimento
225	Tasso std di prevalenza x 100 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	6,18	5,98	7,06	<b>da 5 a 6</b> (> 6)	Mantenimento
415	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	150.582	161.354	6.755.149		Indicatore di osservazione
416	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	137.840	142.967	6.144.837		Indicatore di osservazione
417	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.280.349	1.197.654	46.172.919		Indicatore di osservazione

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Produzione-Prevenzione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	NOTE
160	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	42,7	43,7	48,6	<b>da 50 a 60</b> (> 60)	
161	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	20,4	18,5	33,8	<b>da 30 a 35</b> (> 35)	
164	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	65,01	65,12	75,3	<b>da 60 a 70</b> (> 70)	Fonte dati: schede inviate all'ONS (Osservatorio Nazionale Screening) per la fascia di età 50-69 anni.
170	% di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate	46,03	53,54	50,29	<b>da 50 a 60</b> (> 60)	
172	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	52,19	55,22	51,86	<b>da 75 a 90</b> (> 90)	
177	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94,83	95,12	92,91	<b>da 95 a 98</b> (> 98)	

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,08	9,71	10,07	<b>da 8 a 9</b> ( > 9)	Mantenimento
408	Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	-	93,05	98,73	<b>da 90 a 95</b> ( > 95)	

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	NOTE
125	% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	47,38	51,24	49,84	<b>da 55 a 60</b> (> 60)	
210	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6,5	7,53	6,6	<b>da 5,1 a 7,5</b> (< 5,1)	
213	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,94	2,41	2,97	<b>da 4 a 7</b> (< 4)	Mantenimento
214	Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	118,18	130,43	122,71	<b>da 75 a 90</b> (< 75)	
216	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,19	0,17	0,22	<b>da 0,1 a 0,21</b> (< 0,1)	
10 1	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,73	10,07	10,03		Indicatore di osservazione
133	Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	1,07	3,31	4,1		Indicatore di osservazione
13 5	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	3,42	2,62	2,54		Indicatore di osservazione
421	% di colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	4,94	9,09	35,8		Indicatore di osservazione

## Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

### Organizzazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	NOTE
38 5	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	-	9,6	7,5	da 6 a 8 (> 8)	Mantenimento

### Anticorruzione-Trasparenza

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	NOTE
40 5	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	99,52	96,91	da 85 a 95 (> 95)	Mantenimento
40 6	% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	39,86	41,68	43,17		Indicatore di osservazione
407	% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	31,07	26,26	31,31		Indicatore di osservazione

## INNOVAZIONE E SVILUPPO

### Sviluppo Organizzativo

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	NOTE
38 6	% di adesione all'indagine di clima interno	-	53,41	26,52	da 25 a 30 (> 30)	Mantenimento



Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

**SOSTENIBILITA'**

**Economico-Finanziaria**

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	NOTE
138	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG (*)	213,93	237,29	228,89	<b>da 120 a 260</b> ( < 120)	
247	Costo pro capite totale	1.829,26	1.843,7	1.823,12		€ 1.843,7 valore 2014 € 1.829,26 valore 2013
248	Costo pro capite assistenza ospedaliera	700,43	711,56	710,4		€ 711,56 valore 2014 € 700,43 valore 2013
249	Costo pro capite assistenza distrettuale	1.065,83	1.074,59	1.058,59		€ 1.074,59 valore 2014 € 1.065,83 valore 2013
267	Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	57,65	52,24	54,13		€ 52,24 valore 2014 € 57,65 valore 2013
364	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	90,3	90,23	94,57	<b>da 80 a 95</b> ( > 95)	
449	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	164,43	165,07	157,54	<b>da 155 a 165</b> ( < 155)	
220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-	-17	-		Indicatore di osservazione
365	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza	77,32	78,62	79,84		Indicatore di osservazione



Azienda Unità sanitaria Locale di Imola  
Viale Amendola, 2 – 40026 Imola (BO)  
tel. +39 0543 604111 – fax. +39 0542 604013  
e-mail: [ausl@ausl.imola.bo.it](mailto:ausl@ausl.imola.bo.it)  
[www.ausl.imola.bo.it](http://www.ausl.imola.bo.it)