

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

Bilancio di missione *2012*

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

Il Bilancio di Missione dell'Azienda Usl di Imola, giunto alla sua decima edizione, rappresenta uno strumento di approfondimento di tutti gli ambiti di intervento su cui l'Azienda si è concentrata nel corso del 2012.

Il documento, redatto sulla base della Legge Regionale n. 29/2004, ha l'obiettivo di rendere conto ai cittadini del territorio, e a tutti gli stakeholder di riferimento, del perseguimento degli obiettivi di salute assegnati dalla Regione all'Azienda e delle azioni intraprese, secondo le linee programmatiche condivise con il Nuovo Circondario Imolese, in termini di offerta, consumo e sviluppo dei servizi, qualità delle prestazioni erogate, appropriata risposta ai bisogni di salute della popolazione residente, sostenibilità del sistema.

L'ottica con cui il documento che stiamo presentando è stato redatto è quello di una sempre maggiore trasparenza verso tutta la comunità di riferimento, nei confronti della quale si è profuso l'impegno aziendale per rispondere in maniera inclusiva e completa ai bisogni di salute.

Questo è anche il modo di rendicontare o meglio rappresentare i risultati perseguiti e raggiunti dall'Azienda nel corso del mandato direzionale assegnato dalla Regione, che possiamo considerare decisamente positivo, e questo grazie all'impegno di tutta la struttura aziendale, alla quale va il merito, anche in un momento di grave difficoltà economica, di aver saputo garantire un alto livello di qualità dei servizi offerti.

Allo stesso modo quanto rappresentato nel Bilancio di missione 2012, diventa un nuovo punto di partenza per le sfide prossime future, a partire dalla realizzazione del Piano Strategico ed Attuativo Locale recentemente adottato, che ci vedrà con lo stesso impegno e spirito costruttivo ancora tutti pienamente coinvolti.

La metodologia di lavoro seguita nella costruzione del documento conferma la filosofia partecipativa che da anni caratterizza la stesura dello stesso, che vede il coinvolgimento di tutte le strutture e settori aziendali.

Le sezioni che costituiscono il documento sono dedicate alla rendicontazione dei consumi e dell'offerta dei livelli essenziali istituzionalmente garantiti, alla politica di sviluppo quali-quantitativo dei servizi, al governo delle risorse finanziarie e strumentali e delle risorse umane, all'ascolto ed informazione dei cittadini e alle attività attivate in materia di ricerca e sviluppo.

L'ultimo capitolo, il settimo, come ormai consuetudine, tratta di un aspetto altamente specifico dell'anno in cui si riferisce la pubblicazione. Per l'anno 2012 si è presentata la Casa della Salute, nel percorso che ne ha visto la progettazione nei territori di Castel San Pietro Terme e Medicina, e, nel corso del 2012, poi il completo varo operativo. Un progetto quello della Casa della Salute che va visto non solo sotto l'aspetto strutturale, ma bensì culturale, in relazione al nuovo approccio ai servizi sanitari e socio-sanitari, a livello territoriale, da parte dei cittadini.

Il bilancio di missione, per chi è chiamato a responsabilità politiche e tecniche in campo socio sanitario, è poi un importante strumento di lavoro, indispensabile a livello di programmazione dell'assistenza nel nostro territorio, di verifica ed in grado di fornire approfondimenti puntuali e affidabili su tematiche ben precise.

Maria Lazzarato

Indice generale

1. Contesto di riferimento.....	7
1.1 Territorio e Ambiente.....	7
1.1.1 Superficie e densità demografica	7
1.1.2 Collocazione geografica e viabilità	7
1.1.3 Monitoraggio fonti inquinanti.....	8
1.2 Popolazione	8
1.2.1 Struttura demografica della popolazione residente.....	8
1.2.2 Anziani e grandi anziani	11
1.2.3 Aspettativa di vita.....	13
1.2.4 Natalità.....	14
1.2.5 Stranieri.....	14
1.2.6 Famiglie.....	16
1.3 Condizioni socio-economiche e mercato del lavoro	16
1.3.1 Soggetti in condizione di marginalità potenzialmente portatori di bisogni	16
1.3.2 Mercato del lavoro e Tenore di vita.....	17
1.4 Osservazioni epidemiologiche	18
1.4.1 Mortalità	18
1.4.2 Mortalità per grandi cause	19
1.4.3 Malattie Infettive	21
1.5 Stili di vita.....	22
1.5.1 Principali comportamenti influenti sullo stato di salute	22
1.6 Sicurezza.....	23
1.6.1 Incidenti stradali	23
1.6.2 Infortuni sul lavoro	25
Sezione 1 - Sintesi principali indicatori	27
2. Profilo Aziendale.....	29
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	29
2.1.1 Sostenibilità economica.....	29
2.1.2 Sostenibilità finanziaria	35
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale	37
2.2 Impatto sul contesto territoriale	39
2.2.1 Impatto economico	39
2.2.2 Impatto sociale	39
2.2.3 Impatto ambientale	40
2.3 Livelli essenziali di assistenza	41
2.3.1 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro.....	42
2.3.2 Assistenza distrettuale	47
2.3.3 Assistenza ospedaliera	61
Sezione 2 - Sintesi principali indicatori	72
3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	73
3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria.....	73
3.1.1 Nuovo Circondario Imolese (NCI)	73
3.1.2 La <i>governance</i> nei servizi ad integrazione socio-sanitaria	73

3.1.3 Distretto ed integrazione sociale e sanitaria	74
3.2 Universalità ed equità di accesso	75
3.2.1 Politiche socio-sanitarie per aree con maggior disagio	75
3.2.2 Governo delle liste di attesa	82
3.3 Centralità del cittadino	84
3.3.1 Forme di partecipazione del cittadino	84
3.3.2 Valutazione gradimento del cittadino	85
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	88
3.4.1 Programmi di prevenzione e promozione della salute.....	88
3.4.2 Rete ospedaliera	90
3.4.3 Appropriately clinica e organizzativa	92
3.4.4 Gestione del rischio "sicurezza delle cure"	97
3.4.5 Politiche di acquisto di beni e servizi.....	102
4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione.....	105
4.1 "Carta di Identità" del personale.....	105
4.2 Struttura delle relazioni col personale e sue rappresentanze.....	108
4.2.1 Compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare	108
4.2.2 Facilitazioni per i dipendenti.....	110
4.2.3 Relazioni sindacali	110
4.3 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione alle strategie aziendali	111
4.4 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti.....	113
4.4.1 Modalità di valutazione delle competenze	113
4.4.2 Percorso di sviluppo professionale e di carriera	114
4.4.3 Il sistema incentivante.....	115
4.4.4 Risorse collegate al salario variabile.....	115
4.5 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	116
4.6 Gestione del rischio e sicurezza.....	116
4.6.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali.....	116
4.6.2 Andamento del fenomeno infortunistico.....	117
4.7 Formazione	118
4.7.1 Pianificazione dell'attività formativa	118
4.7.2 Tipologie delle attività di formazione	119
4.7.3 Attività formativa "in cifre".....	120
4.7.4 Documentazione scientifica: la biblioteca aziendale	123
4.7.5 Collaborazione con altri Enti di Formazione	123
4.7.6 Formazione di Area Vasta Emilia Centro (AVEC)	124
5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione.....	125
5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi.....	125
5.1.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).....	125
5.1.2 Carta dei Servizi	125
5.1.3 Servizio Numero Verde Regionale.....	125
5.1.4 Sito internet istituzionale e servizi <i>on line</i>	125
5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità	127
5.2.1 Sistema di gestione delle segnalazioni	127
5.2.2 Altri strumenti di ascolto del cittadino	129

5.2.3 Incontri pubblici, campagne e materiali informativi	130
5.2.4 <i>Mass-media e social media</i>	131
5.3 La comunicazione interna aziendale	133
5.3.1 Sito Intranet e giornalino aziendale <i>on line</i>	133
6. Governo della ricerca e innovazione	135
6.1 Le azioni per l'esercizio della governance della ricerca.....	135
6.1.1 Attività di ricerca nell'AUSL di Imola	135
6.1.2 Principali progetti di ricerca aziendali e con altre Aziende	136
6.2 Alta formazione	139
6.3 Information and Communication Technology	143
6.4 Accreditemento istituzionale.....	146
7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	147
7.1 La Casa della Salute.....	147
7.1.1 Progetto organizzativo e funzionale	147
7.1.2 Struttura per grandi aree omogenee.....	149
7.1.3 Le componenti fondamentali della CdS	150
7.1.4 Il coordinamento della Casa della Salute.....	153
7.2 La Casa della Salute di Castel San Pietro Terme	153
7.3 La Casa della Salute di Medicina.....	157

1. Contesto di riferimento

1.1 Territorio e Ambiente

1.1.1 Superficie e densità demografica

L'estensione territoriale della AUSL di Imola, con i suoi 787 Km², rappresenta un'area di confine tra Emilia e Romagna, tra territori bolognese da una parte e ravennate-ferrarese dall'altro.

Tabella 1.1 - Superficie e densità demografica nei Comuni dell'AUSL di Imola al 31/12/2012

COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE Km ²	DENSITÀ POPOLAZIONE Pop/Km ²	POPOLAZIONE RESIDENTE
IMOLA	204,94	340,46	69.774
MORDANO	21,46	219,90	4.719
MEDICINA	159,11	106,00	16.865
CASTEL GUELFO	28,55	154,05	4.398
TOTALE PIANURA	414,06	231,26	95.756
CASTEL S. PIETRO	148,48	140,56	20.871
DOZZA	24,24	269,97	6.544
CASALFIUMANESE	81,97	42,47	3.481
BORGO TOSSIGNANO	29,12	115,83	3.373
FONTANELICE	36,57	53,43	1.954
CASTEL DEL RIO	52,56	23,59	1.240
TOTALE COLLINA	372,94	100,45	37.463
TOTALE GENERALE	787	169,27	133.219
Prov. Bologna (2011)		269,81	
RER (2011)		198,61	
ITALIA (2011)		197,00	

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

La densità demografica risulta globalmente in leggero aumento soprattutto in corrispondenza dei grossi centri. Penalizzati i piccoli paesi (Castel del Rio e Fontanelice) che vedono ridursi questo indicatore. Imola, con un dato da anni superiore alla media provinciale, raggiunge una densità superiore ai 340 abitanti per Km². Continua il trend in aumento di Castel Guelfo, che si posiziona sopra ai 154 ab/km². Questi valori sono correlati ai fenomeni migratori interni ed esterni che hanno caratterizzato l'ultimo triennio.

1.1.2 Collocazione geografica e viabilità

Primaria importanza rivestono l'asse via Emilia, via Selice-Montanara e le due strade perpendicolari alla via Emilia, che da Castel San Pietro Terme e da Toscanella raggiungono l'autostrada. Sette Comuni su dieci sono attraversati da queste due importanti direttrici alle quali si aggiunge l'arteria autostradale A14 con i due caselli di Castel San Pietro Terme e di Imola.

Gli stabilimenti ospedalieri di Imola e Castel San Pietro Terme, collocati nella direzione segnata dalla S.S. Emilia, sono ben bilanciati dal punto di vista posizionale dai Poli Sanitari di Medicina (per la pianura del nord-ovest) e Borgo Tossignano (per la valle Santerno di sud-est).

1.1.3 Monitoraggio fonti inquinanti

I dati relativi ad alcune fonti inquinanti sono mutate dall'Arpa zonale. La rete di monitoraggio dell'inquinamento atmosferico sul territorio di Imola presenta attualmente 2 centraline situate in Viale De Amicis e Via Cavour (la stazione Ferrari è stata dismessa il 1/8/2012). Tra gli inquinanti atmosferici l'Ozono e il PM₁₀ rappresentano generici indicatori di potenziali effetti sanitari.

OZONO (O₃) – I valori di riferimento indicati dalla normativa sono: "Soglia di informazione" (media oraria): 180 µg/m³ e soglia di allarme (media di 1 ora per 3 consecutive): 240 µg/m³; obiettivo a lungo termine per la protezione della salute umana (media massima giornaliera su 8 ore nell'arco di un anno): 120 µg/m³. Nel periodo da gennaio a fine luglio il limite previsto come Obiettivo a lungo termine (120 µg/m³ come media giornaliera) è stato superato in 22 giornate, mentre non si è osservato nessun superamento della "Soglia di informazione" (180 µg/m³).

PM10 – Rappresenta la misura delle polveri ultrafini inalabili di diametro < 10µm ed è un indicatore importante per gli effetti delle particelle, prodotte principalmente dalla combustione di carburanti. Il valore limite giornaliero per la protezione della salute umana è stabilito in 50 µg/m³, da non superarsi per più di 35 volte nell'anno; il valore limite espresso come media annuale è pari a 40 µg/m³.

Nel 2012 si sono verificati 38 superamenti del Valore Limite Giornaliero (50 µg/m³) nell'agglomerato di Imola, concentrati nei mesi autunnali e invernali; tale dato è inferiore a quello registrato nel 2010. Il valore limite espresso come media annuale non è mai stato superato.

In Tabella 1.2 si evidenziano le giornate in cui è stato superato il Valore Limite Giornaliero e le medie annuali, dal 2005 al 2012.

Tabella 1.2 - Polveri ultrafini (PM10) nel territorio dell'AUSL di Imola. Periodo 2005-2012

ANNO	NUMERO DI SUPERAMENTI ANNUALI	% DI GIORNATE/ANNO CON VALORI NELLA NORMA	MEDIA ANNUALE
2005	52	85,0%	n.d.
2006	69	81,1%	39
2007	49	86,6%	34
2008	38	89,5%	n.d.
2009	32	91,2%	28
2010	43	88,0%	28
2011	44	87,9%	30
2012	38	89,5%	29

1.2 Popolazione

1.2.1 Struttura demografica della popolazione residente

Le rappresentazioni utilizzate in questo paragrafo sono basate sui dati conferiti dalle anagrafi comunali e, per il livello regionale, da quanto attinto dalle banche dati dei portali tematici Saluter e Statistica.

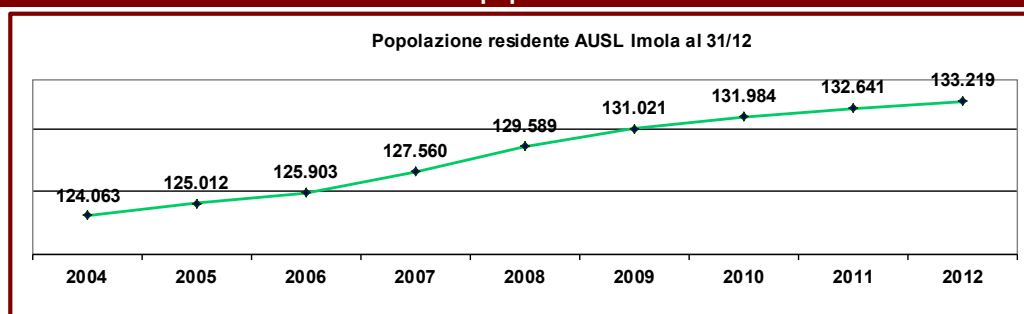
Tabella 1.3 – Distribuzione popolazione residente per comune e genere e % incidenza su totale AUSL. Anni 2012-2011

COMUNI	POPOLAZIONE			2012 Peso% su Totale AUSL	2011 Peso% su Totale AUSL
	M	F	Totale		
IMOLA	33.709	36.065	69.774	52,38%	52,23%
MORDANO	2.395	2.324	4.719	3,54%	3,56%
MEDICINA	8.256	8.609	16.865	12,66%	12,71%
CASTEL GUELFO	2.172	2.226	4.398	3,30%	3,29%
CASTEL S. PIETRO	10.184	10.687	20.871	15,67%	15,70%
DOZZA	3.256	3.288	6.544	4,91%	4,93%
CASALFIUMANESE	1.720	1.761	3.481	2,61%	2,63%
BORGO TOSSIGNANO	1.667	1.706	3.373	2,53%	2,52%
FONTANELICE	985	969	1.954	1,47%	1,48%
CASTEL DEL RIO	593	647	1.240	0,93%	0,94%
TOTALE GENERALE	64.937	68.282	133.219	100,00%	100,00%

Anche nel 2012 si registrata la contrazione della crescita della popolazione residente nel territorio del circondario imolese. Il bacino dei residenti si attesta al 31/12/2012 su 133.219 unità, di cui 64.937 maschi (48,7%) e 68.282 femmine (51,3%). Poco più di un cittadino residente su due, vive nel comune di Imola. L'assorbimento di questo comune sul totale dell'intero circondario si attesta nel 2012 al 52,38% (2011: 52,23). In valori assoluti, dei 578 residenti in più rispetto al 2011, Imola ne ha richiamati 500. Proprio per il ruolo di attrattività di Imola, diminuisce la percentuale di incidenza degli altri comuni nel contesto complessivo.

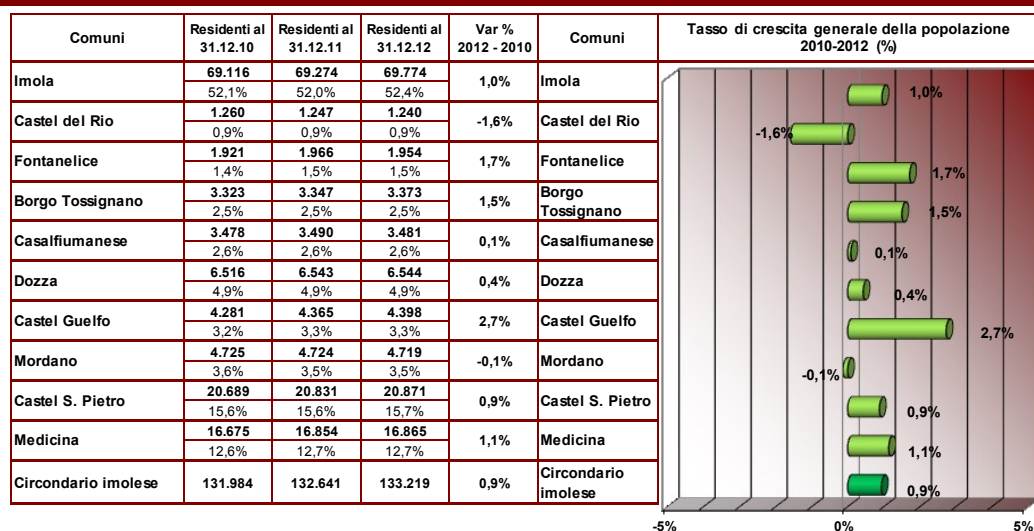
La dinamica di lungo periodo, interpretata dalla curva sottostante, mostra come il flusso incrementale, dal 2004, si sia affievolito, attestandosi in corrispondenza dell'ultimo anno ad un 0,44% sul 2011 (+ 578 unità), meno di 100 residenti circa nel confronto 2011 - 2010.

Grafico 1.4 - Variazione assoluta della popolazione circondariale. Periodo 2004-2012



L'assetto demografico 2011 del nostro territorio ha trovato conferma anche nel 2012. Il flusso immigratorio della [componente straniera](#) residente, anch'esso ridottosi considerevole, ha quasi coperto l'esiguo aumento in termini assoluti della popolazione, più concentrato su alcune zone rispetto ad altre. Nei comuni Castel del Rio e Casalfiumanese (vallata) e Dozza, Mordano (pianura) è presumibile ci sia stato un effetto combinato: l'attenuazione dei flussi migratori ed una contemporanea fuga di popolazione produttiva in cerca di opportunità lavorative (vedi anche report dell'Osservatorio Economico del Nuovo Circondario Imolese).

Figura 1.5 - Variazione assoluta e % della popolazione circondariale per Comune di residenza. Periodo 2010-2012



La peculiarità di Castel Guelfo che, seppur con una componente straniera sotto alla media circondariale, nel confronto 2012-2010 ottiene un +2,7%. Anche Borgo Tossignano e Fontanelice si attestano vicini al 2%. In conclusione, nel confronto 2012-2010 sono 4 i comuni con un variazione di segno negativo oppure uguale a "0".

La Tabella 1.6 riportano, per fasce d'età, la popolazione residente (al 31/12).

Tabella 1.6 - Distribuzione per fasce di età della popolazione residente e della popolazione assistita. Periodo 2010-2012

POPOLAZIONE RESIDENTE PER CLASSI ETÀ					
ANNO	0 - 13	14 - 64	65 - 74	=>75	Totale
2010	17.074	85.568	13.707	15.635	131.984
2011	17.229	85.580	14.085	15.747	132.641
2012	17.419	85.364	14.384	16.052	133.219

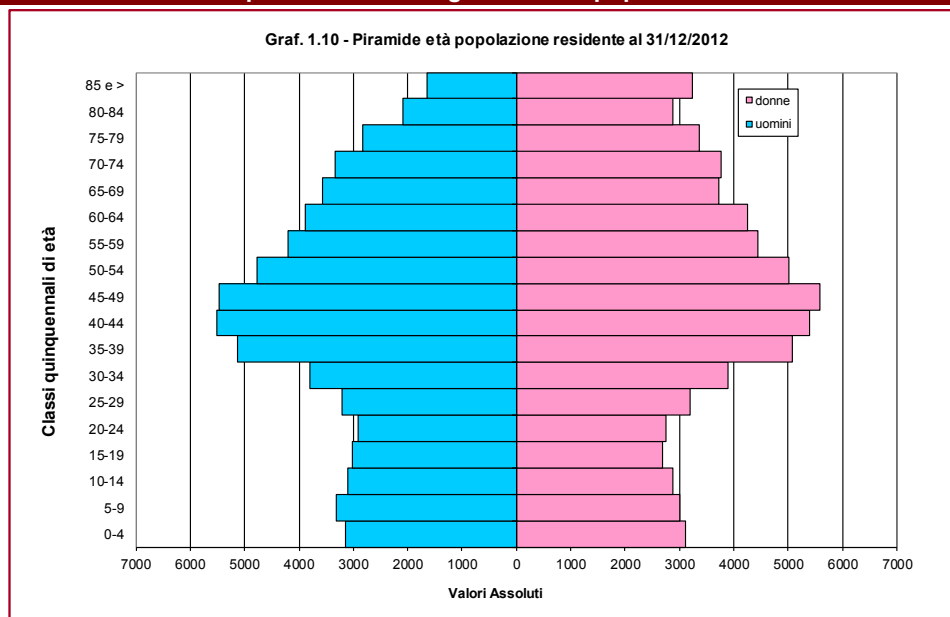
Analizzando la distribuzione per macroaggregazioni di età, per individuare il "carico sociale" e la ricaduta attesa sui consumi sanitari, si osserva che:

- il macro-aggregato ad elevato impatto sul sistema sanitario (classi 0-13, =>65) aumenta leggermente grazie alle classi anziane e grandi anziani (36% della popolazione residente).
- La classe 14-64, ad alta produttività e basso impatto sul sistema sanitario, continua il trend di flessione nel confronto 2012-2011 (64,1% della popolazione residente).

La piramide d'età (Grafico 1.7) mostra come la distribuzione per classi di età veda una prevalenza della popolazione maschile fino alla fascia di età comprendente i 44 anni (incidenza e prevalenza

maggiore di nati maschi, grazie anche alla particolarità legata agli stranieri residenti). Diametralmente opposta la tendenza femminile, che grazie ad un'incidenza percentuale più elevata e multifattoriale in tutte le fasce di età, recupera il *gap* demografico nei confronti dell'altro genere fino all'età mediana, per poi distanziare sensibilmente fino ad 85 e oltre, la numerosità maschile. Dall'analisi risulta come l'età media ed anche mediana della popolazione residente del bacino del Circondario Imolese sia di 44 anni per i maschi e di circa 47 per le femmine.

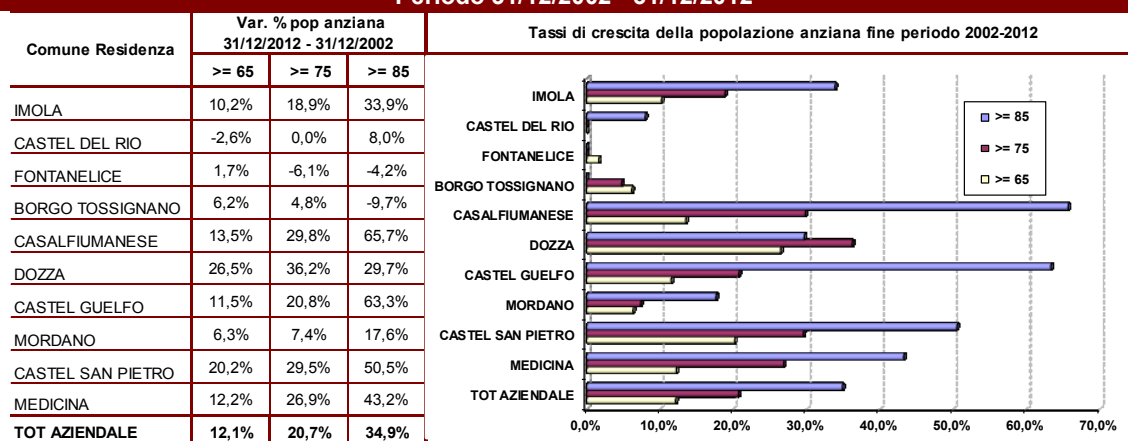
Grafico 1.7 - Distribuzione per fasce di età e genere della popolazione circondariale. Anno 2012



1.2.2 Anziani e grandi anziani

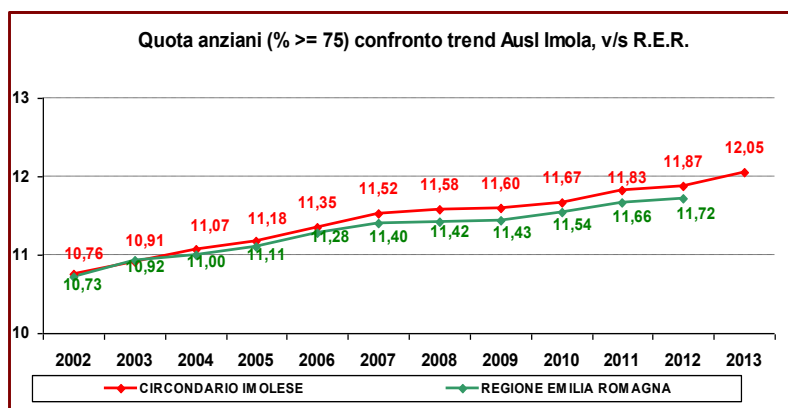
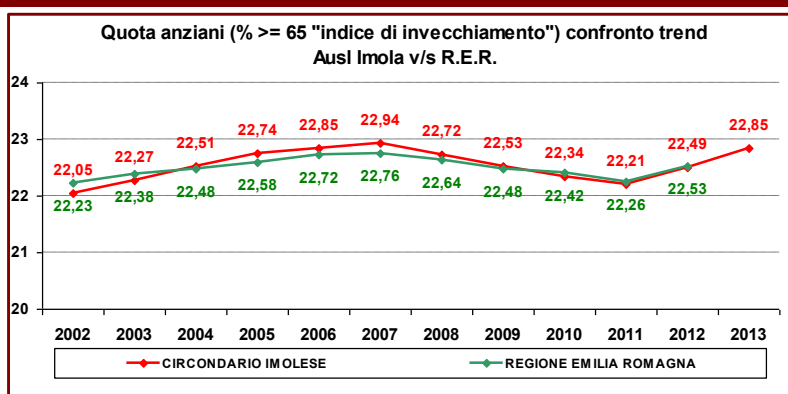
Lo scenario riferito alla popolazione anziana evidenzia, in analogia con l'andamento regionale e nazionale, un costante e generalizzato aumento. I tassi di crescita 2002 e 2012, se da un lato dicono questo, dall'altro lasciano trasparire alcuni elementi di variabilità in funzione della fascia anziana considerata. Ad esempio, Borgo Tossignano, dove il ricambio generazionale alimentato dalla componente straniera, in un contesto di alta mortalità nella classe limite, mantiene basso i delta percentuali nelle classi ≥ 65 e ≥ 75 , rendendo negativo il delta nella classe ≥ 85 ; oppure Casalfiumanese e Castel Guelfo con un incremento notevolmente dei propri grandi anziani (+65,7% e 63,3%). Rispetto al valore aziendale, la fascia di popolazione ≥ 75 anni mostra una sorta di stallo incrementale di lungo periodo (+20,7%), mentre la dinamica dei cosiddetti over 85 è contraddistinta da un'ascesa che ha portato il differenziale rispetto al 2002 a +35% circa.

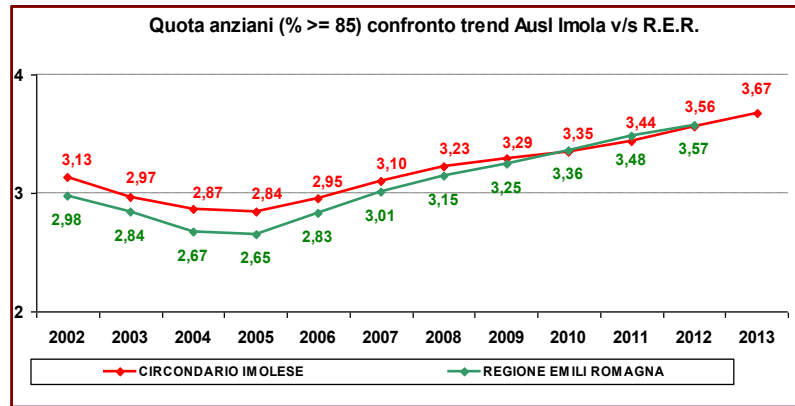
Figura 1.8 - Tassi di crescita popolazione anziana in ambito comunale ed aziendale. Periodo 31/12/2002 - 31/12/2012



I Grafici 1.9 focalizzano l'indice d invecchiamento della popolazione circondariale (pop =>65), nonché l'incidenza percentuale sul totale della popolazione, delle altre due classi di riferimento della popolazione anziana a confronto con quelli medi regionali.

Grafici 1.9 – Indice di invecchiamento della popolazione (>= 65) e quota incidenza =>75 e =>85. Periodo 1/1/2002-2013





Dopo la debole contrazione del 2011, sembra che la quota anziani (≥ 65 anni) abbia nuovamente ripreso la sua ascesa, posizionandosi sui livelli più alti del trend, inoltre le curve del livello imolese e regionale tendono a sovrapporsi identificando la stessa incidenza. Circa un imolese su 4 ha oggi "l'etichetta di anziano". La struttura demografica riferita agli *over 75* anni, vede ancora il territorio imolese al di sopra del dato medio regionale (12,05% vs 11,72% 2012), anche se questa classe aumenta con minor intensità per l'effetto combinato mortalità ed estraneità della medesima dai flussi migratori di cittadini stranieri. La curva dei grandi anziani (≥ 85) conosce solo rialzi. Vi sono elementi per affermare che il valore medio regionale e quello imolese, attualmente sul 4% scarso dell'intera popolazione, procederanno appaiati.

1.2.3 Aspettativa di vita

L'indicatore relativo all'allungamento della vita media, espresso dal numero medio di anni di vita residua ad una certa età, rappresenta un importante indicatore di salute e una sfida per i sistemi sanitari. L'innalzamento della longevità ha comportato il fronteggiare problematiche a questa correlate, per certi versi sconosciute fino al decennio precedente. Tutto ciò rende ancora più importante considerare la speranza di vita alla nascita - stimata in aumento nel prossimo trentennio in Regione - tra i parametri ascrivibili all'incremento del benessere.

Anche nel triennio 2009 – 2011 la speranza di vita continua il ciclo ascendente sia tra gli uomini che tra le donne, pur con alcune differenze (Tabella 1.10):

- Rispetto al triennio 2008-2010, il *gap* tra il genere maschile e quello femminile in termini vita attesa alla nascita, continua ad assottigliarsi e maggiormente a livello della Provincia di Bologna rispetto alla Regione. Il differenziale in termini di anni si posiziona sui 4 con un variazione % per i maschi, in ambedue i livelli territoriali di circa mezzo punto.
- Maggiore il recupero del genere maschile sul femminile per ciò che concerne la speranza di vita a 65 anni. La variazione in aumento risulta essere dell'1,21 (Provincia Bo) e dello 0,95% (RER). Le femmine si "fermano" rispettivamente a 0,47% e 0,61%.

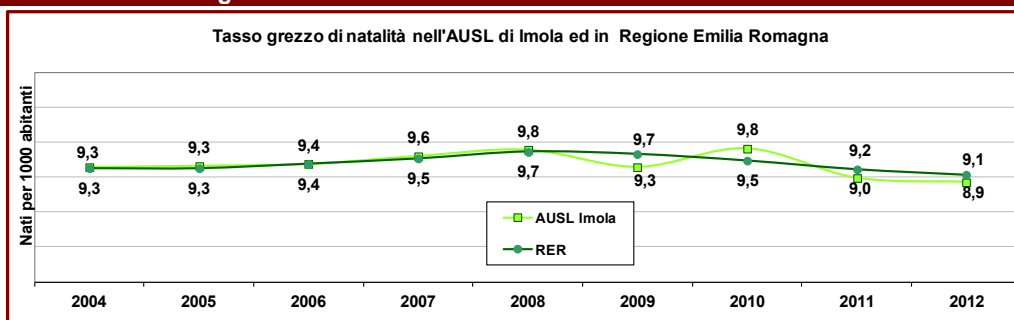
Tabella 1.10 - Speranza di vita alla nascita e a 65 anni su base triennale. Prov. Bo vs RER

Indicatore	Livello residenza	2008-2010		2009-2011		Var. %	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Speranza di vita alla nascita	Prov. Bologna	80,04	84,48	80,42	84,58	0,47%	0,11%
	RER	79,74	84,42	80,07	84,59	0,41%	0,20%
Speranza di vita a 65 anni	Prov. Bologna	18,66	21,84	18,89	21,94	1,21%	0,47%
	RER	18,42	21,73	18,60	21,86	0,95%	0,61%

1.2.4 Natalità

L'immagine di una regione e di un territorio aziendale con una natalità in leggera crescita è stata attuale fino al 2010. Natalità e fecondità comunque, fino a quel periodo, non sono mai riuscite a compensare le perdite naturali (decessi). In seguito, stante la congiuntura economica sfavorevole che ha avuto innegabili ripercussioni sulla variabile natalità in generale, il tasso grezzo nel biennio 2011 - 2012 ha subito una frenata in ambedue i livelli territoriali, rimanendo in questi due anni stabile. Se la flessione a livello RER appare meno pronunciata a far data dal 2010, il circondario imolese, perdendo quasi un nato ogni 1.000 abitanti, raggiunge nel 2012 il valore di 8,9 nati su 1.000 abitanti (9,1 valore RER stimato).

Grafico 1.11 - Tasso grezzo di natalità dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2012



Fonte: Elaborazione Uff.SIS TIR su dati Istat – Movimento e calcolo della popolazione residente. Dato RER 2012 stimato.

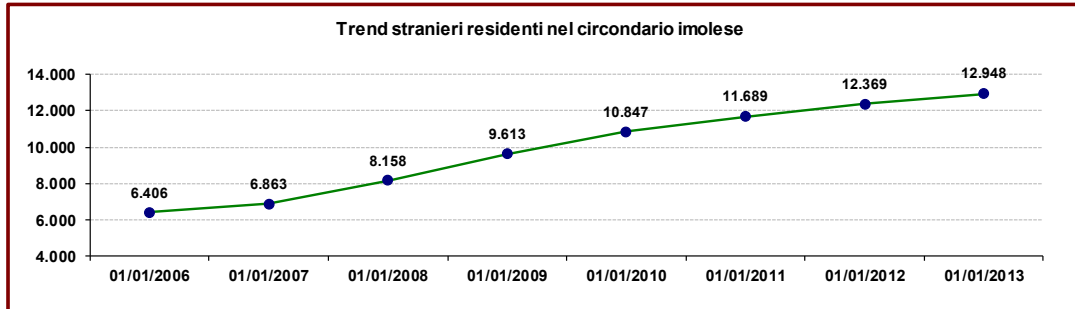
1.2.5 Stranieri

Come già anticipato, la dinamica della popolazione residente si affida oramai alla sola [componente straniera](#), onde evitare una sorta di "recessione demografica". Il flusso di cittadini stranieri in ingresso, che nel recente passato era aumentato, ora pur sostenuto, non cresce più a quei livelli, rimanendo nel confronto 2012-2011, sotto il 5%.

Le 12.948 unità, al 31/12/2012, costituiscono l'ammontare complessivo della cittadinanza estera residente nei 10 comuni del circondario: quasi un residente su 10 (9,72% della popolazione complessiva). La distribuzione per genere, registra una prevalenza femminile (53% circa), in linea con quanto avviene in regione. La "quota rosa" è più consistente è Casalfiumanese con il 57%, non a caso nell'ultimo decennio questo comune ha riscontrato un aumento di anziani e ciò potrebbe suggerire una relazione col fenomeno "badanti".

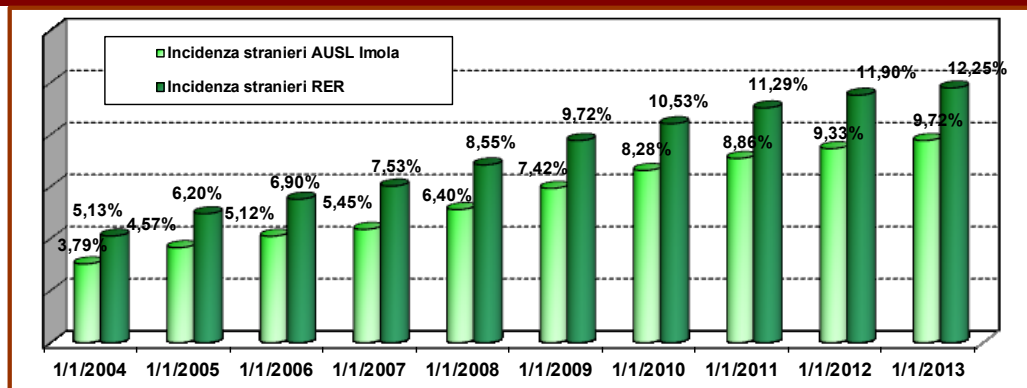
Il Grafico 1.12 illustra la distribuzione nel corso degli ultimi 8 anni. Il *trend* mostra una popolazione più che raddoppiata, ma con una curva che in corrispondenza dell'ultimo triennio, vede perdere la propria inclinazione al rialzo. Nel 2011, per la prima volta i residenti stranieri sono aumentati più della popolazione complessiva e nel 2012 ciò non si ripete solo per poche unità.

Grafico 1.12 - Trend stranieri residenti AUSL di Imola. Periodo 1/1/2006 - 1/1/2013



Risulta una maggior consistenza di cittadini esteri nei territori di Castel del Rio (14,4%), Fontanelice e Borgo Tossignano (12,4%) e Mordano (11,4%). Si tratta di una popolazione prevalentemente in fascia attiva: circa il 95% appartiene al *range* età 0-59 contro il 68% di quella italiana. L'incidenza della popolazione straniera, in ambedue i livelli del confronto 2004-2012, è più che raddoppiato e la forbice tra i due è aumentata a favore del livello regionale (Grafico 1.13).

Grafico 1.13 - Incidenza % stranieri residenti nell'AUSL di Imola, a confronto con la media RER. Periodo 1/1/2004 - 1/1/2013

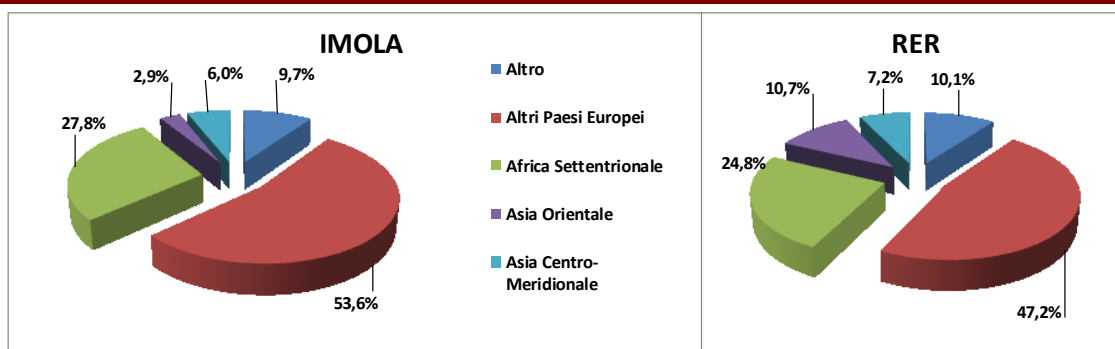


NB: dato regionale 1/1/2013 stimato con scenario alto su Fonte: Rapporto "Migrantes" – Caritas Nazionale

Il Grafico 1.14 evidenzia la fotografia degli stranieri all'1/1/2012 (per criterio di omogeneità) sulla base delle macroaree geografiche di provenienza. La distribuzione in ambito aziendale non si discosta dal livello regionale, se non per alcune limitate particolarità.

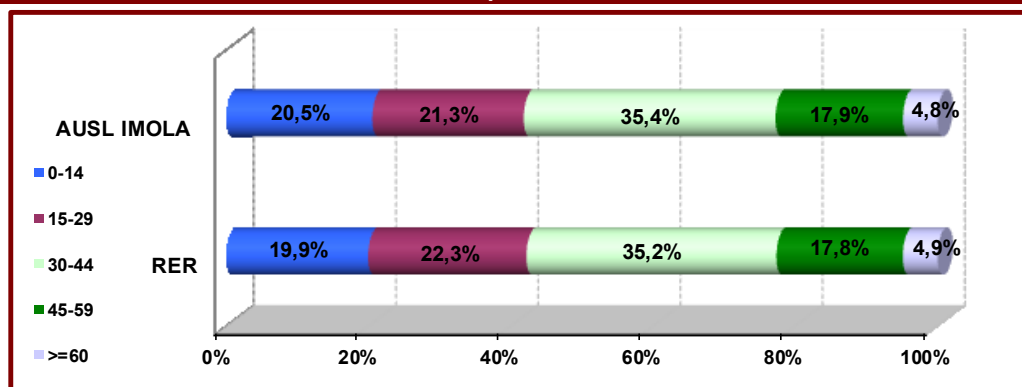
Il livello imolese risulta "prediletto" in termini di quote percentuali dalla componente europea (UE - extra UE 27) e nord africana che risultano più consistenti anche rispetto al territorio regionale.

Grafico 1.14 - Distribuzione stranieri residenti per provenienza, confronto AUSL di Imola e RER all'1/1/2012



La regione polarizza invece in ingresso grosse fette di cittadinanza con etnia indo-asiatica. La struttura per fasce di età è quasi sovrapponibile tra il livello aziendale e regionale (Grafico 1.15).

Grafico 1.15 - Distribuzione stranieri residenti per età, confronto AUSL di Imola e RER, all'1/1/2012



1.2.6 Famiglie

La nuova dimensione della famiglia italiana mostra un "ridimensionamento" nella numerosità media dei componenti. La "famiglia locale", in termini di composizione media mostra sostanzialmente una tenuta con livelli leggermente più alti di quelli in regione (AUSL Imola 2,29 vs RER 2,23) Nel confronto 2013-2008 solo Castel del Rio e Fontanelice hanno aumentato, in controtendenza, la propria composizione media familiare. La classica famiglia imolese, di 2,3 abitanti per nucleo, si colloca poco al di sopra del livello medio regionale (2,2), mentre i nuclei delle famiglie residenti negli altri comuni, grazie soprattutto all'alta incidenza straniera, tendono tutti al superamento della media circosidariale.

1.3 Condizioni socio-economiche e mercato del lavoro

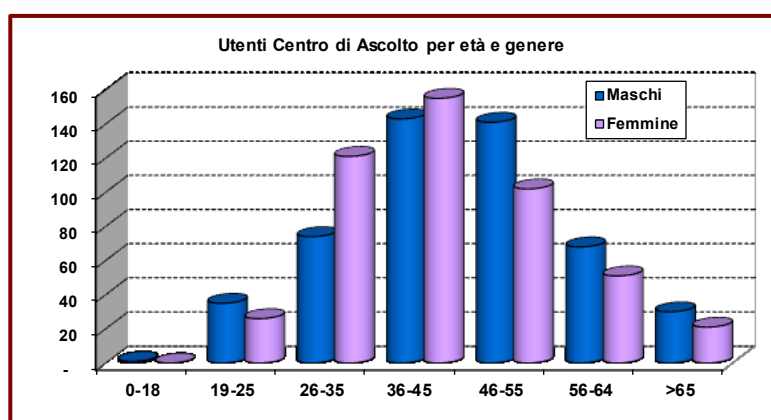
1.3.1 Soggetti in condizione di marginalità potenzialmente portatori di bisogni

I Centri di Ascolto della Caritas diocesana continuano a rappresentare osservatori particolareggiati, oltre che punti di riferimento stabili, sulle frange di precarietà e "quasi povertà"

della comunità di riferimento. I dati che seguono sono mutuati dal *Rapporto sulle povertà Caritas 2012* del Centro di Imola. In Figura 1.16, i dati sull'utenza confermano un ulteriore aumento a livello complessivo (+3,2%), differenziato per provenienza: a fronte di una drastica riduzione degli stranieri di area U.E. (-40%) emerge un forte incremento degli Extra U.E. (+30%). Si nota che la numerosità di cittadini italiani si sovrappone esattamente a quelli stranieri extra europei.

Figura 1.16 – Utenti Centro di ascolto Caritas: genere, provenienza e classe. Anno 2012

PROVENIENZA	DONNE	UOMINI	TOTALE	Δ% 2012-11
Italiani	198	243	441	-2,9
Stranieri U.E.	27	60	87	-40,4
Stranieri extra U.E.	251	189	440	30,2
Totale	476	492	968	3,2



Le richieste maggiori sono poste dalla fascia 36-45, ove la differenziazione numerica tra i generi tende ad annullarsi. Da notare la preminenza del genere maschile nelle classi "estreme" e nella macro fascia 46->=65, quella femminile nelle fasce fino a 45 anni.

1.3.2 Mercato del lavoro e Tenore di vita

Di particolare interesse alcuni supporti informativi sul mercato del lavoro tratti dall'“Osservatorio Economico-Statistico”, in capo al [Nuovo Circondario Imolese](#).

La crisi iniziata nel 2008 non ha lasciato indenne il territorio locale, colpito sia sul versante imprese che su quello degli addetti complessivi (“Osservatorio Economico-Statistico”), ma in misura minore rispetto ad altri livelli territoriali.

Il trend in Tabella 1.17 mostra come sia diminuito il numero delle imprese attive sul nostro territorio di 308 unità (-176 solo nel 2012) tradotto in 1.716 occupati in meno. In controtendenza nell'ultimo quinquennio, solo i territori di Castel Guelfo ed in misura minore Dozza. Penalizzato il bacino economico dei comuni collinari e pede-montani della Val Santerno, con in testa a tutti Fontanelice (-30 imprese). In pianura, più colpiti di altri in termini assoluti Castel San Pietro e Medicina, ambedue con una discreta erosione di imprese.

Tabella 1.17 – Imprese attive nei Comuni del Circondario Imolese. Periodo 2008-2012 (Codice ATECO 2007)

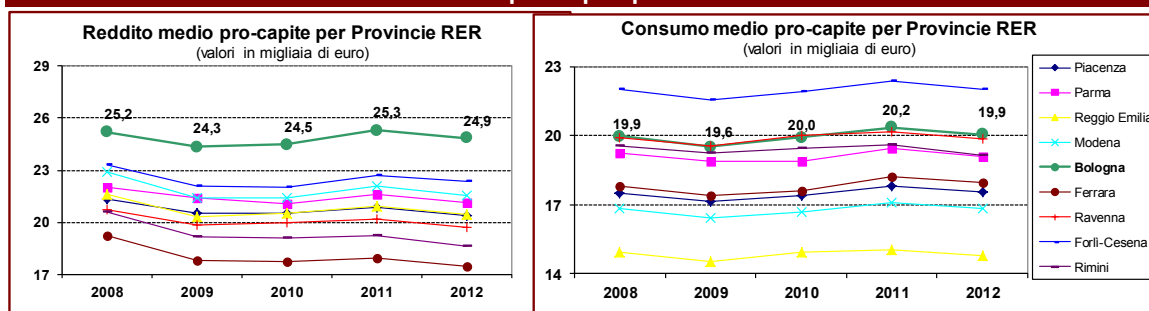
COMUNE	2008	2009	2010	2011	2012	Diff. 2012-08
Borgo Tossignano	277	276	270	269	257	-20
Casalfiumanese	353	347	347	355	334	-19
Castel del Rio	124	121	120	115	114	-10
Castel Guelfo di Bologna	504	527	524	531	520	16
Castel San Pietro Terme	2037	2.010	2.013	1.999	1.967	-70
Dozza	590	586	592	585	593	3
Fontanelice	219	212	202	198	189	-30
Imola	5722	5.617	5.640	5.663	5.633	-89
Medicina	1495	1.480	1.489	1.481	1.431	-64
Mordano	444	439	449	437	419	-25
TOTALE IMPRESE ATTIVE	11.765	11.615	11.646	11.633	11.457	-308

Fonte: Osservatorio Economico-Statistico (NCI) da Infocamere – Registro imprese

In riferimento al tenore di vita, vengono presentati due indicatori tradizionalmente di interesse per la qualità della vita: il reddito pro-capite ed il consumo pro-capite. L'Emilia Romagna, tra le meglio posizionate nel panorama nazionale per reddito pro-abitante (dopo Lombardia e Trentino-Alto Adige - Fonte Eurostat), registra ancora, nel 2012, il primato della provincia di Bologna.

Il "redditometro" del capoluogo ritorna leggermente a flettere dopo l'incremento 2011 (-1,69%) secondo solo a quello della Provincia Forlì-Cesena (-1,55%).

Grafici 1.18 – Reddito e consumo medio pro-capite per Province della RER. Periodo 2008-2012



La provincia di Bologna cede il primato invece sul versante dei consumi che, prendendo in esame la spesa pro-capite, risulta secondo dopo Forlì-Cesena, ma pur sempre al 1° posto dell'area emiliana con una media di € 20.000 a testa nel 2012. Reggio Emilia si conferma, come negli ultimi anni la più parca.

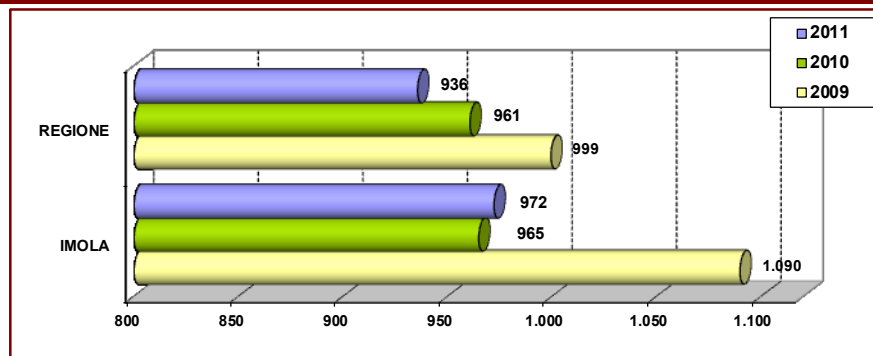
1.4 Osservazioni epidemiologiche

1.4.1 Mortalità

La mortalità, sebbene un indicatore parziale, è considerata a livello nazionale ed internazionale una delle principali dimensioni di *outcome* nella valutazione dell'efficacia di interventi volti al miglioramento della salute e più in generale dei Sistemi Sanitari. Le cause di morte analizzate sono codificate secondo la classificazione internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases* - ICD IX-X) e i dati sono sotto forma di "tassi standardizzati" così da permettere un confronto con la media regionale, quantificando il fenomeno al netto della differente composizione

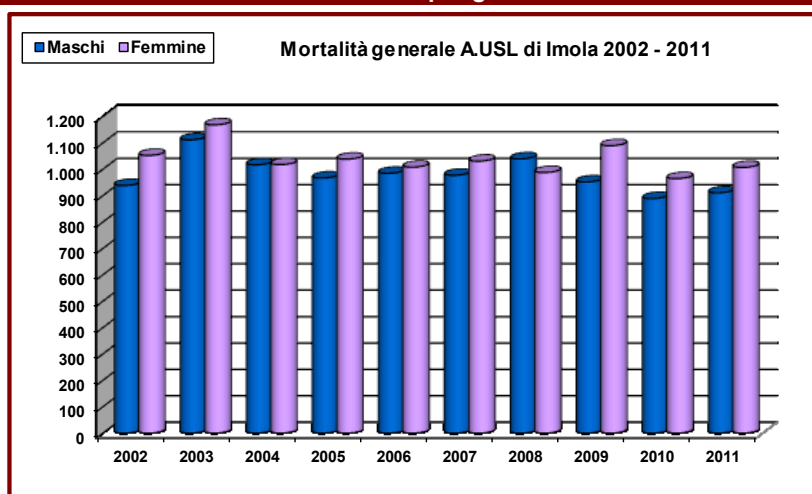
della popolazione nelle varie realtà territoriali. L'analisi dei dati di mortalità è utile considerando un *trend*, poiché è nella serie storica di un fenomeno che si delineano in maniera chiara le variazioni dello stato di salute. Analizzando i dati sulla mortalità, nel periodo 2009-2011, (Grafico 1.19), si evidenzia un tasso standardizzato regionale in costante diminuzione, negli ultimi tre anni, mentre l'AUSL di Imola si colloca nel 2011 leggermente al di sopra della media regionale (972 vs 936).

Grafico 1.19 - Tasso standardizzato di mortalità totale AUSL Imola e RER. Periodo 2009-2011



Se si analizza la serie storica della mortalità per sesso (Grafico 1.20), si rileva che la mortalità nel 2011 è lievemente risalita rispetto al 2010 sia per il sesso maschile che per quello femminile.

Grafico 1.20 - Tasso standardizzato di mortalità per genere AUSL di Imola. Periodo 2002-2011

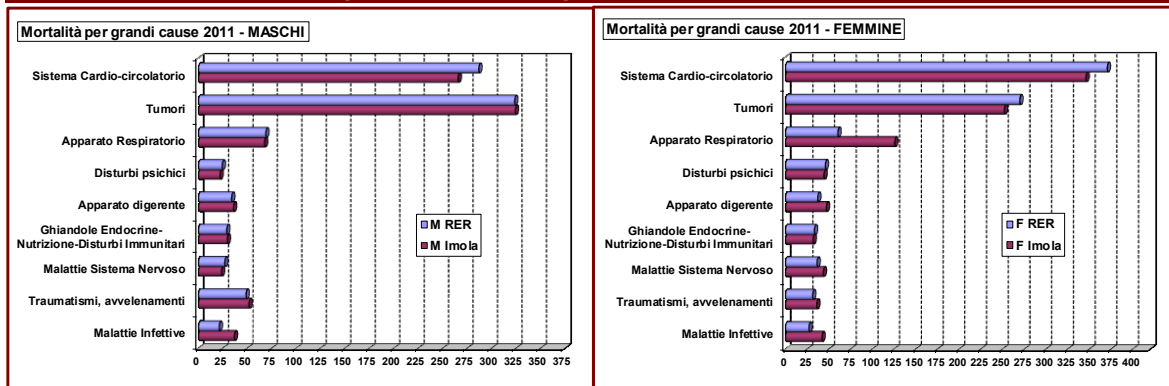


1.4.2 Mortalità per grandi cause

I grafici che seguono presentano i tassi standardizzati di mortalità nell'AUSL di Imola a confronto coi valori medi regionali, per le principali cause, relativi al 2011, distintamente per genere. Esaminando le prime tre cause di morte si può osservare che nei primi posti si posizionano i decessi per "Malattie del sistema circolatorio", al secondo i "Tumori" (per il sesso maschile questa è la prima causa di morte) ed al terzo le "Malattie dell'apparato respiratorio". Il confronto con i tassi regionali permette di evidenziare che per le malattie del sistema circolatorio i tassi sono inferiori alla media regionale sia nel sesso maschile che nel sesso femminile. Per i tumori i tassi

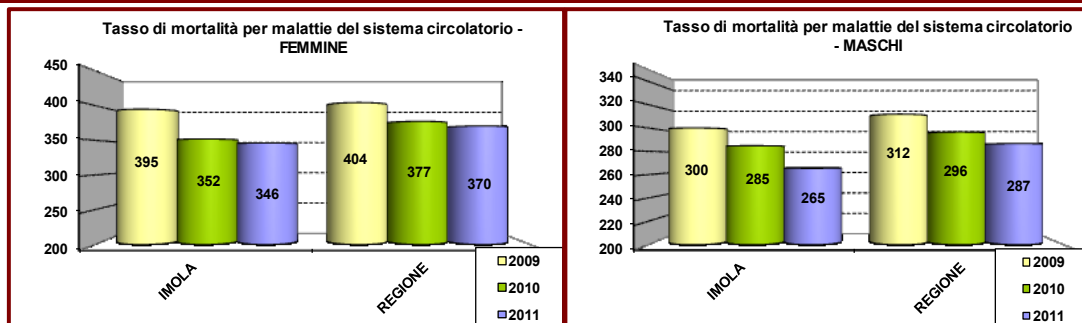
sono superiori alla media regionale per il sesso maschile, ma inferiori per il sesso femminile. Per la malattie respiratorie i tassi sono superiori alla media regionale nelle donne.

Grafici 1.21 - Mortalità per grandi cause e per genere: AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2011



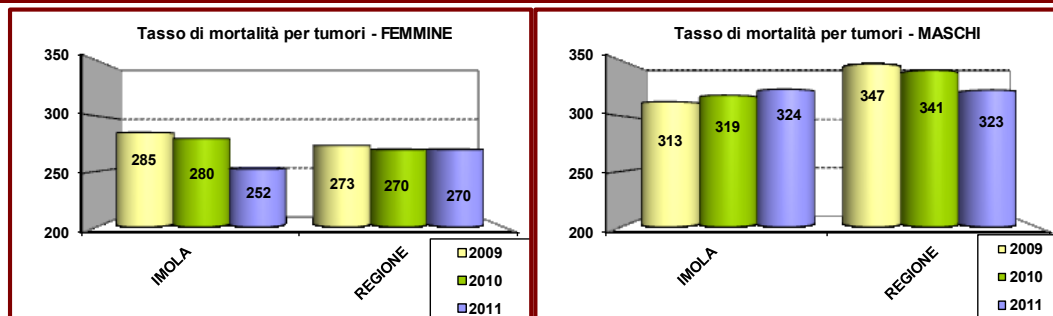
Riguardo alle "Malattie del sistema circolatorio" (Grafici 1.22), complessivamente la prima causa di morte, si osserva che l'AUSL di Imola nel 2011 ha una mortalità inferiore a quella media regionale sia nei maschi che nelle femmine e l'andamento risulta in riduzione negli ultimi anni.

Grafici 1.22 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio, confronto AUSL Imola e RER. Periodo 2009-2011



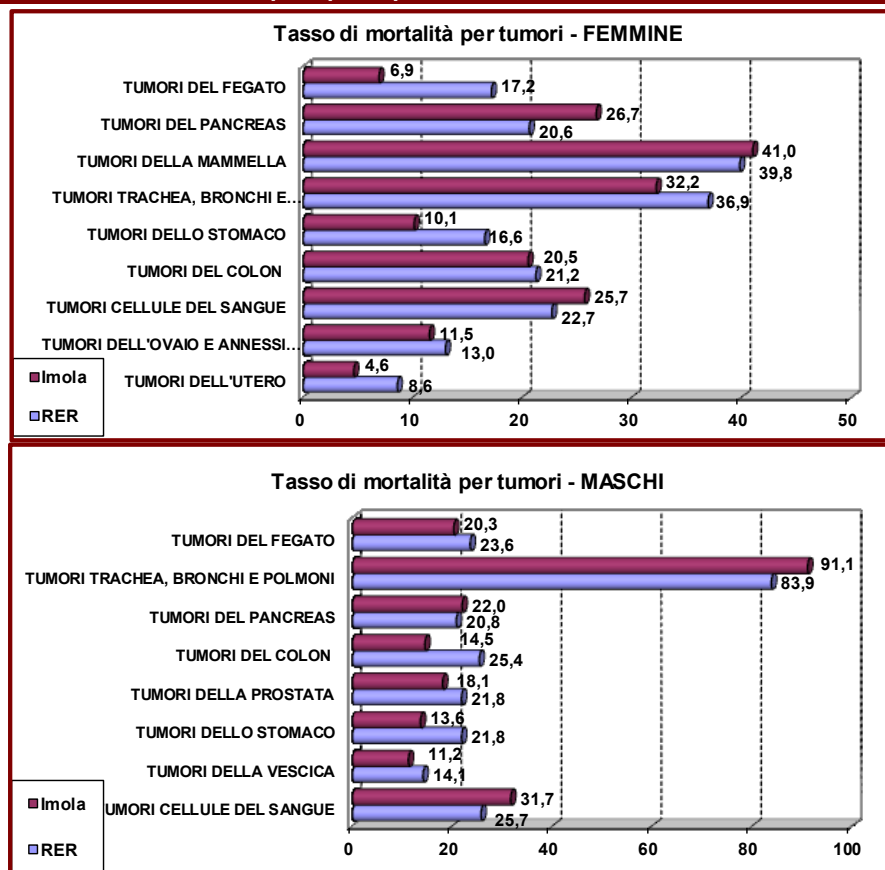
Rispetto al grande aggregato "Tumori" (Grafici 1.23), seconda più importante causa di morte per l'anno 2011, il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola è per le femmine inferiore alla media regionale (252 vs 270) ed in diminuzione rispetto all'anno precedente.

Grafici 1.23 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore, confronto AUSL Imola e RER. Periodo 2009-2011



Per i maschi l'AUSL di Imola è posizionata nel 2011 circa pari alla media regionale (324 vs 323). Se si analizza la mortalità per tumore nel 2011, scomposta per le principali neoplasie (Grafici 1.24) si evidenzia: riguardo al genere femminile, i tassi di mortalità più elevati in ordine decrescente si osservano per i tumori della mammella, dei polmoni e del pancreas; riguardo al genere maschile, i tassi di mortalità più elevati in ordine decrescente si osservano per i tumori dei polmoni (con un tasso molto elevato), delle cellule del sangue (leucemie, linfomi ecc.) e del pancreas.

Grafici 1.24 - Tasso di mortalità per i principali tumori, confronto AUSL Imola e RER. Anno 2011



1.4.3 Malattie Infettive

Si propone un aggiornamento in merito alla morbosità espressa come indice di prevalenza e di incidenza, rispettivamente per AIDS e Tubercolosi.

AIDS. Nel 2011, il tasso di prevalenza (proporzione dei soggetti malati sopravvissuti) dei casi di AIDS per l'AUSL di Imola è ben superiore alla media regionale (55 vs 40,2 per 100.000 abitanti). Il tasso di prevalenza esprime il numero dei malati di AIDS ancora in vita e dunque risente in maniera sensibile dell'efficacia delle terapie antiretrovirali nel garantire una più lunga sopravvivenza dei malati. I casi prevalenti sono tutti i casi, diagnosticati negli anni precedenti o nello stesso anno, che risultano in vita alla fine dell'anno considerato. Sono stati considerati solo i casi residenti in Emilia Romagna al momento della diagnosi. Il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente al 31/12 dell'anno in esame.

Tabella 1.25 - Tasso di prevalenza ed incidenza casi di AIDS, confronto AUSL Imola e RER. Anni 2007-2009-2011

TASSO	LIVELLO TERRITORIALE	2007		2009		2011	
		n. casi	Tasso x 100.000 ab.	n. casi	Tasso x 100.000 ab.	n. casi	Tasso x 100.000 ab.
PREVALENZA	AUSL Imola	81	63,5	78	59,5	73	55,0
	RER	1676	39,2	1705	38,8	1793	40,2
INCIDENZA	AUSL Imola	10	4,0	7	2,7	3	1,1
	RER	266	3,2	212	2,5	186	2,1

L'incidenza (nuovi casi considerati sui bienni 2006-07, 2008-09 e 2010-11 in rapporto ad una media delle popolazione all'1/1 degli anni considerati) risulta in calo tendenziale e progressivo.

La comparazione in Tabella 1.25, evidenzia che l'incidenza media aziendale registrata nel biennio 2010-2011 (3 nuovi casi nel biennio) risulta sensibilmente inferiore alla media regionale (1,1 vs 2,1) ed in netta diminuzione rispetto al dato medio del biennio 2006-2007 e 2008-2009. Si ricorda che, in una malattia a bassa incidenza come l'AIDS, piccole variazioni nel numero annuale di casi causano significative modificazioni dell'incidenza stessa.

TUBERCOLOSI. In Tabella 1.26 si rappresenta il tasso di incidenza dei casi di TBC per 100.000 abitanti a confronto con quello medio RER. In tutto il periodo (2006-2011) il tasso di incidenza nell'AUSL di Imola è sempre sensibilmente inferiore alla media regionale. Sono stati considerati solo i casi di residenti e/o domiciliati in Emilia Romagna al momento della diagnosi. Il tasso è calcolato utilizzando come popolazione di riferimento la media delle popolazioni residenti al 01/01 degli anni considerati.

Tabella 1.26 - Tasso di incidenza casi di TBC polmonare, confronto AUSL e media RER. Periodo 2006-2011

LIVELLO TERRITORIALE	2006 - 2007		2008 - 2009		2010 - 2011	
	n. casi	Tasso medio annuale incidenza x 100.000 ab.	n. casi	Tasso medio annuale incidenza x 100.000 ab.	n. casi	Tasso medio annuale incidenza x 100.000 ab.
AUSL Imola	15	6,0	18	7,0	13	4,9
RER	692	8,2	921	10,7	651	7,4

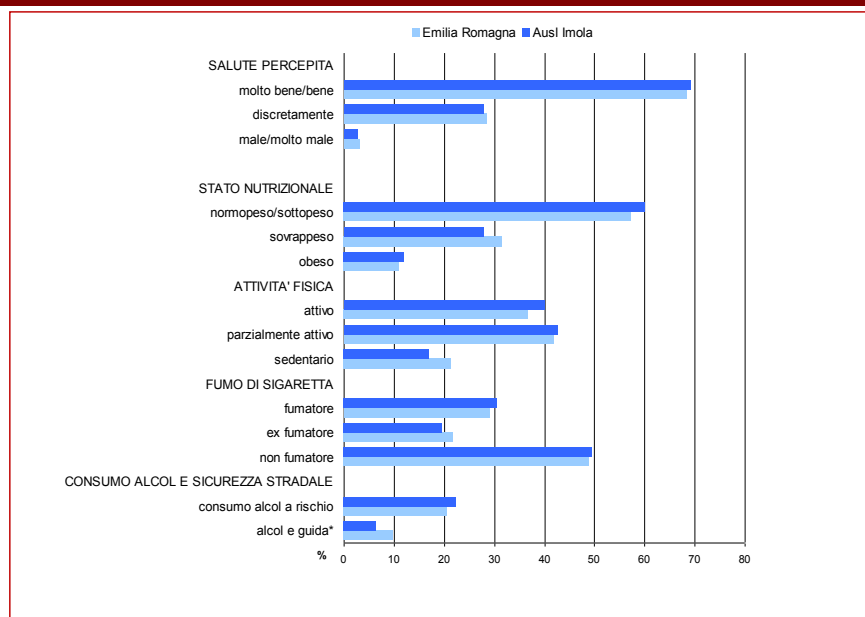
1.5 Stili di vita

1.5.1 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. L'indagine, partita nel 2007, è condotta tramite interviste telefoniche ad un campione di residenti di età compresa tra i 18 e 69 anni, dove i due generi sono equamente rappresentati. Dal 2008 è aumentato il numero delle persone coinvolte e l'AUSL di

Imola ha eseguito circa 150 interviste all'anno. Di seguito gli esiti dell'elaborazione 2009-2012, raccolti con 536 interviste a confronto con il dato medio regionale.

Grafico 1.27 – Studio PASSI: esiti variabili AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2009-2012



Stato di salute percepito. La maggioranza dei cittadini intervistati percepisce come buono o molto buono il proprio stato di salute. Tale condizione risulta nel tempo relativamente stabile: nel periodo considerato circa il 69% dei residenti dichiara di sentirsi bene (dato regionale: 68%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari. L'eccesso ponderale è piuttosto diffuso nella popolazione: circa 28%, di cui 12% obeso. A confronto con la media regionale si può evidenziare una percentuale di soggetti sovrappeso nell'AUSL di Imola inferiore alla RER (32%).

Attività fisica. Il 40% degli intervistati dichiara un buon livello di attività fisica (vs 37% dato RER), il 43% svolge una moderata attività, il restante 17% non svolge, o quasi, attività fisica (vs 21% RER).

Abitudine al fumo. I fumatori abituali sono il 31% degli intervistati, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 49% (dati regionali simili). Rispetto al passato la percentuale di fumatori si è ridotta, ma rimane costante negli ultimi anni: fuma quasi un cittadino ogni 3 residenti con età compresa tra i 18 e i 69 anni.

Consumo di alcol. Tra gli intervistati i bevitori ritenuti a rischio corrispondono al 22% (vs 21% RER). Il 6% ha riferito di avere guidato dopo avere consumato alcolici (vs 10% RER).

1.6 Sicurezza

1.6.1 Incidenti stradali

Gli [incidenti stradali](#) risultano essere la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni: oltre il 50% nei giovani tra i 15 e i 24 anni; oltre il 15% nella classe di età 25 - 44 anni.

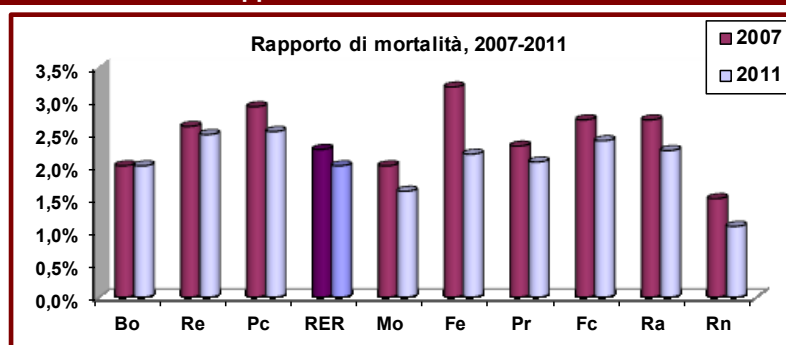
In Tabella 1.28, per ambiti provinciali, il numero dei morti nel periodo 2007-2011, la variazione percentuale ed il tasso di mortalità su 100.000 abitanti nel 2007 e 2011.

Tabella 1.28 - Morti per incidente stradale nelle Province della RER. Periodo 2007-2011

Livello territoriale	Numero morti in incidenti stradali					Var. % 2011-2007	Morti per 100.000 ab.	
	2007	2008	2009	2010	2011		2007	2011
Bo	103	99	97	86	79	-23,3%	12,37	7,94
Re	66	60	34	48	57	-13,6%	12,45	10,71
Pc	42	47	34	25	32	-23,8%	15,00	11,01
RER	531	523	422	401	400	-24,7%	12,49	9,00
Mo	73	50	52	58	53	-27,4%	10,83	7,54
Fe	49	61	39	44	31	-36,7%	13,82	8,61
Pr	44	57	50	39	36	-18,2%	10,40	8,11
Fc	57	54	39	34	45	-21,1%	14,97	11,34
Ra	59	67	54	44	43	-27,1%	15,67	10,93
Rn	38	28	23	23	24	-36,8%	12,82	7,26

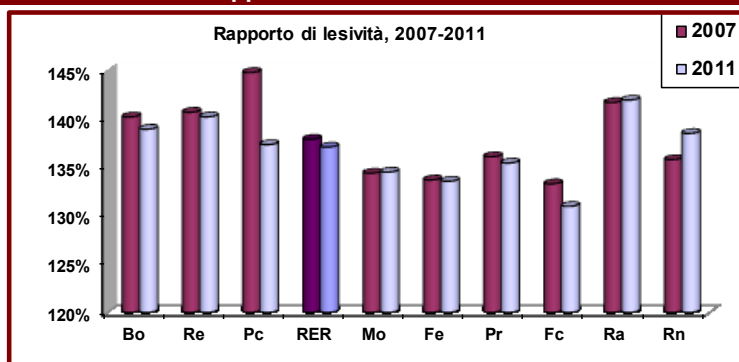
Il numero assoluto di morti in incidenti stradali registra in Emilia Romagna una consistente riduzione (-24,7%), effetto correlato alla contrazione degli incidenti. Nella Provincia di Bologna si conferma il calo del numero di incidenti (-18%) e dei morti tra il 2007 e il 2011 (-23,3%).

Grafico 1.29 - Incidenti stradali: rapporto di mortalità nelle Province della RER. Periodo 2007-2011



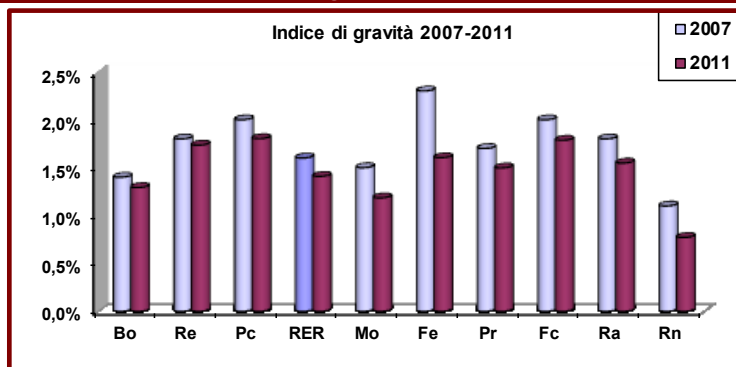
Nel Grafico 1.30 si riporta la variazione percentuale tra 2007 e 2011 del rapporto di lesività, espresso dal rapporto percentuale fra il numero dei feriti e quello degli incidenti.

Grafico 1.30 - Incidenti stradali: rapporto di lesività nelle Province della RER. Periodo 2007-2011



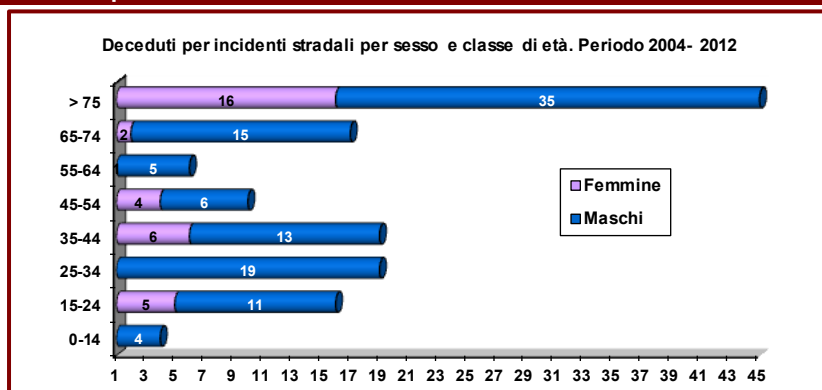
L'indice di gravità o rapporto di pericolosità è la percentuale morti sul totale dei coinvolti non illesi negli incidenti (rapporto numero morti su somma morti e feriti negli incidenti).

Grafico 1.31 – Incidenti stradali: indice di gravità nelle Province della RER. Periodo 2007-2011



Nel periodo 2004-2012 la mortalità media è pari a circa 16 decessi/anno. Il numero di maschi deceduti è superiore in ogni classe d'età alla numerosità femminile. Un numero rilevante si verifica nelle persone più anziane (nel 2012 sono decedute 6 persone con età superiore a 75 anni).

Grafico 1.32 - Morti per incidenti stradali residenti nel circondario di Imola. Periodo 2004-2012



1.6.2 Infortuni sul lavoro

Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, l'Emilia Romagna ha un tasso superiore alla media nazionale (3,6 infortuni ogni 100 occupati vs 2,5), mentre la Provincia di Bologna si colloca, con un valore di 3,1, tra il tasso nazionale e quello regionale.

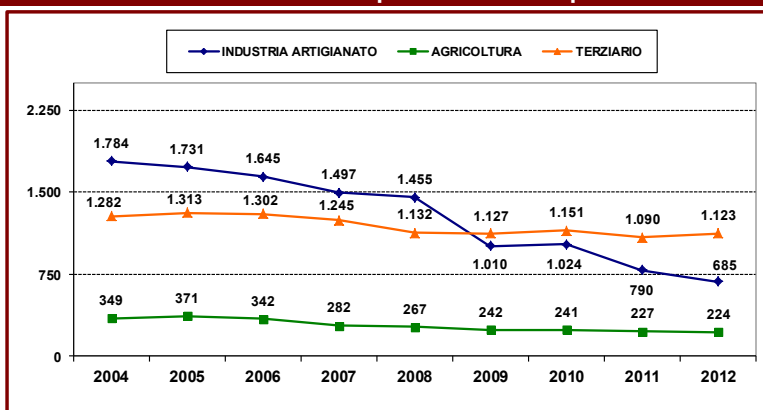
Tabella 1.33 - Tasso standardizzato infortuni indennizzati nella Provincia di Bologna e confronto regionale e nazionale. Periodo 2007-2011

Livello territoriale	2007	2008	2009	2010	2011	Var. %2011 su 2007
Provincia Bo	3,9	3,6	2,9	2,9	3,1	-20,9%
RER	4,6	4,2	3,7	3,8	3,6	-20,7%
ITALIA	3,2	2,9	2,7	2,7	2,5	-20,6%

Per l'ambito della AUSL di Imola è possibile analizzare i dati grazie al monitoraggio condotto da molti anni, esperienza unica in tutto il territorio regionale. Esaminando il totale di infortuni, si evidenzia una ulteriore diminuzione nel 2012 rispetto al 2011. Se si valuta il trend 2004-2012 del comparto industria-artigianato, appare chiaro come la drastica flessione degli eventi infortunistici sia associabile alla contrazione economica che ha colpito tale settore più di altri.

Importante in tal senso conoscere l'entità del denominatore "popolazione lavorativa" non ancora diramato dall'INAIL. Le denunce di infortunio (Fonte: Pronto Soccorso AUSL Imola) vedono, infatti, nel periodo 2010-2012, un calo in tutti i comparti: industria-artigianato, ove la flessione è particolarmente marcata (-33%), agricoltura (-7%) e terziario (-2,4%). Nell'ultimo quadriennio, appare evidente però, come la curva del terziario abbia intercettato e superato quella relativa all'industria-artigianato, causa di una maggiore numerosità infortunistica giunta nel 2012 a valori pari al 55% del complessivo. Nel 2012 non sono stati registrati infortuni sul lavoro con esito mortale.

Grafico 1.34- Andamento infortunistico per settori e comparti. Periodo 2004-2012



Sezione 1 - Sintesi principali indicatori

INDICATORE/INFO	AUSL IMOLA	REGIONE E-R
TERRITORIO		
Densità abitativa per kmq	169,27	198,61
POPOLAZIONE AL 31/12/2012		
Popolazione residente	133.219	4.471.104
Tasso incremento popolazione 2012-2011	0,44%	0,52% *
Incidenza % POP anziana >= 65 anni	22,86%	22,77%
Popolazione straniera - % su Popolazione 2012	12.948 (9,72%)	530.015 (12,75%)
Incidenza % genere femminile su tot stranieri	53%	51,5%
ASPETTATIVE DI VITA PER GENERE		
Speranza di vita alla nascita (Provincia Bologna)	F: 84,58 M: 80,42	F: 84,59 M: 80,07
NATALITA'		
Tasso grezzo natalità	8,9‰	9,1‰ *
MORTALITA' PER GENERE 2011		
Tasso standardizzato mortalità totale (100 mila ab.)	F: 1007,2 M: 911,2	F: 958,3 M: 897
Tasso stand. mortalità sistema circolatorio (100 mila ab.)	F: 346,0 M: 265,5	F: 370,5 M: 286,6
Tasso stand. mortalità per tumore (100 mila ab.)	F: 252 M: 324	F: 270 M: 323
SICUREZZA 2012		
Tasso di mortalità per incidente stradale (Bologna)	2%	2%
Tasso standardizzato di infortuni sul lavoro (Bologna)	3,1%	3,6%
Andamento infortunistico 2004-2012	-29%	-

(*) stimato

2. Profilo Aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Nel presente paragrafo si procede all'analisi di indicatori volti a misurare la *performance* economica, finanziaria e patrimoniale dell'azienda per verificare come l'azienda si stia rapportando rispetto al vincolo di bilancio. L'obiettivo, inoltre, è di misurare e valutare le modalità di impiego delle risorse disponibili. I dati economici dell'AUSL di Imola, sui quali sono stati costruiti gli indicatori proposti, sono desunti dal riclassificato del conto economico elaborato a livello regionale per gli anni 2010-2012. I dati finanziari sui quali sono costruiti gli indicatori sono desunti dagli schemi di bilancio d'esercizio con particolare riferimento al Rendiconto di Liquidità e sono volti a misurare la dinamica finanziaria dell'azienda e i tempi medi di pagamento. I dati patrimoniali per la definizione degli indicatori sono desunti dal riclassificato dello stato patrimoniale in chiave finanziaria, elaborato a livello regionale e da elaborazioni aziendali riferite agli investimenti.

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 2010-2012 evidenzia un decremento fino al completo azzeramento nell'esercizio 2012 (Tabella 2.1).

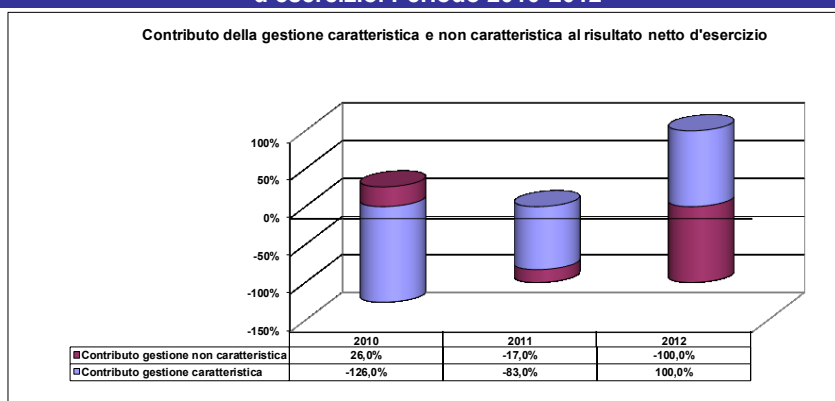
Tabella 2.1 - Andamento dei risultati di esercizio della AUSL di Imola: valori assoluti e % sul volume di Bilancio. Periodo 2010-2012

INDICATORE	INFORMAZIONE	2010	2011	2012
Risultato netto d'esercizio, in valore assoluto e % sul volume di Bilancio	Risultato d'esercizio netto (in migliaia di euro)	-4.709	-3.885	0
	Risultato (perdita) in rapporto al volume di Bilancio - AUSL Imola	-2,0%	-1,7%	0,0%
	Risultato (perdita) in rapporto al volume di Bilancio - AUSL di riferimento (gruppo)	-1,5%	-1,0%	0,0%
Incidenza risultati gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto	Contributo gestione caratteristica	-126,0%	-83,0%	100,0%
	Contributo gestione non caratteristica	26,0%	-17,0%	-100,0%

Nel triennio 2010-2012 l'AUSL di Imola ha rispettato il vincolo di bilancio assegnato dal livello regionale e ministeriale. Infatti, nel 2010 e 2011 sono state rilevate perdite d'esercizio inferiori al valore degli ammortamenti netti non sterilizzati con un lieve avanzo, rispettivamente di 3 mila euro e 19 mila euro. Il 2012 evidenzia una situazione di pareggio di bilancio.

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

Grafico 2.2 – Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica al risultato netto d'esercizio. Periodo 2010-2012



Considerato che il risultato d'esercizio 2012 evidenzia una situazione di pareggio di bilancio, il rapporto tra risultato della gestione caratteristica (pari a € 1,947 milioni) e risultato netto d'esercizio (pari a 0) esprime un numero percentuale infinitesimo non rappresentabile in un grafico e tantomeno confrontabile con l'esercizio precedente. Pertanto l'indicatore viene espresso nel seguente modo: essendo il risultato della gestione caratteristica positiva e al contrario il risultato della gestione non caratteristica negativa, l'incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto viene indicata con + 100%, mentre l'incidenza della gestione non caratteristica viene indicata con -100%. Tale risultato esprime la *performance* positiva aziendale che è dovuta interamente alla gestione caratteristica.

Dall'esame dell'indicatore (Grafico 2.2) è possibile esprimere delle considerazioni positive. Innanzitutto è necessario considerare che per il 2010 e il 2011 si misura il contributo della gestione caratteristica e non caratteristica al risultato netto d'esercizio che è rappresentato da una perdita d'esercizio, mentre nel 2012 si misura come la gestione caratteristica e non caratteristica hanno contribuito al raggiungimento del pareggio. Si assiste pertanto ad un'inversione di tendenza: nel 2010 si rileva un contributo positivo della gestione non caratteristica determinato in particolare dalla rilevazione di sopravvenienze attive; nel 2011 entrambi i risultati delle gestioni concorrono alla formazione della perdita d'esercizio, ma con una situazione più equilibrata in quanto il risultato di esercizio si avvicina sempre più al risultato derivante dall'attività tipica esercitata dall'Azienda Sanitaria; nel 2012 il pareggio di bilancio è interamente attribuibile alla gestione caratteristica, evidenziando un buona *performance*.

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

- il risultato netto d'esercizio dell'azienda in rapporto al risultato complessivo regionale, volto a misurare l'apporto della gestione aziendale alla *performance* complessiva del sistema regionale;
- l'incidenza del risultato della gestione caratteristica sulle risorse disponibili per la produzione aziendale volto a misurare il grado di capacità dell'azienda di coprire i costi

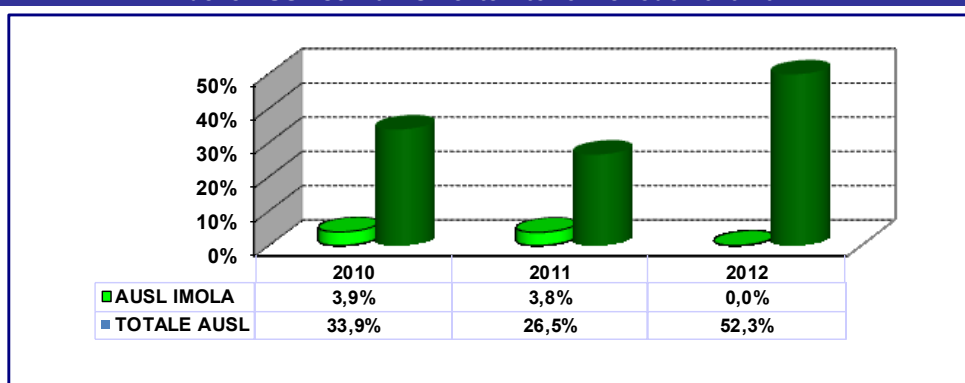
caratteristici della gestione con i relativi ricavi disponibili, che rappresentano le risorse a disposizione dell'azienda per lo svolgimento della propria attività tipica.

Tabella 2.3 - Andamento dei risultati d'esercizio e del ROC della AUSL di Imola, a confronto con il gruppo di AUSL senza AO. Periodo 2010-2012

INDICATORE	INFORMAZIONE		2010	2011	2012
Perdita d'esercizio in % sulla perdita complessiva regionale	Apporto della gestione aziendale alla performance di sistema	AUSL di Imola	3,9%	3,8%	0,0%
		AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	33,9%	26,5%	52,3%
Risultato della gestione caratteristica (ROC), in % sui ricavi disponibili	Performance gestione caratteristica, media Ausl di riferimento	AUSL di Imola	-2,9%	-1,6%	0,9%
		AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	-1,2%	-0,8%	0,4%

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

Grafico 2.4 - Incidenza della perdita d'esercizio sulla perdita totale RER, ascrivibile al gruppo delle AUSL senza AO nel territorio. Periodo 2010-2012



Anche per l'indicatore preso in esame è necessario precisare che gli esercizi 2010 e 2011 esprimono l'incidenza del risultato aziendale e del gruppo di riferimento rispetto a un risultato complessivo regionale rappresentato da una perdita d'esercizio. In tale biennio, infatti, si evidenzia un miglioramento sia della *performance* aziendale che del gruppo di riferimento con una riduzione dell'incidenza che passa rispettivamente dal 3,9% al 3,8% e dal 33,9% al 26,5%.

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

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

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

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

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

Tabella 2.5 - Scomposizione per fattori produttivi del risultato della gestione caratteristica dell'AUSL di Imola e confronto con la media AUSL senza AO. Periodo 2010-2012

Fattori produttivi/Ricavi disponibili	2010		2011		2012	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	12,9%	14,6%	13,1%	14,8%	12,8%	14,9%
Beni strumentali	3,5%	3,2%	3,1%	3,1%	2,8%	3,0%
Servizi	40,7%	39,8%	39,7%	38,9%	39,1%	37,8%
Costi amm.vi e generali	1,4%	2,2%	1,7%	2,6%	2,1%	3,2%
Costo del lavoro	44,5%	41,5%	44,0%	41,4%	42,3%	40,8%
Tot costi a gestione diretta	102,9%	101,2%	101,6%	100,8%	99,1%	99,6%

Anche in questo caso è possibile esprimere delle considerazioni positive, in quanto l'AUSL di Imola evidenzia un trend decrescente, a significare che il grado di assorbimento dei ricavi disponibili per fattori produttivi impiegati nel processo produttivo dell'azienda è inferiore rispetto agli esercizi precedenti. In particolare la percentuale complessiva di assorbimento dei fattori produttivi rispetto ai ricavi disponibili dell'AUSL di Imola evidenzia una inversione di tendenza rispetto al biennio precedente, ma anche rispetto la media regionale. Nel 2012 il valore complessivo del grado di assorbimento dei ricavi disponibili determinato dall'impiego dei fattori produttivi è inferiore al 100%, perché il totale dei costi a gestione diretta trova interamente copertura nei ricavi disponibili. L'AUSL di Imola evidenzia una *performance* migliore rispetto agli esercizi precedenti, ma anche rispetto alla media del gruppo regionale di riferimento (99,1% contro 99,6%).

Si evidenziano i principali interventi 2012 sui fattori produttivi impiegati:

Costo del lavoro. Nel triennio preso a riferimento l'incidenza percentuale evidenzia un trend in decremento grazie alle azioni di contenimento della spesa poste in campo, oltre che dagli effetti derivanti dall'applicazione delle disposizioni di legge previste dall'art. 9 del D.L. 78/2011, con particolare riferimento alla rideterminazione dei fondi del personale. Nel 2012 sono stati rispettati gli obiettivi di governo delle risorse umane previsti dalla DGR 653/2012 aventi ad oggetto "linee di programmazione 2012", con particolare riferimento alla [limitazione della copertura del *turn over*](#) al 90% e alla riduzione della spesa per il personale di 1 punto percentuale rispetto alla spesa relativa

al Bilancio di esercizio 2010. Complessivamente nel triennio sono stati risparmiati oltre 1 milione di euro sul costo delle risorse umane.

Servizi. Sui servizi sanitari sono concentrate le maggiori azioni di contenimento della spesa. La [spesa farmaceutica](#) ha subito una riduzione nel triennio in esame di circa 4 milioni di euro, grazie all'abbassamento dei prezzi dei generici, alle scadenze brevettuali e alle azioni messe in campo dall'azienda sull'appropriatezza prescrittiva. I costi per prestazioni di degenza da ospedali privati si sono ridotti nel triennio per circa 1 milione di euro. Sui costi per servizi in convenzione si sono realizzati risparmi nel corso del triennio per circa 1,3 milioni di euro in particolare per interventi legati all'area della Salute Mentale.

Beni di consumo. In continuità con gli esercizi precedenti, il grado di assorbimento dei ricavi disponibili per beni di consumo presenta un livello inferiore alla media regionale del gruppo di riferimento, evidenziando una buona *performance* dell'AUSL di Imola.

Beni strumentali. Nel triennio preso in esame, si evidenzia un trend in diminuzione determinato dal fatto che i Piani degli Investimenti 2011 e 2012 risultano quasi interamente finanziati da Contributi in Conto Capitale con la conseguenza che gli ammortamenti 2011 e 2012, derivanti dagli investimenti 2011 e 2012, sono stati per la maggior parte sterilizzati.

Costi amministrativi e generali. I fattori produttivi in questione sono stati oggetto di una diversa contabilizzazione da imputarsi all'applicazione delle nuove disposizioni del D.Lgs. 118/2011, in ordine agli accantonamenti delle somme di parte corrente non utilizzate nell'esercizio di competenza, alla valutazione dello stato dei fondi per rischi ed oneri ed agli accantonamenti per interessi moratori.

In Tabella 2.6 si propone di analizzare le stesse categorie di fattori produttivi, analizzate nell'indicatore precedente, rispetto al consumo totale delle risorse impiegate dall'azienda.

Tabella 2.6 - Scomposizione per fattori produttivi dei risultati della gestione tipica. Periodo 2010-2012

Composizione dei fattori produttivi	2010		2011		2012	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	12,5%	14,4%	12,9%	14,7%	12,9%	14,9%
Costo del lavoro	43,2%	41,0%	43,3%	41,1%	42,7%	41,0%
Accantonamenti	0,2%	0,9%	0,6%	1,3%	1,1%	2,0%
Costi amm.vi e generali	1,1%	1,3%	1,1%	1,2%	1,1%	1,2%
Beni strumentali	3,4%	3,2%	3,1%	3,1%	2,8%	3,0%
Manutenzioni	1,2%	1,9%	1,3%	1,8%	1,5%	2,0%
Servizi sanitari	31,1%	31,4%	30,4%	30,4%	30,0%	29,2%
Servizi non sanitari	7,2%	6,0%	7,4%	6,3%	8,0%	6,7%

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

Fondo per la non autosufficienza (FRNA). I ricavi relativi all'FRNA derivano dalle delibere di finanziamento regionale e dall'utilizzo delle risorse residue del 2011 e corrispondono al piano di utilizzo del FRNA, approvato dalla Giunta del Circondario sul quale si fornisce un approfondimento [in Sezione 3 par. 3.2.1](#). La disponibilità del fondo è costituita da € 13.020.396 di contributi regionali, da € 165.068 di contributi derivanti dal Fondo Nazionale Non Autosufficienza e da € 1.673.992 di residui degli anni precedenti, oltre a € 1.497 insussistenze del passivo ordinarie.

Tabella 2.7 - Bilancio separato FRNA 2012 dell'AUSL di Imola

A		
VALORE DELLA PRODUZIONE FRNA		
01:30	CONTRIBUTI FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - FRNA	€ 12.347.899
01.30.001	Contributi da Fondo Sanitario Regionale	€ 9.581.487
01.30.002	Altri contributi da Regione	€ 2.221.519
01.30.004	FRNA- Contributi da enti locali da Fondo Nazionale Non Autosufficienza	€ 45.670
01.30.007	Contributi anticipati di esercizi precedenti	€ 499.223
08:30	SOPRAVVENIENTE ATTIVE ED INSUSSISTENZE DEL PASSIVO ORDINARIE - FRNA	€ 2.809
08.30.010	FRNA insussistenze del passivo ordinarie	€ 2.809
TOTALE A VALORE DELLA PRODUZIONE		€ 12.350.707
B		
COSTI DELLA PRODUZIONE FRNA		
10:30	ONERI A RILIEVO SANITARIO E RETTE - FRNA	€ 10.055.359
10.30.002	Oneri a rilievo sanitario per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni pubblici	€ 4.249.774
10.30.003	Oneri a rilievo per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni privati	€ 2.419.164
10.30.012	Oneri a rilievo per assistenza presso centri diurni pubblici	€ 204.207
10.30.013	Oneri a rilievo sanitario per assistenza anziani presso centri diurni privati	€ 95.923
10.30.023	Oneri a rilievo sanitario per Assistenza Domiciliare Integrata	€ 884.258
10.30.032	Oneri per assistenza gravissime disabilità presso strutture residenziali pubbliche	€ 154.490
10.30.033	Oneri per assistenza gravissime disabilità acquisite presso strutture residenziali private	€ 28.714
10.30.092	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali pubblici	€ 332.598
10.30.093	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali privati	€ 942.081
10.30.112	Rette per disabili in strutture semiresidenziali (centri socio-riabilitativi diurni) pubbliche	€ 442.170
10.30.113	Rette per disabili in strutture semiresidenziali (centri socio-riabilitativi diurni) private	€ 301.981
10:31	ALTRI SERVIZI SANITARI FRNA	€ 784.238
10.31.041	Altri servizi sanitari da privato	€ 784.238
10:32	ASSEGNI SUSSIDI E CONTRIBUTI FRNA	€ 1.511.110
10.32.001	Assegni di cura anziani	€ 1.390.680
10.32.021	Assegni di cura gravissime disabilità acquisite	€ 120.060,000
10.32.042	Altri contributi - gestione esterna all'Ausl	€ 370,000
TOTALE B COSTI DELLA PRODUZIONE		€ 12.350.707
RISULTATO D'ESERCIZIO		€ 0,000

Il Bilancio separato del FRNA evidenzia per l'AUSL di Imola, nel 2012, una spesa pari a € 13.593.757. Considerando le aree di intervento, la spesa risulta così distribuita:

- € 9,675 milioni, corrispondenti al 71,2% della spesa complessiva sono imputabili all'area "[anziani](#)", di cui 1,254 milioni di euro destinati all'assegno di cura;
- € 3,363 milioni, corrispondenti al 24,7% della spesa complessiva sono imputabili all'area "[disabili](#)", di cui € 54 mila per assegni di cura a disabili e € 120 mila per assegni di cura per gravissime disabilità acquisite;

- € 556 mila, corrispondente al restante 4,1% della spesa complessiva, riguardano interventi trasversali per anziani e disabili, quali contributi per l'adattamento domestico e per l'autonomia nell'ambiente domestico.

I residui del 2012 ammontano a complessivi € 1.267.197 di cui € 1,158 milioni per FRNA e € 108 mila per FNA.

2.1.2 Sostenibilità finanziaria

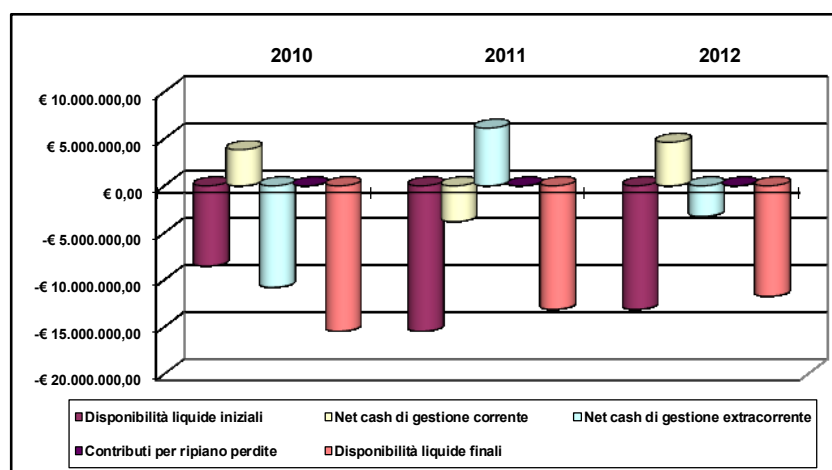
Gli indicatori che seguono si pongono l'obiettivo di esprimere la dinamica finanziaria dell'azienda, attraverso la rappresentazione sintetica delle entrate e delle uscite dei mezzi monetari intervenuti nel periodo e i tempi medi di pagamento dei debiti verso i fornitori.

Il primo indicatore si desume dallo schema del Rendiconto di Liquidità, attraverso una rappresentazione sintetica dei risultati delle varie gestioni, come rappresentato in Figura 2.8.

Considerato che il D.Lgs. 118/2011 ha modificato lo schema di Rendiconto finanziario, al fine di esprimere un confronto omogeneo dei dati nel triennio preso a riferimento, si è proceduto a una riclassificazione dell'esercizio 2012, secondo quanto previsto dagli schemi di bilancio regionali adottati nell'esercizio 2010 e 2011.

Figura 2.8 – Rendiconto di liquidità. Periodo 2010-2012

Rendiconto di liquidità	2010	2011	2012
Disponibilità liquide iniziali	-€ 8.527.253	-€ 15.467.109	-€ 13.132.767
Net cash di gestione corrente	€ 3.844.656	-€ 3.799.422	€ 4.625.233
Net cash di gestione extracorrente	-€ 10.784.513	€ 6.133.764	-€ 3.240.564
Contributi per ripiano perdite	€ 0	€ 0	€ 0
Disponibilità liquide finali	-€ 15.465.100	-€ 13.132.767	-€ 11.748.098



L'andamento negli esercizi evidenzia una situazione di carenza di liquidità in tutti i periodi presi a riferimento, con alcune differenze determinate principalmente dall'andamento dei risultati delle gestioni, degli investimenti e dei finanziamenti.

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

fornitori. Il risultato della **gestione corrente** a fine esercizio 2012 evidenzia un risultato positivo pari a € 4,625 milioni. Il flusso di gestione corrente è determinato da voci che costituiscono costi e ricavi non monetari, ossia costi e ricavi che pur incidendo sul risultato economico di esercizio non danno origine a esborsi o introiti monetari. Inoltre, sono ricompresi in tale flusso le variazioni dei debiti e crediti non riferiti ad operazioni di investimento. 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 653/2011 avente ad oggetto "Linee di programmazione 2012";
- degli ammortamenti, pari a 7,655 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, pari a 3,8 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 e per rischi ed oneri futuri; sono rappresentati dagli accantonamenti di competenza 2012 al netto degli utilizzi effettuati nel 2012 e presentano complessivamente un valore di 1,452 milioni di euro. In particolare, hanno contribuito a tale risultato le quote di contributi in conto esercizio inutilizzate, che per effetto delle nuove disposizioni, di cui all'art. 29 del D.Lgs. 118/2011 in vigore dal 2012, devono essere accantonate in apposito fondo, mentre negli esercizi precedenti venivano riscontate.

I debiti evidenziano una diminuzione di circa 9,4 milioni di euro. Tale variazione è correlata alla riduzione dei crediti (-8,8 milioni di euro) in particolare verso Regione. Infatti, grazie alle rimesse straordinarie erogate dalla regione nel corso del 2012 (DGR 295/2012 e DGR 740/2012) è stato possibile pagare maggiori mensilità ai fornitori e conseguentemente ridurre i tempi di pagamenti.

Il risultato della gestione extracorrente evidenzia un saldo negativo pari a 3,241 milioni di euro ed è determinato dagli investimenti effettuati nel corso dell'esercizio 2012 che riflette il [piano degli investimenti 2012](#) e dai movimenti di Patrimonio Netto per effetto dell'incremento di contributi in conto capitale e degli incassi avvenuti nel corso del 2012, a seguito delle richieste di liquidazione degli stati di avanzamento dei lavori eseguiti.

In Tabella 2.9 si riportano i tempi medi di pagamento delle principali categorie di [fornitori](#) nel periodo 2010-2012. Tale indicatore va letto in correlazione con l'indicatore precedente, che esprime la dinamica finanziaria dell'azienda e le cause che hanno portato a generare più o meno risorse nei periodi presi in esame. I tempi medi di pagamento evidenziano un andamento crescente nel biennio 2010-2011 e decrescente nel 2012, in quanto, grazie alle rimesse straordinarie erogate dalla Regione Emilia Romagna, nel corso del 2012, è stato possibile ridurre i tempi di pagamento dei fornitori per beni e servizi.

Tabella 2.9 - Tempi di pagamento in giorni dei fornitori della AUSL di Imola. Periodo 2010-2012

Ritardi medi nei pagamenti	2010	2011	2012
Beni economici	270	330	240
Prodotti farmaceutici	270	330	240
Servizi in appalto	270	330	150
Farmaceutica convenzionata	30	30	30
Case di Cura	150	150	150
Assistenza termale	180	180	180
Cooperative sociali	60	60	90
Enti Gestori Case Protette	60	60	90
Protesica	270	330	170
Attrezzature	210	280	120

2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

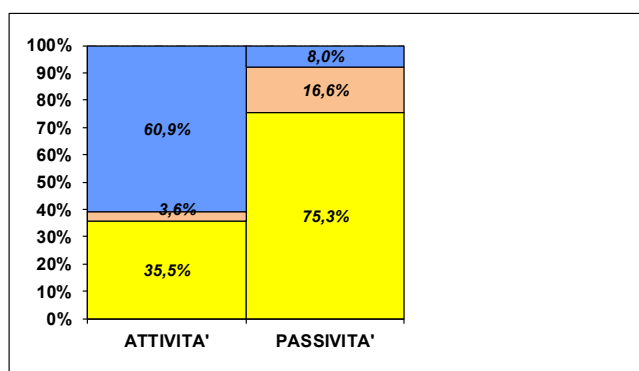
Gli indicatori che seguono sono volti a misurare la solidità patrimoniale dell'azienda attraverso l'esame della struttura degli investimenti, delle dinamiche che caratterizzano gli stessi, dei finanziamenti aziendali e delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti.

A tal fine si è fatto riferimento al riclassificato in chiave finanziaria, elaborato dalla Regione, che esprime i valori in base al tempo di realizzo monetario.

In Figura 2.10 si riporta una sintesi dei dati tratti dallo Stato Patrimoniale riclassificato dalla RER.

Figura 2.10 - Stato Patrimoniale riclassificato AUSL di Imola. Periodo 2010-2012

ATTIVITA'	AUSL Imola 2010	AUSL Imola 2011	AUSL Imola 2012	AUSL Imola 2010	AUSL Imola 2011	AUSL Imola 2012	PASSIVITA'
Liquidità immediate e differite	34,0%	36,8%	35,5%	79,0%	77,0%	75,3%	Finanziamenti a breve
Scorte	3,0%	3,0%	3,6%	11,0%	16,2%	16,6%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	63,0%	60,3%	60,9%	10,0%	6,8%	8,0%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	100%	100%	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



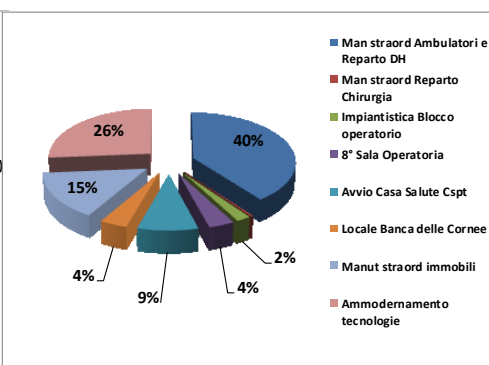
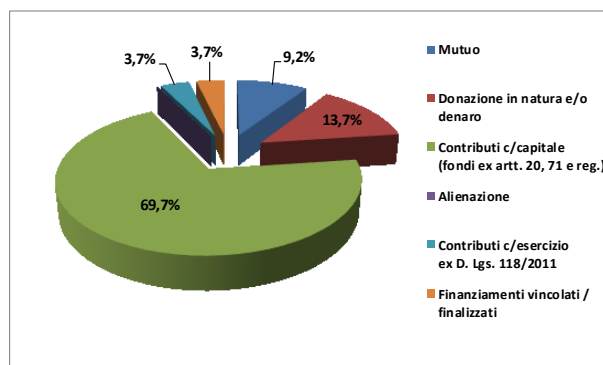
Per quanto riguarda l'AUSL di Imola, l'esercizio 2012, evidenzia un miglioramento della struttura patrimoniale con un incremento dell'incidenza del Patrimonio Netto. Le cause sono da ricercarsi, in parte nel risultato d'esercizio 2012 in pareggio e quindi nell'arresto dell'accumularsi di perdite d'esercizio autorizzate dalla Regione, che hanno comportato negli esercizi scorsi una riduzione del Patrimonio Netto, e in parte dall'incremento di contributi in conto capitale avvenuti nel corso del

2012 a seguito dell'applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 29 del D.Lgs. 118/2011 che prevede l'iscrizione nell'ambito di specifici conti di patrimonio netto dei contributi in conto capitale di cui all'art. 20 della L. 67/88 ed ex art. 36 L.R. 38/2002.

Analogamente la rappresentazione dei contributi in conto capitale riferiti a finanziamenti disposti esclusivamente dalla Regione sono stati contabilizzati a Patrimonio netto sulla base della notifica della Determina regionale di ammissione al finanziamento. Di seguito si presenta il prospetto riepilogativo degli investimenti realizzati nel 2012 e delle relative fonti di finanziamento.

Figura 2.11 - Consuntivo 2012 Piano degli Investimenti dell'AUSL di Imola e fonti di finanziamento

Descrizione intervento	Mutuo	Donazione in natura e/o denaro	Contributi c/capitale (fondi ex artt. 20, 71 e reg.)	Alienazione	Contributi c/esercizio ex D. Lgs. 118/2011	Finanziamenti vincolati / finalizzati	Totale investimento
Manutenzione straordinaria per la realizzazione di ambulatori e reparto DH Ospedale di Imola - Intervento H30 (Progr straord Investimenti in Sanità ex art. 20 L. 67/88-IV Fase, I stralcio) - Rep DH Oncologico - Endoscopia - e completamento IV PIANO			€ 1.862.380				€ 1.862.380
Mobili e arredi	€ 76.939		€ 102.488				€ 179.427
Attrezzature informatiche - SW	€ 29.222		€ 11.549				€ 40.771
Attrezzature sanitarie		€ 119.695	€ 265.953				€ 385.648
TOTALE	€ 106.161	€ 119.695	€ 2.242.370				€ 2.468.226
Manutenzione straordinaria per la manutenzione reparto degenza Ospedale di Imola - Intervento H31 (Progr straord Investimenti in Sanità ex art. 20 L. 67/88 - IV FASE, I stralcio) - Reparto Chirurgia IV P.			€ 6.844				€ 6.844
Mobili e arredi			€ 166				€ 166
Attrezzature informatiche	€ 8.107		€ 748				€ 8.855
Attrezzature sanitarie			€ 4.657				€ 4.657
TOTALE	€ 8.107		€ 12.415				€ 20.522
Intervento di adeguamento impiantistico Blocco Operatorio - Intervento L21 (Progr Regionale Investimenti in Sanità)			€ 127.989				€ 127.989
TOTALE			€ 127.989				€ 127.989
Realizzazione 8° Sala Operatoria Blocco Operatorio Ospedale di Imola	€ 92.876	€ 129.024					€ 221.900
Mobili e arredi			€ 4.794				€ 4.794
Attrezzature informatiche	€ 4.814						€ 4.814
TOTALE	€ 97.689	€ 129.024	€ 4.794				€ 231.507
Realizzazione "Casa della Salute" Polo Sanitario di CSPT 2° stralcio - Intervento n. M15 (Progr Regionale di Investimenti in Sanità)			€ 516.800				€ 516.800
Mobili e arredi	€ 26.196		€ 335				€ 26.531
TOTALE	€ 26.196		€ 517.135				€ 543.331
Realizzazione di locale a contaminazione controllata ad uso Banca delle Cornee presso l'Ospedale di Imola			€ 213.855				€ 213.855
Attrezzature sanitarie					€ 21.771		€ 21.771
Mobili e Arredi					€ 7.370		€ 7.370
Attrezzature informatiche			€ 2.789		€ 2.047		€ 4.836
TOTALE			€ 216.644		€ 31.187		€ 247.832
Interventi di manutenzione straordinaria per adeguamento normativo			€ 660.607				€ 660.607
TOTALE			€ 660.607				€ 660.607
Manutenzione straord immobili e impianti	€ 64.704			€ 1.996	€ 220.310		€ 287.009
TOTALE	€ 64.704			€ 1.996	€ 220.310		€ 287.009
Attrezzature sanitarie	€ 62.738	€ 346.301	€ 149.213		€ 10.772	€ 30.584	€ 599.608
Hardware e software	€ 187.020	€ 4.945	€ 329.639			€ 98.204	€ 619.808
Altri beni	€ 19.099	€ 71.129	€ 70.171			€ 19.207	€ 179.606
Automezzi	€ 2.057	€ 178.428				€ 48.120	€ 228.605
Ausili per assistenza territoriale			€ 8.074				€ 8.074
TOTALE	€ 270.913	€ 600.804	€ 557.096		€ 10.772	€ 196.116	€ 1.635.700
TOTALE GENERALE	€ 573.770	€ 849.523	€ 4.339.050	€ 1.996	€ 231.082	€ 227.303	€ 6.222.723
%	9,2%	13,7%	69,7%	0,0%	3,7%	3,7%	100,0%



Il grafico mostra come il 70% della copertura finanziaria derivi da contributi in conto capitale, il 9% da mutuo, il 3,7% da contributi in conto d'esercizio ex D.Lgs. 118/2011 e il 3,7% da finanziamenti vincolati / finalizzati. L'acquisizione mediante [donazioni e finanziamenti privati](#) copre complessivamente il 13,7% della spesa per investimenti dell'anno 2012.

2.2 Impatto sul contesto territoriale

2.2.1 Impatto economico

L'AUSL di Imola, nel 2012, offre direttamente occupazione a 1.789 persone, alle quali vanno aggiunti i medici convenzionati (163) e il personale con contratto libero professionale e atipico (28) per un totale di 1.980 occupati (si rimanda alla [Sezione 4](#) per un dettaglio sul Personale aziendale). Il monte salari e i compensi erogati complessivamente al personale dipendente e convenzionato superano i 100 milioni di euro, ponendo l'azienda in posizione di preminenza sul locale mercato del lavoro e più in generale sul sistema economico/produttivo del territorio.

Sulla base dei dati di Unioncamere Emilia Romagna gli occupati del Circondario Imolese vengono stimati in 47.313 (giugno 2012). Il personale aziendale risulta essere il 4,2% dell'occupazione complessiva sul territorio imolese. Inoltre, dei 1.789 dipendenti, 74 appartengono a categorie protette. Al dato riguardante i dipendenti dell'AUSL di Imola va aggiunto l'indotto generato sulle imprese del territorio, in riferimento alle risorse economiche gestite e alla quota di attività esternalizzate. A tal proposito si segnalano alcuni elementi utili a delineare l'impatto economico dell'AUSL di Imola rispetto al territorio:

- su 940 [fornitori](#), 381 (32,8%) hanno sede in Emilia Romagna e 125 nel Circondario Imolese (13,3% sul totale);
- la spesa, nel 2012, per i servizi esternalizzati (alberghieri, tecnici, manutenzione, ausiliari di supporto e per affidamenti di servizi socio-sanitari) è stata di circa € 13.220.000 (+4% rispetto al 2011), dando occupazione a circa 420 addetti;
- nell'ambito dei servizi esternalizzati sono stati affidati appalti a cooperative sociali di tipo A e tipo B per un importo annuo di circa € 3.540.000.

2.2.2 Impatto sociale

L'AUSL di Imola, nel 2012, ha registrato un considerevole numero di donazioni da parte di cittadini, imprese ed istituti bancari per un valore complessivo di circa € 800.000, a conferma del forte attaccamento al territorio e della sensibilità verso il settore sanitario. Le donazioni dei cittadini in denaro sono state pari a circa € 100.000, mentre ammonta a circa € 70.000 il valore delle donazioni in beni (arredi, piccoli elettrodomestici e presidi vari).

I contributi di Fondazioni, Istituti Bancari ed Aziende del territorio, per attrezzature sanitarie ammontano ad oltre € 400.000. In particolare, si segnalano € 86.500 destinati all'allestimento tecnologico dell'ottava sala operatoria e € 90.000 per attrezzature di gastroenterologia, donati dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Imola; € 60.000 per attrezzature di cardiologia da parte

della SACMI di Imola e € 191.000 destinati ad attrezzature di radiologia a Castel San Pietro Terme da parte di CEFLA di Imola. Va segnalato, inoltre, il finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Imola e Cassa di Risparmio di Imola di circa € 120.000 per l'invio dei referti a domicilio e per il finanziamento di vari progetti in campo assistenziale.

In Tabella 2.12 si riporta il [dettaglio delle donazioni](#) e dei contributi nel periodo 2010 - 2012.

Tabella 2.12 - Lasciti, donazioni e contributi verso l'AUSL di Imola. Periodo 2010-2012

Lasciti e donazioni	2010	2011	2012
Donazioni di beni a patrimonio da parte della comunità	€ 127.378	€ 182.070	224.179
Donazioni in denaro da parte di cittadini	€ 128.000	€ 101.143	€ 99.550
Donazioni e contributi da parte di soggetti istituzionali (Fondazioni, Banche, Aziende, ecc.)	€ 666.451	€ 509.855	€ 545.800

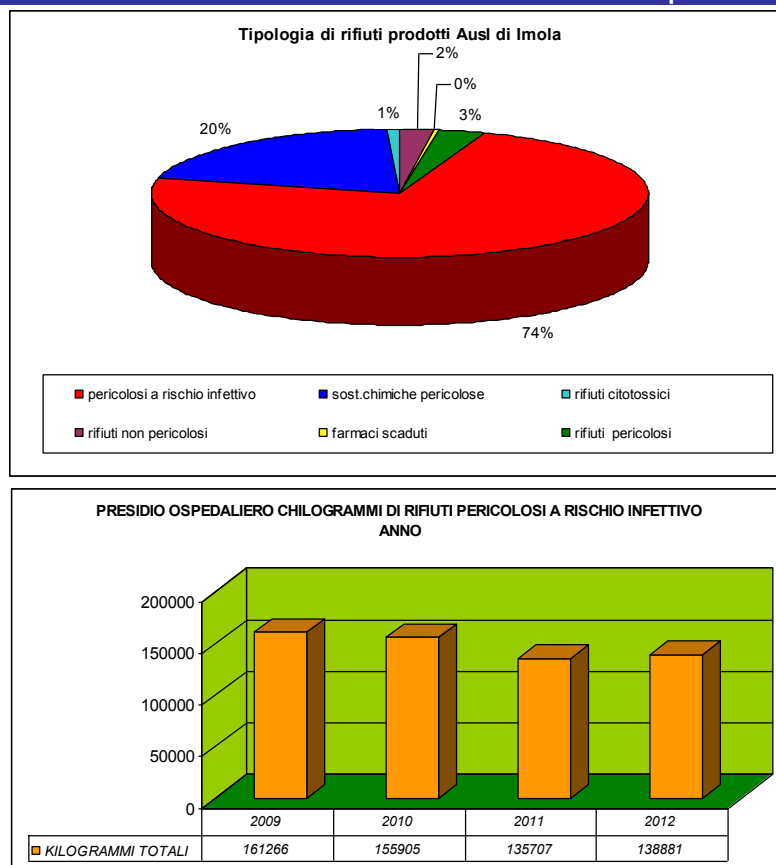
2.2.3 Impatto ambientale

Politiche per l'uso razionale dell'energia ed il rispetto ambientale. L'azienda negli ultimi anni ha profuso particolare impegno nella gestione energetica, al fine di perseguire, secondo gli indirizzi nazionali e regionali, un razionale consumo delle utenze di gas, energia elettrica, acqua potabile e teleriscaldamento, utile anche ad assolvere annualmente alle norme in materia di ricognizione delle risorse energetiche richieste a questa amministrazione dal Ministero della Salute, Regione Emilia Romagna e FIRE. L'azienda ha aderito alla convenzione stipulata dall'[Agenzia Regionale Intercent-ER](#) per la fornitura di energia elettrica e gas metano ed ha rinnovato, rinegoziandone il prezzo, con HERA Spa il contratto di fornitura del teleriscaldamento. Per quanto riguarda l'acqua, nel 2012, si è provveduto ad un importante intervento di manutenzione sulla struttura di Montecatone, che permetterà una gestione più efficiente dei consumi. Più nel dettaglio si può osservare, per quanto riguarda i consumi di energia elettrica, che il 2012 ha visto una riduzione dello 0,14% rispetto al 2011, contro un aumento medio a livello regionale del 4,71%. Mentre per quanto riguarda l'energia termica si è registrato un aumento del 3,06% contro una media regionale dell'1,62%: un maggior consumo dovuto agli effetti dell'andamento climatico dei mesi invernali e al maggior assorbimento energetico derivante dall'attivazione della [Banca delle Cornee](#) e dell'8° Sala Operatoria.

Gestione dei rifiuti sanitari. Nel 2012 sono proseguite le attività di formazione/informazione capillare verso tutti i dipendenti dell'azienda per completare la corretta identificazione dei rifiuti prodotti e le relative tecniche di smaltimento. Altrettanto si è proseguito nel monitoraggio mensile della produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo per Unità Operativa e Servizi (CER 180103), presso il Presidio Ospedaliero, tesa a favorire in via prioritaria la prevenzione e il contenimento della produzione di rifiuti, ottimizzandone la raccolta, il trasporto e lo smaltimento. Si sottolinea il raggiungimento dell'obiettivo aziendale 2012 che prevede la

produzione di chilogrammi di rifiuti pericolosi a rischio infettivo uguale al 2011 o con uno scostamento inferiore al 5%. In particolare si evidenzia una riduzione dell'indicatore sulla produzione di rifiuti per giornata di degenza: nel 2012 risulta pari a 1,01 kg/gd rispetto all'1,03 kg/gd del 2011. I grafici di seguito mostrano le tipologie di rifiuti prodotti nel 2012 e l'andamento 2009-2012 della produzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo a livello aziendale.

Grafici 2.13 – Gestione dei rifiuti nell'AUSL di Imola. Anno 2012 e periodo 2009-2012



2.3 Livelli essenziali di assistenza

Il paragrafo propone un'analisi dei livelli di assistenza declinati per aree di offerta: [assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro](#), [assistenza distrettuale](#) e [assistenza ospedaliera](#). Per ciascuna viene presentata la struttura dell'offerta, gli indici di consumo e di attività a confronto con i valori medi regionali. La serie storica privilegiata prende a riferimento di norma l'ultimo triennio. E' necessario premettere che in alcuni casi il dato messo a disposizione dalla Regione è relativo all'esercizio 2011, pertanto, in queste occasioni i dati 2012 presentati originano da fonti interne aziendali. Di seguito viene riportato il valore del costo pro-capite ponderato nel periodo 2009-2011, a confronto con la media Regionale e proposto anche per singolo LEA (2010-2011).

Tabella 2.14 - Costo pro-capite ponderato dell'AUSL di Imola e dato medio RER. Periodo 2009-2011

AUSL Imola / RER	Costo pro-capite 2009	Costo pro-capite 2010	Costo pro-capite 2011	Var. ass. 2011 - 2010	Var. % 2011 - 2010
AUSL Imola	€ 1.799,47	€ 1.873,70	€ 1.840,93	-€ 32,77	-1,75%
RER	€ 1.742,73	€ 1.858,00	€ 1.850,84	-€ 7,16	-0,39%

Come si può vedere, nel 2011, l'AUSL di Imola registra un costo pro-capite al di sotto della media regionale (€ 1.840,93 vs € 1.850,84) ed una riduzione pari a - 1,75% rispetto al costo pro-capite del 2010. Tale tendenza si registra su tutti e tre i livelli di assistenza.

Tabella 2.15 - Costi pro-capite per LEA dell'AUSL di Imola e dato medio RER. Periodo 2010 - 2011

LEA	AUSL IMOLA				RER			
	2010	2011	Var. 2011/2010		2010	2011	Var. 2011/2010	
	Costi pro-capite	Costi pro-capite	Var. Ass.	Var. %	Costi pro-capite	Costi pro-capite	Var. Ass.	Var. %
Sanità Pubblica	€ 60,29	€ 59,47	-€ 0,82	-1,36%	€ 55,66	€ 56,94	€ 1,28	2,30%
Distretto	€ 1.065,89	€ 1.044,19	-€ 21,70	-2,04%	€ 1.063,42	€ 1.055,08	-€ 8,34	-0,78%
Assistenza Ospedaliera	€ 741,28	€ 732,14	-€ 9,14	-1,23%	€ 738,92	€ 738,83	-€ 0,09	-0,01%

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 2010-2012

AUSL IMOLA / RER	finanziamento pro-capite 2010	finanziamento pro-capite 2011	finanziamento pro-capite 2012	Var. ass. 2012-2011	Var. % 2012-2011
Ausl Imola	€ 1.591,63	€ 1.633,80	€ 1.625,78	-€ 8,02	-0,49%
RER	€ 1.593,75	€ 1.627,91	€ 1.610,84	-€ 17,07	-1,05%

2.3.1 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro

L'attività di Prevenzione si sviluppa in funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute. Accanto ad una attività di *routine* (*screening*, vaccinazioni, controllo e vigilanza, ecc.) si sviluppano progetti sul fronte dell'educazione alla salute e dello sviluppo di interventi mirati sui principali fattori di rischio per la salute.

Programmi regionali di *screening*. Nel contesto del Piano Regionale della Prevenzione, l'AUSL di Imola continua a rispettare gli obiettivi relativi ai tre *screening* oncologici, sia in termini di avanzamento del programma (relativamente alla prevista tempistica di *round*), sia di adesione della popolazione all'invito. In coerenza con le raccomandazioni regionali, l'invito è esteso anche alla popolazione non residente e domiciliata.

Dal 01/01/2012, nell'ambito dello *screening* mammografico, è iniziato il programma di "[Individuazione e sorveglianza del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella](#)".

Il Centro *Spoke* di questo programma si identifica con l'Unità Operativa di Anatomia Patologica. Nel 2012 sono state effettuate 9.345 mammografie di *screening* e sono stati espletati, nel Centro *Spoke*, 268 approfondimenti per la valutazione di familiarità per carcinoma mammario.

Per quanto riguarda l'avanzamento e l'adesione al programma si registrano dati superiori alla media regionale, come si mostra in Tabella 2.17, per il periodo 2010-2012. Si ricorda che l'indicatore sull'avanzamento del programma è determinato dalla percentuale di persone invitate in un anno rispetto alla popolazione teorica da invitare e che tale indicatore deve tendere al 100%. L'adesione a invito è la percentuale degli aderenti al programma sul totale degli inviti.

Tabella 2.17 – Indicatori di attività degli screening per la prevenzione dei tumori e confronto con la media RER. Periodo 2010-2012

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto		2010		2011		2012 (*)	
		IMOLA	Media RER.	IMOLA	Media RER.	IMOLA	Media RER.
% Avanzamento Programma	Screening tumore collo dell'utero	107,9%	106,4%	117,1%	114,1%	98,4%	98,4%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	67,9%	66,5%	70,1%	76,8%	100,0%	85,6%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	54,6%	90,4%	149,5%	116,3%	100,0%	96,1%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	126,3%	105,5%	123,6%	102,3%	100,0%	95,2%
	Screening Colon Retto	98,7%	102,6%	73,7%	99,9%	91,9%	95,5%
% Adesione a invito	Screening tumore collo dell'utero	61,0%	60,0%	60,8%	58,4%	66,6%	59,1%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	51,2%	62,7%	81,2%	70,7%	72,3%	65,8%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	68,4%	72,9%	73,6%	68,0%	71,6%	70,1%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	62,7%	65,6%	74,3%	65,3%	71,4%	66,9%
	Screening Colon Retto	53,8%	53,1%	56,1%	49,4%	55,2%	55,2%

(*) Il dato 2012 non è definitivo

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

Vaccinazioni infantili. Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili contro poliomielite, morbillo, Hib, pertosse al compimento del 2° anno di vita, l'AUSL di Imola, mantiene valori di copertura elevati e superiori alla media regionale, così come per la vaccinazione antipapilloma virus (HPV), dove un eccellente livello di copertura pone l'AUSL di Imola ai primi posti a livello regionale. Nel 2012 sono state effettuate 17.165 vaccinazioni infantili in linea con il volume dell'anno precedente (17.885), di cui 1.645 vaccinazioni HPV. In Tabella 2.18 si evidenzia come, nel periodo 2009-2012, la copertura vaccinale sia stata uguale o superiore allo standard del 95%.

Tabella 2.18 - Tasso di copertura per vaccinazioni nei bambini e confronto RER. Periodo 2009-2012

Copertura vaccinale infanzia	2009		2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Poliomielite	97,7%	97,3%	97,5%	96,5%	98,4%	96,2%	98,2%	96,1%
Morbillo	96,0%	93,7%	96,2%	92,7%	96,7%	92,8%	95,0%	92,4%
Emofilo (HIB)	97,1%	96,5%	96,5%	96,0%	97,5%	95,4%	95,0%	95,4%
Pertosse	97,6%	97,1%	97,7%	96,4%	98,3%	96,2%	98,1%	96,0%

Anche il tasso di copertura vaccinale contro il meningococco (a 24 mesi e a 16 anni) risulta superiore alla media regionale (Tabella 2.19).

Tabella 2.19 - Tasso copertura meningococco per vaccinazione a 24 mesi e 16 anni. Periodo 2009-2012

Tasso copertura meningococco	Coperura vaccinale al 24° mese				Copertura vaccinale a 16 anni			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
IMOLA	95,8%	93,3%	94,3%	95,1%	91,1%	86,9%	90,1%	91,2%
Media RER	93,2%	92,3%	92,5%	92,2%	74,8%	76,3%	78,7%	80,4%

La campagna per la promozione della vaccinazione HPV nelle ragazze dodicenni ha consolidato gli ottimi risultati degli anni precedenti. L'81,7% delle ragazze nate nel 2000 ha completato il ciclo vaccinale (3 dosi), mentre l'84,1% ha cominciato il ciclo con almeno una dose. La copertura registrata per le nate nel 1997, pari al 93,6%, rappresenta il valore più elevato della Regione (media RER 75,2%). Nelle ragazze nate nel 1998 si registra a fine 2012 una copertura dell'86,1%: il miglior risultato regionale relativo a tale anno (Tabella 2.20).

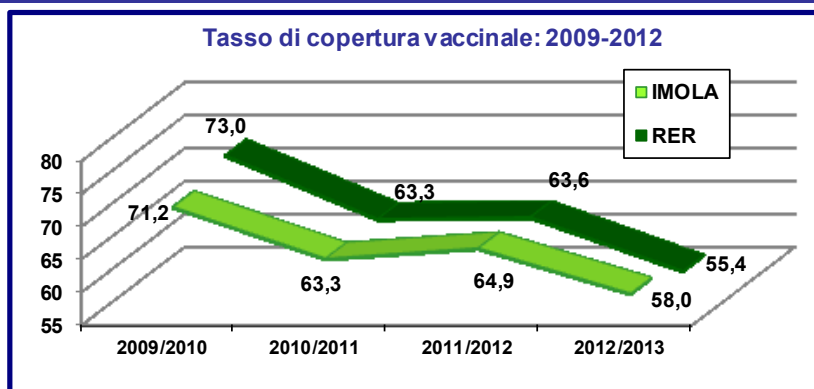
Tabella 2.20 - Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1997-2000 al 31/12/2012

Copertura vaccinale HPV	Coorti di nascita (*)							
	1997		1998		1999		2000	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)
Imola	95,6	93,6	88,4	86,1	84,9	81,3	84,1	81,7
RER	78,2	75,2	78,4	75,4	75,2	71,6	76,0	69,4

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

Vaccinazione antinfluenzale. I dati relativi alla campagna vaccinale 2012/2013, seppur non definitivi, evidenziano a livello regionale una flessione rispetto all'anno precedente. L'AUSL di Imola raggiunge comunque uno dei livelli più alti di copertura. La popolazione anziana *over* 65 anni vaccinata è stata pari a 17.307 unità su una popolazione target di 30.435, con un tasso di copertura pari al 58% (vs 64,9% della campagna vaccinale 2011/2012), superiore al 55,4% della media regionale (vs 63,6% della campagna 2011/2012). Anche per quanto riguarda la vaccinazione degli operatori sanitari l'AUSL di Imola raggiunge una copertura del 17% superiore alla media regionale del 14,3%.

Grafico 2.21 - Tasso di copertura nei over 65 anni dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2009-2012



Attività di prevenzione e di sorveglianza sanitaria negli ambienti di vita e di lavoro. Sul versante Igiene e Sanità pubblica le attività sono caratterizzate dal consolidamento ed adeguamento alle nuove normative delle attività di prevenzione primaria e vigilanza (epidemiologia e profilassi delle malattie infettive nella popolazione adulta, sicurezza alimentare e nutrizionale, valutazione dell'impatto sulla salute dei fattori di rischio ambientale, vigilanza sulle attività produttive, ricettive, ricreative, di cura e assistenza). Sono state oggetto di rimodulazione organizzativa le attività di certificazione medico-legale, idoneità sportiva, vaccinazioni, visite fisiatriche per migliorare l'appropriatezza e l'accessibilità per gli utenti. Si è proceduto altresì all'aggiornamento del [Sistema informativo](#), finalizzato alla rilevazione dei dati di attività sull'igiene edilizia e ambienti confinati, nonché alla sua interfaccia con il livello aziendale.

Le attività relative alla **Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro** hanno riguardato in particolare: l'avvio delle procedure tecniche e di test per l'installazione del nuovo sistema informativo per la gestione delle attività di servizio; l'istituzione dell'archivio regionale degli esposti a cancerogeni professionali; l'istituzione del Centro Operativo Regionale per i Tumori Naso Sinusali di origine professionale; il rispetto dei parametri quali – quantitativi su specifici argomenti del PRP; l'avvio di progetti locali per le attività di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Con riferimento all'**Igiene veterinaria**, l'attività del 2012, comprende gli interventi sul campo della sicurezza alimentare. La programmazione dell'attività di controllo si è basata su modalità finalizzate a garantire controlli mirati, frequenti, ad elevato contenuto specialistico per le attività a carattere industriale, controlli ad ampio raggio associati ad attività di formazione per le aziende della produzione primaria. Inoltre, grande attenzione è stata posta alla informazione verso i consumatori e alla comunicazione rivolta alla cittadinanza in materia di sicurezza alimentare per promuovere l'adozione di corrette modalità di comportamento alimentare dal punto di vista igienico e nutrizionale. Sono state, altresì, garantite le attività specifiche di sanità pubblica veterinaria con interventi specialistici, dall'esecuzione dei controlli agli interventi di prevenzione.

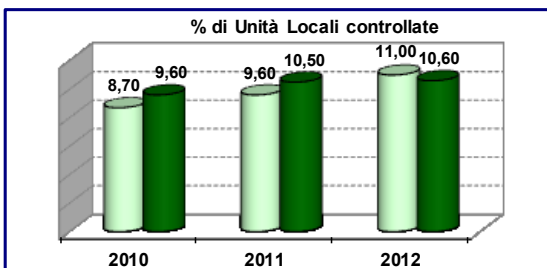
In ambito di **prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro**, l'attività di vigilanza rappresentata in Figura 2.22, mostra un aumento delle imprese controllate a fronte di una riduzione delle unità produttive esistenti nel territorio, in linea con il trend regionale.

Figura 2.22 - Imprese esistenti, controllate e con infrazione e confronto RER. Periodo 2010-2012

Controlli sugli ambienti di lavoro		2010	2011	2012
AUSL Imola	N.ro Unità produttive esistenti	6.259	5.801	5.723
	N.ro Unità produttive controllate	544	556	631
RER	N.ro Unità produttive esistenti	235.571	213.470	210.986
	N.ro Unità produttive controllate	22.506	22.369	22.319

PAT 2006 (**): Posizioni Assicurative Territoriali di Industria e Servizi estratte dall'archivio Nuovi Flussi Informativi INAIL 2008 pubblicati nel 2009

Controlli sugli ambienti di lavoro		2010	2011	2012
AUSL Imola	% di Unità controllate	8,70	9,60	11,00
	% di Aziende sanzionate su controllate	31,3	22,1	11,6
RER	% di Unità controllate	9,60	10,50	10,60
	% di Aziende sanzionate su controllate	17,2	15,0	12,7



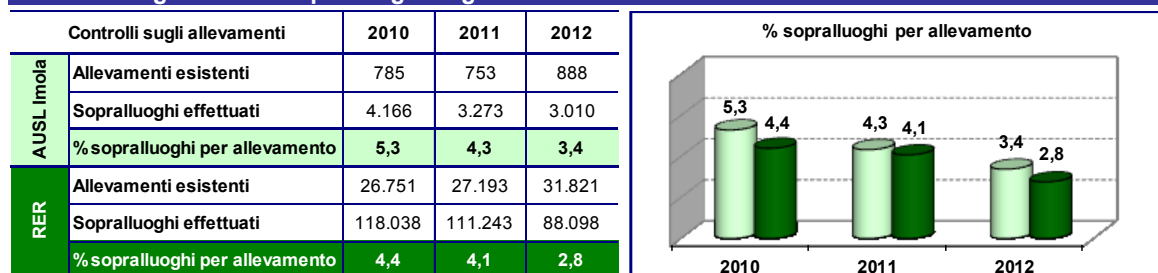
Sul territorio del Circondario Imolese sono presenti 988 aziende di ristorazione e 391 aziende di trasformazione alimentare. Le percentuali delle aziende controllate sulle esistenti, nel 2012, risultano in diminuzione rispetto agli anni precedenti, in particolare per quanto riguarda le aziende di ristorazione, ma comunque superiori al dato regionale (Tabella 2.23).

Tabella 2.23 - % aziende alimentari e di ristorazione controllate e con infrazioni e confronto RER. Periodo 2010-2012

Aziende di Ristorazione e Alimentari			2010	2011	2012
Aziende di Ristorazione	AUSL Imola	% Aziende di ristorazione controllate	35,0	39,1	29,4
		% Aziende con infrazioni su controllate	26,7	25,3	36,6
	RER	% di Aziende di ristorazione controllate	24,5	26,4	26,1
		% Aziende con infrazioni su controllate	30,4	34,3	22,4
Altre Aziende Alimentari	AUSL Imola	% Aziende di trasformazione / lavorazione / confezionamento controllate	30,0	32,3	33,5
		% Aziende con infrazioni su controllate	33,0	27,2	48,1
	RER	% di Aziende di trasformazione / lavorazione / confezionamento controllate	32,0	31,0	31,5
		% di Aziende con infrazioni su controllate	39,4	37,0	22,7

In Figura 2.24 i dati relativi al numero di sopralluoghi per allevamento e il confronto con i dati regionali. Il trend evidenzia un calo dei sopralluoghi a livello aziendale e ancor più regionale.

Figura 2.24 - Sopralluoghi negli allevamenti e confronto RER. Periodo 2010-2012



L'attività in ambito locale legata all'igiene urbana e al rapporto uomo-animale-ambiente è diventata più rilevante negli ultimi anni. Il Servizio Veterinario si è strutturato per soddisfare le crescenti esigenze con interventi specialistici: controlli rivolti alla prevenzione delle malattie infettive a carattere zoonosico; valutazioni in merito all'aggressività non controllata di cani; interventi di prevenzione e controllo del randagismo; controlli della popolazione degli animali sinantropi (es. colombi urbanizzati) e della popolazione dei selvatici con attenzione nei confronti di animali che possono trasmettere zoonosi (es. corvidi, volpe) o che possono determinare problemi di convivenza con la zootecnia locale (ricomparsa del lupo nelle nostre colline); interventi, in collaborazione con altri organi competenti in materia di igiene o di controllo della fauna o dell'ambiente in caso di inconvenienti igienici determinati dalla detenzione scorretta di animali; monitoraggio e repressione del fenomeno dell'avvelenamento degli animali.

2.3.2 Assistenza distrettuale

In ordine ai costi procapite per popolazione pesata, si riportano i costi del [distretto](#) per sub livello assistenziale. Gli scostamenti evidenziano un contenimento dei costi. Il sub livello Anziani registra, nel 2011, una diminuzione dovuta ad una diversa articolazione dei servizi (assistenza residenziale e assegno di cura) che ha determinato una economia di spesa recuperata nel 2012.

Tabella 2.25 - Composizione per livelli di assistenza del costo pro-capite del Distretto e media RER (con FRNA). Periodo 2010 - 2011

Costi pro-capite	2010	2011	MEDIA RER	Scostam. 2010-2011
Assistenza Disabili	€ 31,64	€ 31,28	€ 52,39	-€ 0,36
Farmaceutica	€ 265,27	€ 251,88	€ 253,97	-€ 13,39
Neuropsichiatria Infantile	€ 106,33	€ 122,35	€ 102,30	€ 16,02
Dipendenze Patologiche	€ 31,58	€ 26,69	€ 29,96	-€ 4,89
Salute Donna	€ 31,49	€ 34,08	€ 48,46	€ 2,59
Salute Infanzia	€ 68,07	€ 72,94	€ 86,62	€ 4,87
Termale	€ 6,99	€ 7,18	€ 4,55	€ 0,19
Protesica	€ 14,37	€ 15,71	€ 27,30	€ 1,34
Integrativa	€ 19,82	€ 20,27	€ 11,69	€ 0,45
ADI-Hospice	€ 135,24	€ 138,72	€ 139,89	€ 3,48
Salute Mentale Adulti	€ 104,91	€ 86,22	€ 80,50	-€ 18,69
Emergenza extraosp.	€ 39,58	€ 38,98	€ 36,53	-€ 0,60
Medicina di Base	€ 126,66	€ 134,55	€ 113,11	€ 7,89
Assistenza Anziani	€ 808,06	€ 754,31	€ 808,25	-€ 53,75
Specialistica	€ 331,39	€ 322,39	€ 323,85	-€ 9,00
TOTALE (con FRNA)	€ 1.065,89	€ 1.044,19	€ 1.055,08	-€ 21,70

L'analisi della struttura, a livello distrettuale, evidenzia una rete di servizi sull'intero territorio articolata in **66 strutture a gestione diretta** e **37 strutture convenzionate accreditate**.

La Tabella 2.26 rappresenta tali strutture per tipologia e settore di intervento.

Tabella 2.26 – Strutture territoriali a gestione diretta e convenzionate per tipologia di attività. Anno 2012

Tipo struttura	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Attività laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza tossicodipendenti	Assistenza ai malati terminali	TOTALE
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	2	1	1	12	7	1		24
AMBULATORIO E LABORATORIO	18	9	8					35
STRUTTURA RESIDENZIALE					3		1	4
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					2	1		3
TOTALE	20	10	9	12	12	2	1	66

Tipo struttura	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Assistenza psichiatrica	Assistenza tossicodipendenti	Assistenza idrotermale	Assistenza anziani	Assistenza disabili fisici	TOTALE
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE					1			1
AMBULATORIO E LABORATORIO	4	4						8
STRUTTURA RESIDENZIALE			4	2		11	3	20
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE						3	5	8
TOTALE	4	4	4	2	1	14	8	37

Assistenza residenziale e semi-residenziale. Le strutture residenziali risultano avere una dotazione di 100 PL, di cui 88, sulla base della classificazione ministeriale (modello HSP 13), risultano assegnati all'[assistenza psichiatrica](#). Negli ultimi anni, questi PL sono stati gestiti per dare risposte anche ai bisogni di carattere sociale, secondo programmi definiti con l'ASP. La presa in carico di pazienti con disturbi psichiatrici in ambito ambulatoriale e domiciliare e la maggiore domanda di residenzialità secondo bisogni sociali hanno richiesto una maggiore flessibilità, per cui allo stato attuale le strutture "Pascola" e "Franco Basaglia", con un totale di 30 PL, accolgono solo pazienti psichiatrici, mentre le altre riservano una parte di posti alle necessità dell'ASP e del FRNA. A completamento si registrano 12 PL presso l'**Hospice** di Castel San Pietro Terme.

Tabella 2.27 – Strutture residenziali per tipologia di attività e posti disponibili. Anno 2012

STRUTTURE RESIDENZIALI	TIOLOGIA ASSISTENZA	POSTI LETTO
Residenza Sanitaria Psichiatrica Trattamento Intensivo	Assistenza Psichiatrica	12
Residenza Psichiatrica Casa Basaglia	Assistenza Psichiatrica	15
Residenza Psichiatrica La Pascola	Assistenza Psichiatrica	15
Residenza Psichiatrica Ca' del Vento	Assistenza Psichiatrica	16
Residenza Psichiatrica Albatros	Assistenza Psichiatrica	14
Residenza Psichiatrica Pampera	Assistenza Psichiatrica	5
Residenza Psichiatrica Samarcanda	Assistenza Psichiatrica	11
Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice CSPT	Attività Hospice - Cure Palliative	12
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	TIOLOGIA ASSISTENZA	POSTI
Centro Diurno Psichiatrico	Assistenza Psichiatrica	15
Day Hospital Territoriale - Day Service Psych.	Assistenza Psichiatrica	6
Centro Diurno Arcobaleno - SERT	Assistenza per tossicodipendenti	15

Per le strutture semiresidenziali si segnalano 21 posti in ambito psichiatrico e 15 presso il Centro Diurno per tossicodipendenti.

In riferimento alle strutture residenziali gestite da privato sociale e accreditate, per soggetti dipendenti da sostanze d'abuso (**Dipendenze patologiche**), la dotazione risulta di 51 PL.

La dotazione per l'assistenza ai **disabili** è di 23 PL residenziali e 82 posti semiresidenziali.

In Tabella 2.28 si evidenzia, inoltre, la dotazione posti per l'**assistenza residenziale e semi-residenziale** agli **anziani**, sempre in strutture convenzione accreditate.

Tabella 2.28 – Strutture convenzionate per l'assistenza anziani e posti disponibili. Anno 2012

STRUTTURE RESIDENZIALI	TIOLOGIA ASSISTENZA	POSTI RESIDENZIALI AUTORIZZATI	DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI
CASA PROTETTA MEDICINA	Assistenza Anziani	57	48
CASA CASSIANO TOZZOLI IMOLA	Assistenza Anziani	44	44
CASA PROTETTA COMUNALE LA COCCINELLA CSPT	Assistenza Anziani	82	76
CASA PROTETTA TOSCHI DOZZA	Assistenza Anziani	16	16
OPERA SANTA MARIA TOSSIGNANO	Assistenza Anziani	43	43
CASA RIPOSO INABILI LAVORO IMOLA	Assistenza Anziani	145	138
VILLA ARMONIA IMOLA	Assistenza Anziani	27	27
RSA DI MEDICINA	Assistenza Anziani	40	15
RSA FIORELLA BARONCINI IMOLA	Assistenza Anziani	70	70
CASA PROTETTA S. ANTONIO ABATE FONTANELICE	Assistenza Anziani	30	30
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	TIOLOGIA ASSISTENZA	POSTI RESIDENZIALI AUTORIZZATI	DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI
CENTRO DIURNO PER ANZIANI CSPT	Assistenza Anziani	16	16
CENTRO RESID. PER ANZIANI VITA INSIEME MEDICINA	Assistenza Anziani	16	16
CENTRO DIURNO ANZIANI C. TOZZOLI IMOLA	Assistenza Anziani	20	20

La Tabella 2.29 mostra il rapporto PL residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili sulla popolazione target. Nel 2011, ultimo anno disponibile come rilevazione regionale, l'indicatore di PL in strutture residenziali per anziani ultra settantaquattrenni risulta pari a 38,2 per 1.000 abitanti, *versus* il 32,5 della regione. L'indicatore in assistenza semiresidenziale è pari a 3,3 posti per 1.000 (6,1 a livello regionale). Per i disabili l'indicatore è 0,17 PL residenziali per 1.000 abitanti, (media regionale 0,51) e di 0,62 posti semiresidenziali per 1.000 abitanti (media regionale 0,97).

Tabella 2.29 - Assistenza residenziale e semiresidenziale: posti disponibili per 1.000 abitanti. Periodo 2010-2011 e confronto RER

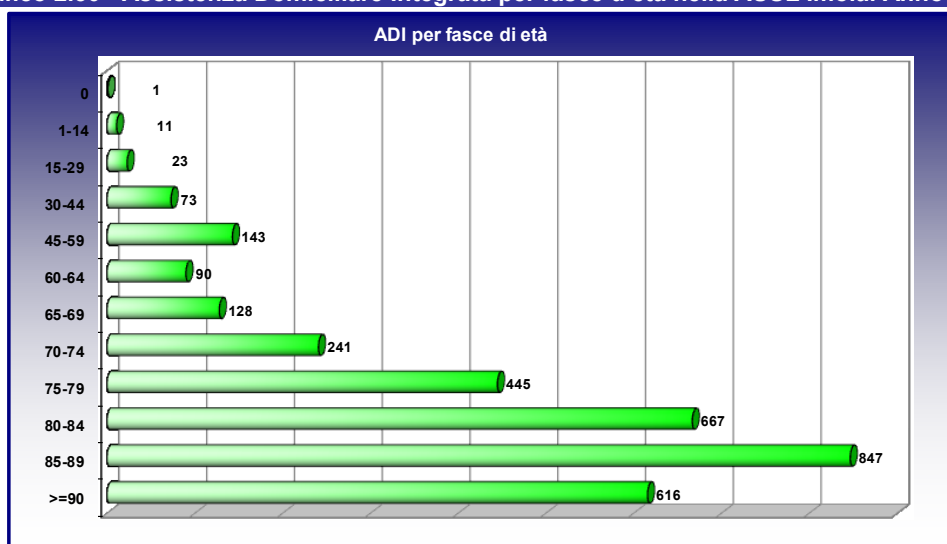
Assistenza residenziale	2010		2011	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Anziani (>74)	35,6	30,3	38,2	32,5
Disabili	0,13	0,47	0,17	0,51
Assistenza semi-residenziale	2010		2011	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Anziani (>74)	3,3	6,0	3,3	6,1
Disabili	0,39	0,90	0,62	0,97

Assistenza domiciliare integrata (ADI). Negli ultimi anni, l'AUSL di Imola ha dedicato particolare impegno allo sviluppo dell'assistenza domiciliare, orientando sempre più i percorsi assistenziali alla non istituzionalizzazione del paziente e alla presa in carico sul territorio, come modello alternativo al ricovero ospedaliero o in struttura residenziale, al fine di permettere al paziente di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita.

Integrata all'assistenza domiciliare infermieristica, che prevede l'erogazione di prestazioni infermieristiche (medicazioni, terapia iniettiva, addestramento del *care-giver* alla gestione del paziente), si è sviluppata l'assistenza domiciliare integrata (ADI) che prevede l'intervento di diverse figure professionali secondo un piano concordato con il medico di famiglia.

L'ADI è, infatti, l'insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e assistenziali erogate presso il domicilio di pazienti affetti da gravi patologie, in condizioni di non autosufficienza o malati terminali. Il Grafico 2.30 evidenzia come l'assistenza domiciliare venga usufruita in maniera prevalente dalla popolazione anziana e in misura preponderante dal target "Grandi anziani" (over 75).

Grafico 2.30 - Assistenza Domiciliare Integrata per fasce d'età nella AUSL Imola. Anno 2012



Le Tabelle 2.31 e 2.32 riportano i dati sugli episodi di presa in carico per tipologia di assistenza ed il rapporto percentuale delle singole tipologie sul totale complessivo aziendale e regionale.

Tabelle 2.31 – Prese in carico per tipologia di assistenza e confronto RER. Anno 2012

PRESE IN CARICO PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	2012	
	IMOLA	RER
MEDICINA GENERALE	1.959	69.192
INFERMIERISTICA	2.342	55.929
SOCIO-SANITARIA	427	4.099
ASSOCIAZIONI NO PROFIT	9	1.417
TOTALE PRESTAZIONI	4.737	130.637

Tabelle 2.32 – Percentuali TAD per tipologia di assistenza e confronto RER. Periodo 2010-2012

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
MEDICINA GENERALE	48,2%	55,6%	41,1%	54,0%	41,4%	53,0%
INFERMIERISTICA	37,0%	39,5%	44,5%	41,8%	49,4%	42,8%
SOCIO-SANITARIA	14,9%	3,6%	14,4%	3,0%	9,0%	3,1%
ASSOCIAZIONI NO PROFIT	0,0%	1,4%	0,0%	1,2%	0,2%	1,1%

L'attività di assistenza infermieristica domiciliare rappresentata in Tabella 2.32 mostra come, all'aumento dei pazienti presi in carico, degli accessi e delle prestazioni, la media di accessi e prestazioni per assistito si sia mantenuta costante.

Tabella 2.33 – Assistenza infermieristica nei Programmi di cure domiciliari. Periodo 2010-2012

ATTIVITA' DI ASSISTENZA NEI PROGRAMMI DI CURE DOMICILIARI	2010	2011	2012	Var.% 2010-2012
PAZIENTI ASSISTITI	3.412	3.822	4.080	19,6%
ACCESSI (assistenza continuativa e occasionale)	48.911	53.597	53.544	9,5%
MEDIA ACCESSI PER ASSISTITO	14	14	13	-
PRESTAZIONI	68.596	80.485	79.328	15,6%
MEDIA PRESTAZIONI PER ASSISTITO	20	21	19	-

Hospice. Come già anticipato, presso lo stabilimento di Castel San Pietro Terme, è attivo l'[Hospice](#) Centro Residenziale di Cure Palliative con 12 PL. Nella tabella sotto riportata, i dati di attività mostrano una degenza media di 19,1 giorni in linea con il dato regione ed una percentuale di deceduti sui dimessi superiore alla media regionale.

Tabella 2.34 - Posti letto, degenza Hospice e confronto RER. Periodo 2010-2012

Attività Hospice	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N. posti letto	12	241	12	248	12	273
Degenza media	19,6	18,8	18,3	18,6	19,1	18,3
N. pazienti dimessi	191	3.935	204	4.100	208	4.699
% deceduti sul tot. Dimessi	75,4%	73,6%	82,4%	74,9%	79,3%	75,2%

In riferimento alla [rete delle cure palliative oncologiche](#), l'AUSL di Imola registra una buona *performance*: a fronte di 419 decessi per patologia oncologica nel 2011 (dati 2012 non disponibili), 375 (90%) sono avvenuti nel comprensorio imolese, di cui il 44% in area ospedaliera, il 37% in Hospice, il 16% al domicilio, il 2% in strutture residenziali socio-assistenziali, l'1% in altre strutture. Il tasso di decesso in Hospice o al domicilio è del 54% (standard definito del $\geq 50\%$).

Consultori Familiari. Il [Consultorio Familiare](#) si articola nelle aree: Ostetrico-Ginecologica, Spazio per la salute della donna migrante, Psicologica, Prevenzione del fenomeno del maltrattamento, Spazio Giovani, Assistenza ostetrica *post-partum*, Menopausa.

Negli ultimi anni, l'attività ha registrato un sensibile aumento dovuto ad aspetti di carattere demografico, come l'impatto delle popolazioni immigrate, oltre ad aspetti culturali legati alla maggiore sensibilità sociale, di tutela e garanzia delle fasce più deboli dell'infanzia e della donna.

Per quanto riguarda l'area Ostetrico-ginecologica si segnala, nel 2011, la presa in carico di 450 donne in gravidanza, di cui 140 immigrate, su un totale di 1.291 nascite.

In Tabella 2.35 si riportano i tassi di copertura nell'ambito dell'area "Salute donna".

Tabella 2.35 - Tassi di copertura per il livello Salute donna e confronto RER. Periodo 2009-2011

Indicatori di attività	2009		2010		2011	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
% donne in gravidanza seguite dai consultori familiari su totale "nati vivi"	25,2%	44,7%	36,3%	51,0%	34,9%	54,1%
% donne immigrate seguite in gravidanza su totale donne in gravidanza seguite	69,5%	57,2%	44,2%	55,4%	31,1%	52,6%
% donne in carico ai consultori familiari su popolazione target - Ostetricia e Ginecologia	8,0%	14,6%	8,9%	14,4%	9,9%	14,5%
% donne in carico ai consultori familiari su popolazione target: Psicologia	0,9%	0,5%	1%	0,50%	1%	0,50%

In Tabella 2.36 si riportano gli indicatori di attività, con evidenza del dato medio regionale, nel triennio 2009 - 2011.

Tabella 2.36 - Indicatori di attività del Consultorio familiare e confronto RER. Periodo 2009-2011

Volumi di attività	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Numero prestazioni	17.665	802.815	20.180	844.453	19.395	816.181
Variazione % su anno precedente	5,0%	0,5%	14,2%	5,2%	-4,0%	-3,5%
Distribuzione per tipologia di attività	2009		2010		2011	
Contracezione	3,5%	7,2%	4,8%	6,7%	3,9%	5,9%
Gravidanza	44,8%	25,0%	42,6%	26,8%	40,6%	27,5%
I.V.G.	3,4%	2,3%	3,0%	2,4%	2,0%	2,2%
Menopausa	0,7%	2,0%	0,8%	2,1%	1,1%	2,0%
Psicologia	14,6%	6,0%	15,0%	6,0%	13,5%	5,1%
Puerperio	12,0%	3,5%	13,2%	3,4%	16,2%	3,3%
Specialistica ginecologica	21,0%	19,9%	20,5%	18,3%	22,7%	17,6%

A completamento, si riportano i dati aziendali di attività del Consultorio Familiare relativi al 2012 con il confronto 2011.

Tabella 2.37 – Volumi di attività del Consultorio familiare. Anni 2011-2012

ATTIVITA' PSICOLOGICA	2011	2012	Var. ass.	Var. %
Consulenze, attività psicologica e attività di psicoterapia				
N° prestazioni	2.823	3.100	277	10%
N° utenti	644	643	-1	0%
<i>di cui n° nuovi utenti (che richiedono valutazione e discussione clinica)</i>	268	319	51	19%
Spazio giovani				
N° colloqui con ragazzi e genitori in accesso diretto, consulenza telematica, accoglienza telefonica delle nuove richieste	334	330	-4	-1%
Percorsi integrati con altri servizi o altri enti e associazioni				
N° consulenze	351	320	-31	-9%
N° utenti presi in carico	83	80	-3	-4%
ATTIVITA' DELLE OSTETRICHE	2011	2012	Var. ass.	Var. %
AREA SOSTEGNO AL PUERPERIO				
Accessi a domicilio	382	237	-145	-38%
Accessi delle puerpere ambulatorio consultoriale	2.510	2.317	-193	-8%
Accessi delle ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce neonato sano)	297	285	-12	-4%
N° puerpere (residenti) contattate alla dimissione	1.068	920	-148	-14%
Pronto latte (n° telefonate)	1.014	1.190	176	17%
AREA ASSISTENZA IN GRAVIDANZA				
1° colloquio in gravidanza	313	434	121	39%
Corso percorso nascita	62	62	0	0%
Attività percorso nascita: numero partecipanti	996	1.097	101	10%
EDUCAZIONE SANITARIA	2011	2012	Var. ass.	Var. %
Interventi di promozione alla salute per adolescenti adulti e insegnanti	111	111	0	0%
Interventi di promozione alla salute per adolescenti adulti e insegnanti: numero utenti numero partecipanti per classe	2.664	2.803	139	5%
Corsi menopausa (compreso gruppi sostegno psicologico)	2	2	0	0%
Corsi menopausa (compreso gruppi sostegno psicologico): n.ro utenti	40	48	8	20%
ATTIVITA' MEDICO OSTETRICO-GINECOLOGICA AMBULATORIALE PER ESTERNI	2011	2012	Var. ass.	Var. %
Ecografia	2.181	2.055	-126	-6%
Altre prestazioni Terapeutiche	131	106	-25	-19%
Chirurgia Ambulatoriale	3	8	5	167%
Prima visita	3.961	3.583	-378	-10%
Visita di controllo	2.034	2.667	633	31%
Non codificata: "Valutazione esami"	740	888	148	20%
TOTALE	9.050	9.307	257	2,8%
ATTIVITA' OSTETRICHE PER ESTERNI	2011	2012	Var. ass.	Var. %
Prelievo citologico	95	86	-9	-9%
Prelievo microbiologico	772	980	208	27%
Riabilitazione e rieducazione funzionale	281	379	98	35%
INSER. ALTRO PESSARIO VAGINALE	141	169	28	20%
TOTALE	1.289	1.614	325	25%

Salute Mentale. Il Dipartimento di Salute Mentale, a partire dal 2010, è stato interessato da una riorganizzazione degli assetti organizzativo-funzionali a livello [residenziale e semiresidenziale](#) in area psichiatria adulti e dipendenze patologiche, con l'obiettivo anche di contenere i costi. A presupposto di tali nuovi assetti si richiama il Piano Attuativo per la Salute Mentale 2009-2011 e la programmazione dei [nuovi accreditamenti istituzionali](#) (superamento della gestione mista pubblico-privata attraverso soggetti pubblici o privati accreditati). In Tabella 2.38 si rappresenta l'attività del dipartimento tramite i consueti indicatori a confronto coi valori regionali. In riferimento ai TSO, si riportano gli interventi effettuati comprensivi dei soggetti non residenti. I TSO riferiti ai cittadini residenti nel circondario Imolese risultano, invece: 27 nel 2012, 21 nel 2011 e 16 nel 2010.

Tabella 2.38 - Attività del Dipartimento Salute Mentale. Periodo 2010-2012

Attività DSM	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Pazienti seguiti dal DSM	1.977	76.302	2.296	77.839	2.273	78.133
Dimessi dagli SPDC per residenza	252	6.717	274	6.799	259	6.620
N.ro TSO	16	1.142	32	1.085	51	1.152
%TSO / Ricoveri	6,3%	17,0%	11,7%	16,0%	16,5%	16,1%

Psichiatria Territoriale Adulti (PTA). 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; Centro Diurno, con progressiva integrazione delle attività del Laboratorio Girasole e sviluppo della gestione degli interventi in rete con gruppi AMA, Associazioni di Familiari e Utenti. Il 2012 ha visto il superamento della gestione mista delle due RsR "La Pascola" e "Casa Basaglia" e lo sviluppo di assetti di cura sul territorio in collaborazione ed integrazione con l'ASP (Azienda Servizi alla Persona) per l'avvio sul territorio dei percorsi qualificati, come il *budget* di cura/salute.

Tabella 2.39 - Attività Psichiatria Territoriale (PTA). Periodo 2010-2012

Attività Psichiatria Territoriale Adulti	2010	2011	2012
Prima visita psichiatrica	879	967	1.039
Pazienti trattati in DH Territoriale	65	109	110
Pazienti trattati in Centro Diurno	61	61	67

SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) ed RTI (Residenze a Trattamento Intensivo). Sul fronte della degenza SPDC-RTI si conferma per il 2012 l'incremento dei casi trattati, in particolare per i casi in *Night Hospital*, con un aumento di circa il 55%.

In riferimento alla degenza media, rispetto al 2011, si passa, in SPDC da 15,3 a 16,3 e in RTI da 25,4 a 28,2. Si informa, inoltre, che il tasso di occupazione posti letto è stato pari al 99%.

Tabella 2.40 - Attività SPDC - RTI. Periodo 2010-2012

Attività SPDC - RTI	2010	2011	2012
Tasso ospedalizzazione su 10.000 ab.	19,2	20,8	19,5
Degenza media SPDC (GD)	17,5	15,3	16,3
% pazienti con ricoveri SPDC > 3 anni	2,5%	1,4%	2,3%
N.ro contenzioni fisiche in SPDC	18	26	16
N.ro ricoveri RTI	115	151	155
Degenza media RTI (GD)	31,5	25,4	28,2
Casi in night hospital	71	71	110

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 popolazione target 0-17 anni dell'AUSL di Imola è di 21.770 minorenni (dato RER al

01/01/2012). Il numero degli utenti in carico al servizio nel 2012 è pari a 1.242 con un incremento del 6% rispetto al 2011 (1.171).

Tabella 2.41 - Attività Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza. Periodo 2011-2012

UTENTI / PRESTAZIONI	2011	2012	Var. ass.	Var. %
N° utenti in carico	1.171	1.242	71	6%
N° nuovi utenti	363	405	42	12%
N° usciti dal Servizio	290	351	61	21%
N° Prestazioni	19.087	18.084	-1.003	-5%

Gravissime disabilità acquisite. Nel 2012, l'AUSL di Imola ha erogato prestazioni configuranti la "presa in carico" (assistenza domiciliare, assegni di cura e/o assistenza residenziale) a 29 pazienti con gravissime disabilità acquisite (Tabella 2.42). In [Sezione 3, par. 3.2.1](#), vengono illustrate dettagliatamente le tipologie di intervento e gli oneri sostenuti.

Tabella 2.42 - Pazienti presi in carico con gravissime disabilità acquisite, per classi di età e confronto RER. Anno 2012

Gravissime disabilità acquisite classi di età	Numero		%	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER
0 - 17	1	65	3,4%	5,0%
18 - 44	12	279	41,4%	21,4%
45 - 64	12	536	41,4%	41,0%
65 - 74	1	279	3,4%	21,4%
Oltre 75	3	147	10,3%	11,3%
Totale	29	1.306	100%	100%

In Tabella 2.43 si evince che, in riferimento alle tipologie di assistenza, l'AUSL di Imola, risulta avere la maggior parte dei pazienti in assistenza domiciliare ed una quota più bassa in assistenza residenziale. Questo dato risulta in linea 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 e confronto RER. Anno 2012

PAZIENTI CON GRAVISSIME DISABILITA'	IMOLA	RER
Pazienti con Assistenza Domiciliare	21	873
Pazienti in Assistenza Residenziale	8	350
Pazienti con Assistenza Domiciliare e in Assistenza Residenziale	0	83
PAZIENTI PRESI IN CARICO	29	1.306

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

Dipendenze Patologiche. In Tabella 2.44 si presenta il tasso di prevalenza (rapporto tra utenti totali e popolazione 15-64 anni *1.000 abitanti) e di incidenza (rapporto tra nuovi utenti totali e popolazione 15-64 anni *1.000 abitanti) nel periodo 2010-2012, con il confronto regionale.

Tabella 2.44 – Tassi di incidenza e prevalenza delle dipendenze patologiche e confronto RER. Periodo 2010-2012

Dipendenze Patologiche	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Tasso incidenza	3,00	1,99	3,08	1,95	3,54	2,44
Tasso prevalenza	10,26	7,87	10,36	7,84	9,86	9,17

In riferimento ai volumi di attività (presa in carico, attività semiresidenziale riabilitativa, inserimenti lavorativi, ecc.) si rimanda alla tabella che segue, mentre per un maggior approfondimento su queste tematiche, al paragrafo [3.2.1 Politiche socio-sanitarie per aree con maggior disagio "dipendenze Patologiche"](#).

Tabella 2.45 – Attività Unità Operativa Dipendenze Patologiche. Periodo 2011-2012

PAZIENTI UTENTI	2011	2012	Var. ass.	Var. %
N° utenti	1.082	1.086	4	0,00
<i>di cui N° utenti tcon doppia diagnosi</i>	380	371	-9	-0,02
<i>di cui N° utenti trattati per etilismo</i>	501	334	-167	-0,33
N° prime visite	321	328	7	0,02
N° nuovi presi in carico	125	133	8	0,06
N° dimessi	294	281	-13	-0,04
DI CUI: INSERIMENTI IN COMUNITA' E BORSE LAVORO				
N° inserimenti in comunità	29	27	-2	-7%
Giornate di degenza in Comunità Terapeutiche	5.105	5.308	203	4%
N° borse lavoro	32	28	-4	-13%
DI CUI: CENTRO DIURNO ARCOBALENO (Semiresidenzialità 8 ore)				
N° utenti nell'anno	21	31	10	48%
N° nuovi presi in carico	13	23	10	77%
Giornate di degenza	2.541	3.121	580	23%
N° dimessi	13	11	-2	-15%

Assistenza Odontoiatrica. Con l'avvio del "Programma regionale di assistenza odontoiatrica", nel 2004, l'AUSL di Imola ha dato corso a specifiche azioni per la tempestiva e piena attuazione degli indirizzi regionali. In linea con quanto sviluppato sull'intero territorio regionale, sono stati riorganizzati i servizi al fine di garantire quelle forme di assistenza odontoiatrica rivolta ai soggetti più vulnerabili (DGR 2678/2004 e 374/2008), che ha visto, inoltre, l'adeguamento dell'offerta oraria al bacino di utenza individuato secondo i nuovi criteri di vulnerabilità sanitaria e sociale.

Tabella 2.46 - Utenti distinti per trattamento nell'AUSL di Imola e RER. Anno 2012

ANNO 2012	TOTALE UTENTI		UTENTI NON VULNERABILI		% NON VULNERABILI	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Conservativa/Endodonzia	1.322	25.342	23	3.254	1,7%	12,8%
Ortodonzia e Trattamenti 0-14	389	7.288	21	913	5,4%	12,5%
Protesica Fissa	9	1.283	0	161	0,0%	12,5%
Protesica Mobile	255	6.784	5	954	2,0%	14,1%

Negli ultimi anni è stato registrato un aumento dell'attività del servizio specialmente per la parte conservativa/endodonzia (1.322 pazienti trattati vs 1.180 del 2010). Per gli utenti disabili, dal 2010, si è consolidata la collaborazione col Presidio per il trattamento in regime di Day Hospital degli utenti non collaboranti per i quali viene utilizzato il riunito presso il blocco operatorio.

Assistenza Primaria. Il 2012 ha visto la ridefinizione dell'assetto organizzativo dei **Nuclei di Cure Primarie (NCP)** di Imola, con l'accorpamento dei Nuclei di Cure Primarie di Imola, passati da 4 a 2 e così articolati:

- NCP "IMOLA CENTRO" (ex Imola Centro Ovest e Imola Centro Cavour): 25 Medici di Medicina Generale, associati in 2 medicine di gruppo e 2 medicine in rete; 4 Pediatri di Libera Scelta associati in una pediatria di gruppo.
- NCP "IMOLA NORD-SUD" (ex Imola Cintura Nord e Imola Cintura Sud): 29 Medici di Medicina Generale associati in 4 medicine di gruppo e 2 medicine in rete; 7 Pediatri di Libera Scelta associati in 2 pediatrie di gruppo. I 29 medici assicurano la continuità diurna dal lunedì al venerdì (12 - 17) nelle due sedi già operative dell'Ospedale Vecchio e di Via Zaccherini (trasferita nel 2013 in altra sede).

La fascia oraria dedicata all'accesso dei pazienti per situazioni di urgenza, gestibile dalla medicina generale, sarà orientata progressivamente ad assicurare anche le attività programmate di gestione della cronicità, secondo progetti da concordare. Gli infermieri assegnati ai NCP di Imola svolgono la loro attività ambulatoriale presso la sede di ambedue i Nuclei. La sede internucleo è anche sede organizzativa dell'assistenza domiciliare e sede del coordinamento.

Un ambulatorio infermieristico è attivo nella sede di via Zaccherini (ora via Baruzzi) dal lunedì al venerdì (12 - 17). L'assetto organizzativo degli altri NCP del territorio, fuori Imola, nel 2012, si è mantenuto invariato: NCP di Castel San Pietro - Dozza; NCP di Medicina - Castel Guelfo; e NCP della Vallata del Santerno. Si evidenzia, inoltre, che su un totale di 21 Pediatri di Libera scelta (PdS), 17 risultano associati in gruppo.

In Tabella 2.47 l'organizzazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) in Nuclei di Cure Primarie.

Tabelle 2.47 - Indicatori di accessibilità, associazionismo e di attività dei MMG. Periodo 2010-2012

Assistenza primaria associazionismo e accessibilità	2010	%	2011	%	2012 (*)	%
TOTALE MMG	99	100%	97	100%	97	100%
organizzati in forma associativa	97	98%	96	99%	94	97%
(di cui) in gruppo	68	69%	67	69%	67	69%
(di cui) in rete	29	29%	29	30%	27	28%
Nuclei Cure Primarie	7	100%	7	100%	5	100%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 84 ore (12h/7gg) ed infermieristica sett di 50 ore su 6 giorni	2	29%	2	29%	2	40%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 60 ore (12h/5gg) ed infermieristica sett di 25/50 ore su 5/6 giorni	2	29%	2	29%	2	40%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 50 ore (10h/5gg) ed infermieristica sett di 30 ore su 6 giorni	1	14%	1	14%	1	20%
MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg)	37	38%	37	38%	37	38%
MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 60 ore (12h/5gg)	29	18%	29	30%	29	30%
MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 50 ore (10h/5gg)	6	6%	6	6%	6	6%

(*) Al 31/12/2012 il numero di MMG è 94 a seguito di pensionamenti avvenuti a dicembre 2012

Assistenza Farmaceutica. Le azioni rivolte alla politica del farmaco e al governo della [spesa farmaceutica](#) costituiscono un settore di particolare rilevanza strategica sia a livello aziendale che di sistema. Correlate alla politica del farmaco e al governo dell'appropriatezza prescrittiva, sono state messe in campo azioni specifiche sia nell'assistenza farmaceutica ospedaliera che nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata, con effetti attesi di sinergia fra i due sistemi, nella prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e nell'appropriatezza prescrittiva delle categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa. In Tabella 2.48, si riportano i valori economici totali e pro-capite riferiti alla spesa farmaceutica territoriale che comprendente la spesa netta convenzionata esterna e l'erogazione diretta di farmaci di fascia A. L'AUSL di Imola, nel 2012, presenta una spesa pro-capite inferiore al valore medio regionale. Si registra, inoltre, rispetto al 2011, un miglioramento in termini di contenimento della spesa pari a -7,5% sul pro-capite e a -7% sulla spesa complessiva.

Tabella 2.48 - Spesa farmaceutica territoriale delle AUSL RER. Periodo 2010-2012

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica territoriale - 2010	Spesa farmaceutica territoriale - 2011	Spesa farmaceutica territoriale - 2012	Spesa pesata procapite 2010	Spesa pesata procapite 2011	Spesa pesata procapite 2012	Var % spesa 2011 - 2012	Var % spesa pro capite 2011 - 2012
AUSL Imola	€ 27.664.606	€ 25.817.978	€ 24.024.683	€ 210,67	€ 194,84	€ 180,31	-6,9%	-7,5%
RER	€ 938.579.179	€ 910.480.950	€ 822.820.704	€ 213,53	€ 205,41	€ 184,52	-9,6%	-10,2%

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

In Tabella 2.49 si riporta la spesa pro-capite per l'assistenza farmaceutica convenzionata relativa al trattamento delle principali patologie, per fasce di età e a confronto col dato medio regionale.

Tabella 2.49 - Farmaceutica convenzionata: spesa pro-capite per le principali patologie. Anno 2012

Farmaci trattamento principali patologie	Pro capite in ambito AUSL						Pro capite in ambito regionale					
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	Totale	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	Totale
Gastro-intestinali	€ 1,69	€ 16,96	€ 69,05	€ 87,65	€ 86,22	€ 29,67	€ 1,39	€ 14,00	€ 59,29	€ 76,52	€ 78,35	€ 24,60
Cardiovascolari	€ 0,07	€ 32,62	€ 183,15	€ 214,19	€ 175,80	€ 66,66	€ 0,06	€ 28,53	€ 165,29	€ 196,96	€ 166,76	€ 58,15
Muscoscheletriche	€ 0,02	€ 3,07	€ 17,34	€ 23,41	€ 19,66	€ 6,69	€ 0,02	€ 2,84	€ 16,36	€ 23,80	€ 20,74	€ 6,27
Nervose	€ 1,42	€ 17,26	€ 36,63	€ 50,30	€ 50,48	€ 21,55	€ 1,23	€ 16,07	€ 36,98	€ 53,96	€ 54,87	€ 20,81
Respiratorie	€ 13,50	€ 11,62	€ 37,66	€ 53,33	€ 49,74	€ 19,87	€ 10,16	€ 9,05	€ 28,60	€ 40,85	€ 38,77	€ 14,96

In Tabella 2.50 viene riportata l'incidenza delle varie tipologie (convenzionata, a distribuzione diretta, ospedaliera) di cui si compone la spesa farmaceutica complessiva.

Tabella 2.50 - Incidenza delle tipologie di spesa farmaceutica nelle AUSL RER. Anno 2012

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica - Anno 2012								
	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
	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro
AUSL Imola	€ 18.391.806	54,8%	€ 5.632.877	16,8%	€ 3.044.840	9,1%	€ 6.483.507	19,3%	€ 33.553.030
Regione	€ 590.288.929	47,5%	€ 232.531.775	18,7%	€ 170.933.308	13,8%	€ 248.890.658	20,0%	€ 1.242.644.670

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. Di seguito si presenta l'ambito dell'assistenza specialistica in termini di consumi da parte dei cittadini imolesi e di produzione da parte delle strutture interne. L'analisi delle prestazioni viene fatta per raggruppamenti specialistici: diagnostiche, di laboratorio, riabilitative, terapeutiche e visite ambulatoriali. Si ricorda che l'assistenza specialistica si conferma, per il complessivo Sistema Sanitario Regionale, un'area critica a causa del persistere di alcune problematiche strutturali determinate in particolare dalla continua modificazione della domanda per effetto dell'aumentata prevalenza delle malattie croniche, che richiede una crescente presa in carico da parte del territorio in integrazione con le risorse specialistiche (*disease management*). Di importanza fondamentale la ricerca della massima appropriatezza nel ricorso a tale assistenza; la definizione dei volumi di offerta differenziati tra primo accesso, accessi successivi, *follow up* e presa in carico specialistica; la gestione dell'accesso modulata per priorità. Nelle tabelle che seguono vengono rappresentati il tasso standardizzato di consumo per 1.000 abitanti e il tasso di fuga a confronto con i valori medi regionali.

Tabelle 2.51 - Tasso di consumo standardizzato e di fuga per macro categorie di Specialistica dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2010-2012

Tasso di consumo standardizzato (*1000 ab)	2010			2011			2012		
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER
Diagnostica	1.529	1.532	-0,2%	1.440	1.518	-5,1%	1.377	1.465	-6,0%
Laboratorio	10.832	11.280	-4,0%	10.091	11.036	-8,6%	9.481	10.753	-11,8%
Riabilitative	479	452	6,0%	491	436	12,6%	374	413	-9,4%
Terapeutiche	544	473	15,0%	534	473	12,9%	515	457	12,7%
Visite ambulatoriali	1.381	1.497	-7,7%	1.303	1.491	-12,6%	1.239	1.356	-8,6%

Tasso di fuga (%)	2010		2011		2012	
	IMOLA	MEDIA R.E.R. fuori Az	IMOLA	MEDIA R.E.R. fuori Az	IMOLA	MEDIA R.E.R. fuori Az
Diagnostica	22,93	9,43	24,52	9,61	23,88	9,71
Laboratorio	10,68	4,40	12,28	4,62	12,46	4,79
Riabilitative	6,61	4,24	8,06	4,48	11,19	4,53
Terapeutiche	28,26	11,04	30,28	11,28	31,84	11,02
Visite ambulatoriali	23,36	8,00	26,33	8,41	25,72	8,91

In Tabella 2.52 si rappresentano i volumi di prestazioni specialistiche per esterni (non in regime di ricovero e non in libera professione) garantiti dalle strutture aziendali e distinti per dipartimento, a favore di cittadini imolesi e di fuori azienda. Si registra complessivamente un decremento pari a -2,26%; in incremento risultano alcuni segmenti di prestazioni relative alle discipline di otorino, cardiologia, gastroenterologia, oncologia, day hospital internistico, psichiatria adulti, consultorio familiare, igiene e sanità pubblica.

Tabella 2.52 - Volumi prestazioni specialistiche per Dipartimenti aziendali. Anni 2011-2012

DIPARTIMENTI	2011	2012	% Scost.
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	107.134	107.468	0,31%
DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA	9.658	9.936	2,88%
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP. PATOLOGICHE	315	377	19,68%
DIREZIONE MEDICA E INFERMIERISTICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	4.830	3.954	-18,14%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	112.386	108.044	-3,86%
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	1.481.218	1.454.387	-1,81%
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	88.294	82.916	-6,09%
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	31.175	28.509	-8,55%
DIPARTIMENTO MEDICO	125.839	120.957	-3,88%
TOTALE GENERALE	1.960.849	1.916.548	-2,26%

Di seguito (Tabella 2.53) gli indici di *performance* sui tempi di attesa per macro categoria a confronto con la media regionale. Gli standard regionali prevedono come tempo massimo di attesa per prestazioni Diagnostiche, Riabilitative e Terapeutiche 60 giorni in almeno il 90% dei casi, mentre per Visite specialistiche 30 giorni nel 90% dei casi.

Nel 2012 si conferma una buona *performance* sul Laboratorio e per quanto riguarda le altre categorie sono in corso azioni di miglioramento. Per un'analisi focalizzata sulle singole prestazioni si rimanda anche alla [Sezione 3, par. 3.2.2 "Governare delle liste di attesa"](#).

Tabelle 2.53 – Indici di performance sui tempi di attesa, confronto RER. Periodo 2010 - 2012

% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2010		2011		2012	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
diagnostica	< 30 gg	35,59	49,32	36,32	50,04	34,58	52,87
	< 60 gg	65,17	70,76	63,36	69,44	62,62	71,70
	> 90 gg	20,64	16,98	24,30	18,75	22,86	17,49
% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg		2010		2011		2012	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
laboratorio	< 30 gg	94,05	90,38	93,95	90,27	93,77	97,17
	< 60 gg	98,24	96,79	97,72	96,33	97,70	96,29
% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2010		2011		2012	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
riabilitative	< 30 gg	50,92	73,52	52,17	73,04	54,10	72,65
	< 60 gg	72,52	87,16	75,06	87,68	74,83	85,54
	> 90 gg	21,48	8,04	18,39	7,50	18,47	8,73
% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2010		2011		2012	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
terapeutiche	< 30 gg	71,90	60,41	72,76	55,23	68,97	57,43
	< 60 gg	86,94	79,04	87,35	75,72	77,40	76,60
	> 90 gg	8,51	13,32	8,22	13,80	14,23	12,77
% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2010		2011		2012	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
visite ambulatoriali	< 30 gg	43,37	47,79	44,42	47,50	44,96	46,65
	< 60 gg	67,92	69,93	65,04	68,34	62,46	67,10
	> 90 gg	17,47	18,23	27,87	20,16	27,39	21,09

2.3.3 Assistenza ospedaliera

Struttura dell'offerta. L'AUSL di Imola è dotata di un Presidio Ospedaliero articolato su due Stabilimenti (Imola e Castel San Pietro Terme). I **posti letto direttamente gestiti** sono pari a **404**, distinti in: **362 PL ordinari; 28 PL Day Hospital; 14 PL Day Surgery.**

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

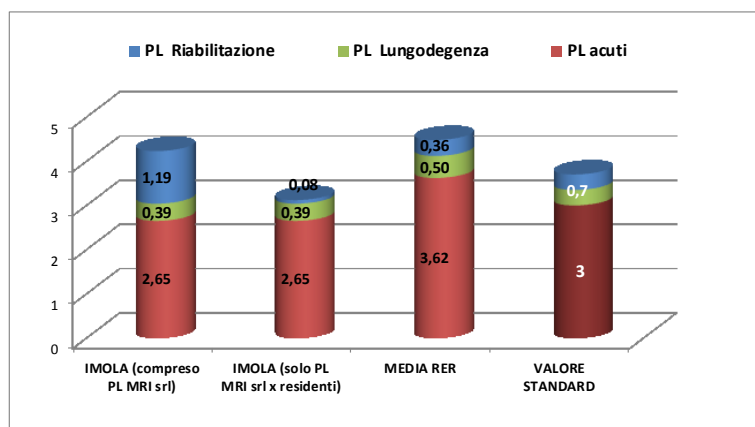
Nella tabella che segue si evidenzia una dotazione di PL per 1.000 abitanti pari a 4,24, considerati anche i PL di Montecatone che si inserisce in una funzione di riabilitazione sovraaziendale.

Se si tiene conto, per quanto riguarda questi ultimi PL, solamente del fabbisogno per i residenti, il rapporto risulta di 3,12 PL per 1.000 abitanti. Se si considera nella determinazione dei PL il saldo di mobilità (0,77 PL) complessivamente l'indicatore di PL per 1.000 abitanti risulta di 3,89.

Lo standard fissato a livello nazionale, come nel grafico in Figura 2.54, stabilisce un parametro di 3,7 PL/1.000 abitanti, comprensivi dello 0,7 PL per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Figura 2.54 - Posti Letto dell'AUSL di Imola, per tipologia, a confronto con le AUSL senza AO. Periodo 2010-2012

POSTI LETTO	2010				2011				2012			
	PL acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot	PL acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot	PL acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot
IMOLA (compreso PL MRI srl)	2,69	0,40	1,21	4,30	2,69	0,39	1,20	4,28	2,65	0,39	1,19	4,24
IMOLA (solo PL MRI srl x residenti)	2,69	0,40	0,08	3,17	2,69	0,39	0,08	3,16	2,65	0,39	0,08	3,12
MEDIA RER	3,58	0,52	0,36	4,46	3,74	0,52	0,36	4,62	3,62	0,50	0,36	4,48



Tasso di ospedalizzazione standardizzato. Di seguito viene rappresentato il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti (comprensivo dei ricoveri dei residenti in mobilità) che si conferma uno dei migliori dati a livello regionale (161,65), inferiore al valore medio regionale (164,14) e in netto calo rispetto al 2011 (168,03).

Tabella 2.55 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per ambiti aziendali RER. Periodo 2010-2012

Tasso standardizzato di ospedalizzazione	2010				2011				2012			
	Ordinari	DH Medici	DH Chirurgici	Totale	Ordinari	DH Medici	DH Chirurgici	Totale	Ordinari	DH Medici	DH Chirurgici	Totale
IMOLA	133,95	20,14	19,41	173,5	130,21	19,38	18,44	168,03	127,55	19,20	14,90	161,65
Media RER	131,21	20,52	23,05	174,8	128,02	20,10	21,95	170,07	125,33	19,46	19,35	164,14

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, con una propensione ad una maggiore attrazione intraregionale.

Tabella 2.56 – Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle AUSL e confronto RER. Periodo 2010-2012

AZIENDE	2010			2011			2012		
	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	75,0	16,0	9,0	74,3	16,7	9,0	74,1	16,4	9,5
RER	75,9	10,2	13,8	75,3	10,2	14,5	75,8	10,0	14,2

Mobilità attiva complessiva. Il 2012 presenta una leggera diminuzione del 2% rispetto ai valori del 2011 in termini di ricoveri, mentre per quanto riguarda l'aspetto economico si registra un aumento del 6%, pari ad un importo di € 546.348. Le unità operative che registrano i maggiori aumenti di attrazione sono: l'oncologia (+32%), la lungodegenza (+24%), psichiatria (+21%), gastroenterologia (+17%).

Mobilità passiva infra-RER. Rispetto al 2011, la mobilità passiva 2012 registra una riduzione (-4% ricoveri e -3% in termini di importi): 7.011 ricoveri nel 2012 vs 7.317 nel 2011, con un risparmio di spesa di € 770.179. Maggiormente marcata la riduzione verso le strutture private accreditate: il privato infra-RER si riduce, infatti, del 17% come volumi di attività e del -12% come valore economico. In Tabella 2.57 si riportano i valori dei dimessi per le discipline presenti in azienda, con evidenziata la parte in mobilità passiva e il conseguente indice di dipendenza a livello aziendale.

Tabella 2.57 – Mobilità passiva e indice di dipendenza popolazione residente per ricoveri ospedalieri in discipline presenti nel Presidio. Anni 2011 e 2012

Discipline	numero dimessi				indice di dipendenza	
	2011		2012		2012	
	mobilità passiva	Ausl Imola	mobilità passiva	Ausl Imola	% mobilità passiva	% Ausl Imola
chirurgia generale	701	1.691	595	1.458	29,0	71,0
oculistica	168	387	138	218	38,8	61,2
ortopedia/traumatologia	1.260	917	1.163	959	54,8	45,2
otorinolaringoiatria	406	490	423	443	48,8	51,2
urologia	309	653	261	710	26,9	73,1
Dip.to chirurgico	2.844	4.138	2.580	3.788	40,5	59,5
gastroenterologia	89	35	74	62	54,4	45,6
geriatria	33	507	23	688	3,2	96,8
lungodegenza	81	1.204	74	1.159	6,0	94,0
medicina generale	447	1.960	423	1.801	19,0	81,0
day hospital	2	203	4	190	2,1	97,9
oncologia	427	426	368	484	43,2	56,8
Dip.to medico	1.079	4.335	966	4.384	18,1	81,9
ostetricia/ginecologia	635	2.129	691	2.004	25,6	74,4
pediatria	155	866	137	850	13,9	86,1
Dip.to materno infantile	790	2.995	828	2.854	22,5	77,5
cardiologia	272	837	313	868	26,5	73,5
UTIC	11	44	11	52	17,5	82,5
medicina urgenza	44	970	50	950	5,0	95,0
rianimazione	47	184	50	236	17,5	82,5
Dip.to emergenza-acc.	374	2.035	424	2.106	16,8	83,2
psichiatria	21	260	27	246	9,9	90,1
TOTALE	5.108	13.763	4.825	13.378	26,5	73,5

Si può notare una riduzione di mobilità passiva per l'ortopedia, l'oncologia e la chirurgia generale, mentre si registra un aumento per la cardiologia, l'ostetricia-ginecologia e la terapia intensiva.

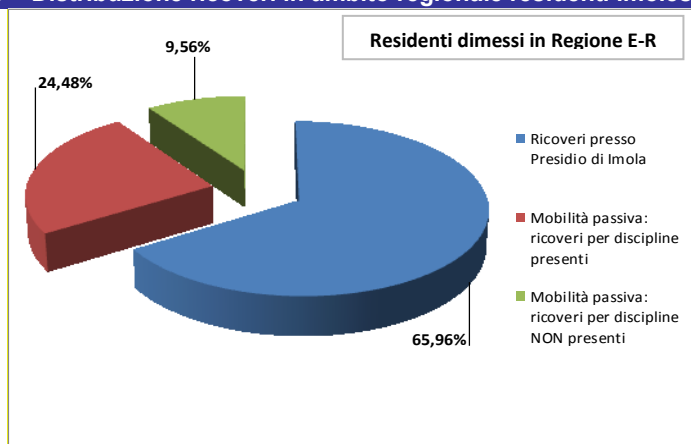
A completamento si riportano in Tabella 2.58 i casi di mobilità passiva per le discipline non presenti nel presidio ospedaliero imolese. I dati mostrano una leggera riduzione rispetto al 2011 in particolare per quanto riguarda l'alta specialità di cardiocirurgia e neurochirurgia.

Tabella 2.58 - Mobilità passiva per discipline NON presenti nel presidio. Anni 2011 e 2012

Discipline NON presenti nel Presidio	numero dimessi	
	2011	2012
cardiocirurgia	89	75
neurochirurgia	210	170
ematologia	118	121
chirurgia vascolare	132	127
chirurgia toracica	62	72
chirurgia pediatrica	180	197
neonatologia	77	61
pneumologia	131	131
radioterapia oncologica	52	65
chirurgia maxillofaciale	81	87
encoematologia pediatrica	49	56
riabilitazione	159	159
altro	655	865
TOTALE	1.995	2.186

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

Figura 2.59 – Distribuzione ricoveri in ambito regionale residenti imolesi. Anno 2012



Attività ospedaliera. In Tabella 2.60 si rappresenta l'attività di degenza ordinaria con l'andamento della casistica in regime di ricovero ordinario dal 2010 al 2012. Gli scostamenti, rispetto al 2011, evidenziano un consolidamento dell'attività che presenta un sostanziale mantenimento del numero dei casi (-8).

Tabella 2.60 - Indicatori di attività di degenza ordinaria. Periodo 2010-2012

Indicatori di attività di degenza ordinaria					
DEGENZA ORDINARIA				Scost. 2011-2012	
	2010	2011	2012	v.a.	%
N° casi (escluso Nido e Montecatone)	14.323	13.856	13.848	-8	-0,06%
<i>di cui DRG Medici</i>	8.633	8.396	8.372	-24	-0,29%
<i>di cui DRG Chirurgici</i>	5.690	5.460	5.476	16	0,29%
DRG Peso medio	1,034	1,047	1,056	0,030	0,86%
Degenza media	8,35	8,32	8,28	-0,04	-0,48%
% DRG Medici	60,3%	60,6%	60,5%		
% DRG Chirurgici	39,7%	39,4%	39,5%		

In Tabella 2.61 si presentano gli [indici di performance sui tempi di attesa](#) per gli interventi chirurgici e la chemioterapia, oggetto di monitoraggio regionale a confronto con i dati 2011. Rispetto agli standard regionali, l'AUSL di Imola mantiene un buon livello su l'[area oncologica](#). Sull'attività di chemioterapia e di chirurgica del tumore dell'utero lo standard dei 30 giorni è prossimo al 100%, mentre per le altre prestazioni chirurgiche si registra una leggera flessione. Quanto alle altre prestazioni ospedaliere monitorate si evidenzia un generale miglioramento ad eccezione dell'intervento per l'ernia inguinale.

Tabella 2.61 - Tempi di attesa per intervento programmato dell'AUSL di Imola. Anni 2011 e 2012

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)	2011	= 100% 1-30 gg	3	2,6	99,2	99,7	99,7	99,7	100	
	2012		1	6,6	98,8	99,5	99,5	99,5	99,5	0,5
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	2011	= 100% 1-30 gg	16,5	0	100					
	2012		18	5,3	94,4	100				
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	2011	= 100% 1-30 gg	18	0	87,9	100				
	2012		15	0	78,9	97,4	100			
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	2011	= 100% 1-30 gg	40	0	30,2	79,4	98,4	100	96,7	3,3
	2012		41	0	25,0	86,3	96,3	100		
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (r. ordinario)	2011	= 100% 1-30 gg	15	0	97,1	100				
	2012		19	0	84,6	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)	2011	non definito	14	1,8	73,2	85,7	92,9	92,9	96,4	3,6
	2012		9	5,1	84,0	96,0	98,7	98,7	98,7	1,3
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	2011	≥ 50% 1-90 gg ≥ 90% 1-180 gg	87,0	0,0	7,3	26,7	54,7	75,3	89,3	10,7
	2012		95,5	0,0	4,3	19,5	44,5	67,1	92,1	7,9
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	2011	non definito	140,0	0,0	4,5	15,9	28,4	44,9	65,9	34,1
	2012		116,0	0,0	14,3	35,7	35,7	53,6	89,3	10,7
EMORROIDECTOMIA (DH)	2011	non definito	75,0	1,5	15,2	36,4	60,6	89,4	100,0	
	2012		104,0	0,0	9,2	31,6	47,4	59,2	82,9	17,1
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO (DH)	2011	non definito	1,5	71,4	100,0					
	2012		1,0	85,7	100,0					
TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	2011	non definito	68,5	0,0	13,3	42,9	69,9	88,3	94,9	5,1
	2012		67,0	0,0	18,8	45,3	66,3	79,6	97,8	2,2

Pronto Soccorso e struttura dell'emergenza. Gli accessi al PS, nel 2012, sono stati 55.395, con un indice di accesso per 1.000 abitanti pari a 397,78 vs un indice regionale di 367,94. Anche nel 2012, si registra una riduzione degli accessi al PS generale e ai PS di disciplina specialistica, nel complesso pari a -4,7%.

Tabella 2.62 - Accessi al PS per box. Periodo 2010-2012

Box Pronto Soccorso	2010	2011	2012	Scost. v.a. 2011-2012	Scost. % 2011-2012
PS GENERALE	38.850	37.705	36.277	-1.428	-3,8
PS GINECOLOGICO	4.508	4.445	4.036	-409	-9,2
PS OCULISTICO	3.049	2.950	2.940	-10	-0,3
PS ORTOPEDICO	6.998	6.843	6.448	-395	-5,8
PS PEDIATRICO	5.832	6.170	5.694	-476	-7,7
Totale	59.237	58.113	55.395	-2.718	-4,7

In Tabella 2.63 un trend sostanzialmente stabile dei ricoveri da PS, con un indice di filtro 2012 pari al 16%, al di sopra di quello medio regionale (13,5%).

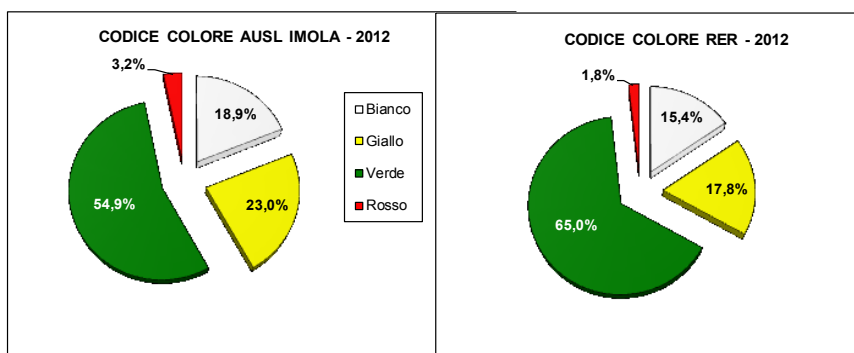
Tabella 2.63 - Filtro al ricovero del PS negli ambiti aziendali RER. Anni 2010-2012

INDICE DI FILTRO	2010			2011			2012			
	ricoveri	tot. accessi	% ricoveri / accessi	ricoveri	tot. accessi	% ricoveri / accessi	ricoveri	tot. accessi	% ricoveri / accessi	Var. % accessi 2010-2012
Ausl Imola	9.220	59.231	15,6%	8.990	58.064	15,5%	9.013	55.329	16,0%	-6,6%
Totale Regione	255.021	1.826.192	14,0%	253.188	1.864.513	13,6%	243.767	1.801.925	13,5%	-1,3%

A conclusione si presenta la distribuzione degli accessi per codice colore. La quota di codici bianchi risulta del 18,9%, in diminuzione rispetto al dato del 2011 (20,6%), ma superiore al dato medio regionale (15,4%). I codici verdi risultano pari al 54,9%, contro il 65% del livello regionale.

Figura 2.64 - Distribuzione per codice colore degli accessi al PS. Anno 2012 e confronto RER

AUSL IMOLA	Bianco	Giallo	Verde	Rosso	Totale
Val. assoluti	10.433	12.746	30.354	1.796	55.329
%	18,9%	23,0%	54,9%	3,2%	100,0%
AUSL RER	Bianco	Giallo	Verde	Rosso	Totale
Val. assoluti	280.688	323.394	1.183.779	33.225	1.821.086
%	15,4%	17,8%	65,0%	1,8%	100,0%



In Tabella 2.65, i volumi di attività dell'OBI confrontati con quelli medi regionali (si tratta di accessi non seguiti da ricovero) registrano, rispetto al 2011, un calo di circa il 12%, effetto degli interventi rivolti al miglioramento dell'appropriatezza nel ricorso al PS e al contempo di un decremento di contesto.

Tabella 2.65 – Accesi in OBI e % accessi sul totale accessi in PS e confronto RER. Periodo 2010-2012

Accessi in OBI	2010		2011		2012	
	accessi OBI	%su accessi totali	accessi OBI	%su accessi totali	accessi OBI	%su accessi totali
IMOLA	3.662	6,2%	4.230	7,3%	3.730	6,7%
RER	74.116	4,1%	74.123	4,0%	80.364	4,5%

Donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule. Nel 2012, in Italia, il numero di donatori per milione di abitanti si è attestato ad un valore di 20,2 donatori effettivi, mentre in Emilia-Romagna è risultato pari a 26,3, confermandosi al di sopra della media nazionale.

In particolare, le segnalazioni di potenziali donatori di organi effettuate al Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna sono state 198 (-4,8% rispetto al 2011) i donatori effettivi 114 (+11,8%), gli utilizzati 110 (+14,6%). Da segnalare invece una riduzione delle opposizioni alla donazione in regione: 25,3% nel 2012 rispetto al 28,4% del 2011.

Prelievo di sangue cordonale. L'AUSL di Imola è molto attiva nel prelievo del sangue cordonale ombelicale, nell'ambito di un progetto che, dal 2002, ha visto realizzate 1.091 donazioni di sangue cordonale, grazie alla collaborazione di Medici Ginecologi, Ostetriche e Pediatri di Libera Scelta (PdS). L'importanza del sangue cordonale risiede nel fatto che contiene cellule staminali identiche a quelle presenti nel midollo osseo e capaci di generare globuli rossi, bianchi e piastrine. Si ricorda che, circa il 40-50% dei pazienti affetti da leucemie e linfomi, per i quali è necessario il trapianto di midollo osseo, non dispone di un donatore compatibile nell'ambito familiare o nei registri internazionali dei donatori volontari e che il sangue del cordone può sostituire il midollo osseo di donatore per effettuare il trapianto. E' durante i corsi di preparazione al parto o in occasione delle visite ostetriche, che le future mamme vengono informate della possibilità di donare sangue cordonale. All'ingresso in ospedale per il parto, la donna che vuole effettuare la donazione (che risponda ai requisiti necessari) esprime il suo consenso scritto e la disponibilità a sottoporsi alle analisi di controllo. Il prelievo di sangue cordonale è un'operazione semplice e rapida, senza rischi e sofferenza per il neonato e la madre, perché avviene a cordone già stato reciso. Nel 2012 le donazioni di cordone sono state 136 (123 nel 2011).

Prelievi d'Organo. Per quanto riguarda la situazione locale, dal 2005, sono stati effettuati 23 prelievi in altrettanti donatori. Solo 4 le opposizioni su 27 accertamenti di morte encefalica. Nel 2012 non si sono avute opposizioni nei 4 accertamenti eseguiti (di cui 2 risultati però non idonei). Nei primi mesi del 2013 è stata eseguita una donazione multi tessuto in cui è stato possibile

prelevare cornee (Banca Cornee di Imola), cute (Banca di Cesena), tessuto muscolo-scheletrico (prelevato dall'équipe dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna).

Donazione sangue e attività trasfusionale. Il Servizio di Medicina Trasfusionale dell'AUSL di Imola contribuisce in modo attivo al perseguimento ed al mantenimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati, attraverso una attività di raccolta, da molti anni riconosciuta come una delle più efficienti in Italia e una costante attenzione all'utilizzo appropriato della risorsa sangue. Inoltre, in relazione agli impegni assunti dalle aziende del SSR rispetto al Piano Sangue e Plasma 2011-2013, il Servizio, in stretta sinergia con il Servizio Immunoematologia Medicina Trasfusionale dell'Ospedale Maggiore di Bologna da cui dipende funzionalmente, ha garantito:

- costante analisi dei processi trasfusionali a garanzia della tracciabilità delle unità trasfusionali e per l'identificazione univoca dei pazienti trasfusi.
- Partecipazione alla 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.
- Attivazione del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue continuamente collegato all'attività provinciale (CRS).

Si riportano di seguito i principali dati che descrivono l'attività effettuata nel 2012: sono state raccolte, in termini assoluti, oltre 13.500 unità di sangue intero e di plasma da aferesi che rapportate alla popolazione residente corrispondono a 118 unità ogni 1.000 abitanti e confermano l'eccellente risultato già registrato negli anni precedenti, che pone Imola ai vertici nazionali, oltre ad incidere per oltre il 20% sulla raccolta a livello provinciale e del 5,4% sul totale regionale.

Tabelle 2.66 - Programma Sangue nelle Provincie RER e nell'AUSL di Imola. Anni 2011 e 2012

Programma speciale sangue	2011			2012		
	raccolta	consumi	saldo	raccolta	consumi	saldo
Piacenza	15.568	13.586	1.982	15.372	13.583	1.789
Parma	29.792	27.168	2.624	29.762	27.400	2.362
Reggio Emilia	23.689	19.879	3.810	22.744	21.425	1.319
Modena	37.008	32.382	4.626	35.574	32.568	3.006
Bologna (*)	62.907	68.757	-5.850	61.784	69.133	-7.349
di cui Imola	12.925	5.386	7.539	13.562	6.116	7.446
Ferrara	22.526	23.153	-627	22.368	23.035	-667
Area vasta Romagna (**)	62.510	59.712	2.798	62.181	58.930	3.251
TOTALE	254.000	244.637	9.363	249.785	246.074	3.711

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

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

Nel 2012 sono stati accolti oltre 6.000 donatori di sangue e plasma su una popolazione totale di circa 131.000 abitanti, pari a 57 donatori per 1.000 abitanti, rispetto ad una media nazionale di circa 32 e di 46 nella nostra regione.

Tabelle 2.67 - Programma Sangue: indicatori di efficienza. Anno 2012

Media per 1.000 abitanti	IMOLA	RER	ITALIA	OMS
DONATORI	57	46	32	40
DONAZIONI	118	70	41	40
TRASFUSIONI	41	57	39	40
Efficienza	IMOLA	RER	ITALIA	OMS
UNITA' RACCOLTE / UNITA' DI ORGANICO DEDICATO	1.250	800	500	500

(*) L'OMS non fissa uno standard per i donatori: si ritengono necessarie 40 donazioni per 1.000 ab. anno ed i donatori debbono essere sufficienti per raggiungere questo obiettivo

Il Centro Raccolta Sangue dell'AUSL di Imola raccoglie ben oltre il 200% del proprio fabbisogno, contribuendo in misura significativa, con le eccedenze, all'autosufficienza di emocomponenti della Provincia di Bologna e della Regione. Il settore Ambulatorio di Medicina Trasfusionale nel 2012 ha raccolto circa 200 donazioni autologhe (autodonazioni che vengono proposte dai medici dei reparti chirurgici ai pazienti candidati ad interventi chirurgici per cui si prevede una ingente perdita di sangue) e da ottobre ha iniziato l'attività di trasfusioni ambulatoriali effettuando oltre 2.000 prestazioni ambulatoriali per i cittadini residenti; sono stati eseguiti oltre 40.000 esami di immunoematologia eritrocitaria (gruppi sanguigni, ricerca anticorpi, ecc.) per pazienti ricoverati e per esterni. Sono state assegnate e trasfuse, con elevati livelli di appropriatezza d'uso, circa 6.000 unità di globuli rossi, piastrine e plasma, a pazienti ricoverati presso l'ospedale di Imola, di Castel San Pietro Terme e Montecatone *Rehabilitation Institute*; a pazienti ricoverati presso strutture protette per anziani del territorio e sottoposti a terapia a domicilio.

Banca delle Cornee. La Banca delle Cornee, afferente all'Unità Operativa di Oculistica, nata a Imola nel 1998, unica filiale della Banca delle Cornee regionale di Bologna, raccoglie, conserva e distribuisce cornee a scopo di trapianto, garantendone tracciabilità, qualità, idoneità e sicurezza. L'AUSL di Imola rappresenta in Regione un importante punto di riferimento per il trapianto di cornea e ciò grazie all'attività di studio della sua équipe. Si contraddistingue anche per le attività di ricerca clinica a livello internazionale, in particolare nella produzione di lamelle corneali e di prodotti a base di membrana amniotica per la terapia delle patologie della superficie corneale. E' proprio in tale sede che, prima in Italia e tra le prime a livello internazionale, è iniziata una lunga ricerca sull'utilizzo non chirurgico di estratti di membrana amniotica nella terapia delle patologie di superficie della cornea. La membrana amniotica, infatti, favorisce la riepitelizzazione della cornea, ha un'azione antiinfiammatoria e inibisce i processi neovascolari. Il suo impianto viene utilizzato in oculistica per promuovere la cicatrizzazione di difetti epiteliali cronici della cornea e la novità sta nel fatto che a parità di efficacia, viene eliminata ogni procedura chirurgica e garantito l'utilizzo del prodotto dal paziente ad oltranza essendo somministrabile localmente come un collirio.

Per quanto riguarda l'attività 2012, come mostra la Tabella 2.68, la [Banca delle Cornee](#) di Imola, ha prelevato 150 cornee da 75 donatori idonei. Ha prelevato e processato 7 membrane amniotiche, provenienti da donazioni di placenti di partorienti sane che hanno effettuato taglio cesareo. Questo tessuto, una volta arrivato in banca, subisce due diverse lavorazioni: la prima

destinata alla chirurgia oftalmologica e la seconda, come dettagliato sopra, destinata alla produzione di un estratto di membrana amniotica omogeneizzata utilizzabile come collirio

Tabelle 2.68 – Donazione e trapianti di organi, tessuti e cellule. Anno 2012

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

La [Banca delle Cornee](#) a distanza di 14 anni dalla sua nascita è stata collocata in una nuova struttura presso il blocco operatorio dell'Ospedale. I nuovi locali (circa 60 mq) garantiscono l'attività di manipolazione di tessuti e cornee ad uso di trapianto, in condizioni di assoluta pulizia e purezza dell'aria, nel rispetto di elevati standard di qualità, oltre che con l'adozione di precise procedure da parte del personale. Gli interventi strutturali garantiscono un ambiente "a contaminazione controllata" (camera bianca o *clean room*), in modo che l'aria con cui il prodotto viene a contatto, abbia un contenuto di agenti inquinanti (microrganismi o particelle inerti), inferiore ad un determinato numero per unità di volume. L'impianto di trattamento e filtro dell'aria, completamente dedicato, immette aria sterile attraverso filtri assoluti. E' stato infine installato un sistema informatizzato di monitoraggio delle temperature dei sistemi (incubatori, frigoriferi e congelatori) a temperatura controllata, atto a certificare la corretta conservazione del materiale contenuto e a fornire segnalazioni tempestive di allarme in caso di malfunzionamento che provochi innalzamento o abbassamento critico della temperatura.

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

Tabella 2.69 - Qualità dell'assistenza: indicatori di processo e risultato dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2010 - 2012

1 - Intervento chirurgico per frattura collo del femore	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero	66	2.840	76	3.148	109	3.691
Totale ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	203	6.651	172	6.402	240	6.648
% interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero	32,5%	42,7%	44,2%	49,2%	45,4%	55,5%
2 - Parti con taglio cesareo primario	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro parti con taglio cesareo primario di donne residenti in Regione	228	7.846	209	7.388	159	6.835
Totale parti di donne residenti	1.033	36.865	946	35.466	922	34.485
% parti con taglio cesareo primario	22,1%	21,3%	22,1%	20,8%	17,2%	19,8%
3 - Intervento di colecistectomia laparoscopica	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	27	5.013	39	4.710	28	4.897
Totale ricoveri con intervento di colecistectomia	34	5.618	39	5.189	31	5.322
% ricoveri con intervento di colecistectomia	79,4%	89,2%	100,0%	90,8%	90,3%	92,0%

4 - Ricoveri per scompenso cardiaco congestizio	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per scompenso cardiaco congestizio in pazienti residenti di età > 18 anni	367	15.487	335	15.206	323	14.796
Popolazione residente di età > 18 anni residente (2011: pop. aggiornata al 2010)	110.341	3.736.626	110.846	3.753.626	110.846	3.753.626
Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio (*10.000 residenti)	33,3	41,4	30,2	40,5	29,1	39,4
5.1 - Mortalità entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI per azienda sanitaria di ricovero (*)	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI per azienda sanitaria di ricovero	36,2%	16,0%	22,2%	14,0%	22,7%	15,0%
5.2 - Mortalità entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI per Azienda Sanitaria di ricovero (*)	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI per azienda sanitaria di ricovero	6,3%	7,5%	5,5%	8,1%	3,8%	6,7%
6 - Diabete con complicazioni a breve termine	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per complicanze a breve termine per diabete in pazienti residenti di età > 18 anni	64	1.753	53	1.545	46	1.326
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2012 aggiornata al 2011)	110.363	3.737.396	110.867	3.754.530	110.867	3.754.530
Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici (*10.000 residenti)	5,80	4,69	4,78	4,12	4,15	3,53
6.1 - Diabete con complicazioni a lungo termine	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per complicanze a lungo termine per diabete in pazienti residenti di età > 18 anni	161	8.945	151	8.814	164	8.311
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2012 aggiornata al 2011)	110.363	3.737.396	110.867	3.754.530	110.867	3.754.530
Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici (* 10.000 residenti)	14,59	23,93	13,62	23,48	14,79	22,14
6.2 - Ricoveri per amputazione arti inferiori in pazienti diabetici	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici residenti di età > 18 anni	22	358	14	325	14	329
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2012 aggiornata al 2011)	110.341	3.736.626	110.846	3.753.626	110.846	3.753.626
Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici (*10.000 residenti)	0,2	0,1	1,3	0,9	1,3	0,9
7 - Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per polmonite e influenza in pazienti residenti di età > 65 anni	11	406	12	496	18	528
Popolazione residente di età > 65 anni (Popolazione 2012 aggiornata al 2011)	29.292	986.075	29.804	1.003.546	29.804	1.003.546
Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite e influenza in pazienti anziani (*10.000 residenti)	3,76	4,12	4,03	4,94	6,04	5,26
8 - Ospedalizzazione per cause "evitabili"	2010		2011		2012	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri "evitabili" di pazienti residenti (in diagnosi principale: diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, malattie polmonari croniche)	388	17.735	392	16.817	349	16.462
Popolazione residente (Popolazione 2012 aggiornata al 2011)	131.961	4.432.439	132.637	4.459.246	132.637	4.459.246
Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause "evitabili" (*10.000 residenti)	29,4	40,0	29,6	37,7	26,3	36,9
9 - Ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione	2010		2011		2012	
	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)	210	6.116	224	5.929	234	5.484
Totale ricoveri pazienti residenti in Regione	11.250	425.954	10.822	419.989	10.772	413.158
% ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione	1,9%	1,4%	2,1%	1,4%	2,2%	1,3%
10 - Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per stroke per azienda sanitaria di ricovero (*)	2009		2010		2011	
	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	44	1.777	56	1.832	44	1.644
Totale ricoveri in urgenza per stroke di pazienti residenti di età > =18 anni	256	9.309	299	9.816	264	9.404
% decessi entro 30 giorni dopo ricovero in urgenza per stroke	17,2%	19,1%	18,7%	18,7%	16,7%	17,5%

(*) Indicatori non aggiornati al 2012 in quanto non completi i dati del flusso REM

Sezione 2 - Sintesi principali indicatori

INDICATORE/INFO	AUSL IMOLA	REGIONE E-R
SOSTENIBILITA' ECONOMICA		
Finanziamento pro-capite	€ 1625,78	€ 1.610,84
Costo pro capite ponderato (2011)	€ 1.840,93	€ 1.850,84
Risultato d'esercizio 2012	€ 0	-
Costo pro capite assistenza farmaceutica	€ 180,31	€ 184,52
ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO		
Avanzamento prog. Screening Tumore collo dell'utero	98,4%	98,4%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (45 – 49)	100%	85,6%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (50 – 69)	100%	96,1%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (70 – 74)	100%	95,2%
Avanzamento prog. Screening Tumore colon retto	91,9%	95,5%
Tasso copertura vaccinale antiinfluenzale (over 65 anni)	58,0%	55,4%
Copertura vaccinale HPV corte nascita 1997 (1 dose; 3 dosi)	95,6%; 93,6%	78,2%; 75,2%
Copertura vaccinale HPV corte nascita 1998 (1 dose; 3 dosi)	88,4%; 86,1%	78,4%; 75,4%
Copertura vaccinale HPV corte nascita 1999 (1 dose; 3 dosi)	84,9%; 81,3%	75,2%; 71,6%
Ambienti di lavoro: unità controllate	11,0%	10,6%
Aziende alimentari: unità controllate	33,5%	31,5%
ASSISTENZA DISTRETTUALE		
PL residenziali per 1.000 ab. anziani (2011)	38,2	32,5
PL semiresidenziali per 1.000 ab. anziani (2011)	3,3	6,1
PL Hospice	12	273
Pazienti seguiti dal DSM	2273	78.133
TSO su ricoveri SPDC	16,5%	16,1%
Gravissime disabilità prese in carico	29	1.306
Tasso consumo standardizzato (*1.000 ab.) specialistica ambulat.	1.239	1.356
Visite ambulatoriali entro 30 gg	44,96%	46,65%
Prestazioni diagnostiche entro 60 gg	62,62%	71,70%
ADI: % TAD ad alta intensità assistenziale	22,2%	10,9%
% MMG organizzati in forma associata	98%	-
ASSISTENZA OSPEDALIERA		
PL pubblico e privato per 1.000 ab.	4,24	4,48
Tasso standardizzato ospedalizzazione per 1.000 ab.	161,65	164,14
Indice accessi PS per 1.000 ab.	397,78	367,94
Indice filtro ricovero PS	16%	13,5%
Accessi OBI su accessi PS	6,7%	4,5%
Degenza media	8,28	-
Peso medio DRG	1,056	-
Parti con taglio cesareo primario	17,2%	19,8%
Intervento chirurgico entro 2 gg frattura collo femore	45,4%	55,5%
Ospedalizzazione per cause evitabili	26,3%	36,9%
Tasso osp. polmonite ed influenza anziani * 10.000 ab.	6,04	5,26

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria

3.1.1 Nuovo Circondario Imolese (NCI)

La Legge Regionale 29/2004 di riorganizzazione del sistema sanitario regionale delinea la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria quale organo deputato alla programmazione sociale e sanitaria, in coerenza con il più ampio ruolo riconosciuto agli Enti Locali nel governo delle Aziende Sanitarie e dei Distretti. Gli Enti Locali del territorio imolese stanno consolidando questo ruolo nel nuovo sistema di *governance* socio-sanitario tramite il [Nuovo Circondario Imolese](#).

Espressione istituzionale e di rappresentanza delle comunità locali, il NCI costituisce la sede naturale dell'analisi e dell'elaborazione delle scelte strategiche e delle priorità di intervento, garantendo il coinvolgimento di tutti i soggetti preposti. La Giunta del NCI, riassumendo in sé le funzioni di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e di Comitato di Distretto per il nostro territorio, con la collaborazione dell'Ufficio di Piano, opera per raccordare i diversi livelli (regionale, provinciale e locale) e strumenti di pianificazione (Piano per la Salute, Piano di Zona per la salute e il benessere sociale, Piano strategico aziendale e Piano attuativo locale).

Figura 3.1 - La Programmazione integrata, secondo il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008/2010



3.1.2 La *governance* nei servizi ad integrazione socio-sanitaria

L'attenzione nei confronti dei cittadini affetti da patologie associate a diversi bisogni assistenziali e delle fasce più deboli della popolazione, ha richiesto l'attivazione di percorsi assistenziali in grado di assicurare una piena presa in carico del paziente e una forte integrazione tra erogatori di prestazioni sanitarie e sociali, nei tempi e nelle modalità, al fine di garantire la continuità

assistenziale. Questo approccio, negli ultimi anni, ha determinato un rafforzamento delle relazioni tra Azienda ed Enti Locali, in termini di programmazione, di gestione ed erogazione dei servizi stessi. L'AUSL di Imola e i Comuni, quest'ultimi tramite l'Azienda Servizi alla Persona (ASP), condividono attività assistenziali a livello domiciliare, residenziale e semi-residenziale per anziani non autosufficienti e disabili. Va segnalato, inoltre, il contributo dei vari soggetti sociali del privato *non-profit*, volontariato, cooperative sociali, ecc..

Figura 3.2 – Governance nei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria



Accreditamento dei servizi socio-sanitari. Nel corso del 2012 sono stati rivisti i contratti coi soggetti gestori dei servizi in ambito socio-sanitario, stipulati a luglio 2011, per apportare modifiche ed integrazioni in merito alla nuova classificazione degli ospiti (*case mix*), alla rideterminazione del costo del lavoro e alle possibili variazioni negli elementi di flessibilità.

Il progressivo adeguamento ai parametri della direttiva regionale, per il personale sanitario, ha determinato un incremento delle ore di coordinamento infermieristico e di assistenza riabilitativa. Tali modifiche sono state recepite con Delibera della Giunta del Nuovo Circondario Imolese n. 16 del 23/05/2012, nell'ambito delle funzioni di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

L'AUSL di Imola, inoltre, ha supportato gli Enti gestori nella funzione di coordinamento sanitario e di gestione del rischio clinico nelle Case Residenza per Anziani, nelle Residenze Socio Riabilitative per Disabili e nel programma di formazione professionale del personale sanitario. E' stato definito anche un sistema di monitoraggio dei parametri sanitari concordati nei contratti e pianificate per il 2013 le modalità di monitoraggio con il coinvolgimento del Nuovo Circondario.

3.1.3 Distretto ed integrazione sociale e sanitaria

La necessità di far fronte alla modifica della domanda assistenziale con risposte caratterizzate da forte integrazione, costituisce una sfida dove la sola programmazione sanitaria risulta insufficiente. In particolare, per affrontare problematiche amplificate da condizioni di povertà ed

esclusione sociale è fondamentale coniugare le competenze sanitarie con quelle sociali, politiche e urbanistiche, attivare e valorizzare la collaborazione delle istituzioni e dei cittadini.

Il [Distretto](#), in tale contesto, si pone come soggetto catalizzatore delle diverse strategie e rappresenta l'ambito ottimale per lo sviluppo dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali e per qualificare l'offerta ai mutati bisogni della popolazione. L'integrazione riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi, perché tende a strutturare risposte unitarie a fronte di bisogni di cura e assistenza diversificati; genera maggiore efficacia di cura e sostegno e favorisce l'appropriatezza, l'efficienza d'uso delle risorse professionali e la collaborazione fra organizzazioni e professionisti di cultura e prassi diverse. Offre, inoltre, servizi più accessibili, meglio coordinati, più personalizzati, che assicurano una presa in carico nel tempo, per le persone con bisogni altamente complessi, oltre a sostenere la rete di chi aiuta e offre le cure.

3.2 Universalità ed equità di accesso

3.2.1 Politiche socio-sanitarie per aree con maggior disagio

Disabili. Le sinergie che si sono sviluppate fra le diverse professionalità ASP e AUSL (assistenti sociali, psicologi, medici fisiatri, fisioterapisti, ecc.) hanno posto le basi per una reale integrazione professionale ed operativa, nel rapporto con gli Enti gestori dei servizi e con i familiari dei disabili stessi. Le direttrici fondamentali su cui si sviluppa l'assistenza ai disabili sono: attività di tipo socio-educativo orientate alla socializzazione, occupazione lavorativa, sostegno nei percorsi di transizione al lavoro e nelle interazioni con i contesti ambientali e culturali; apporto fornito dalle Cooperative sociali di tipo B, dai Comuni e da alcune Imprese commerciali; sostegno al domicilio tramite una pluralità di servizi erogati in coerenza ai piani personalizzati di intervento; in alternativa i disabili possono beneficiare dell'assegno di cura per handicap grave (comma 3, art.3 L. 104/92); frequenza di Centri diurni di tipo socio-riabilitativo e di tipo socio-occupazionale ed anche dei soggiorni di sollievo in Centri residenziali. La risposta residenziale viene attuata quando la rete dei *caregiver* è insufficiente a gestire a domicilio il disabile e ci si avvale di strutture prevalentemente presenti nel territorio del circondario imolese.

Come illustrato in [Sezione 2.3.2 "Gravissime Disabilità acquisite"](#), nel 2012, l'AUSL di Imola ha erogato prestazioni configuranti la "presa in carico" (assistenza domiciliare, assegni di cura e/o assistenza residenziale) a 29 pazienti con gravissime disabilità acquisite, di questi, 8 hanno usufruito della residenzialità presso Case protette ed RSA. Anche per il 2012 si è scelto di effettuare gli inserimenti osservando il criterio dell'adeguatezza delle strutture ai bisogni assistenziali (RSA, Case protette) e della vicinanza alla sede di residenza delle famiglie. Nel 2012 la spesa totale per la residenzialità per i disabili gravi è stata di € 249.027 - su un totale complessivo di spesa per la residenzialità dei disabili di € 1.274.679 - con un sensibile aumento rispetto all'anno precedente. Sono stati, inoltre, erogati assegni di cura a carico del FRNA a favore di 17 disabili gravissimi, per un importo di € 112.636 e di due pazienti portatori di SLA per un totale di € 6.891. L'equipe multiprofessionale aziendale (istituita ai sensi della DGR 2068/04) ha

effettuato la presa in carico di 5 nuovi utenti a domicilio e di un utente inserito in residenza; ha valutato due utenti ricoverati rispettivamente a Montecatone e all'Ospedale di San Giorgio di Ferrara ed effettuato il rinnovo degli assegni di cura in scadenza. Ai sensi della DGR 1848/12, l'equipe, inoltre, ha analizzato i piani assistenziali degli utenti seguiti a domicilio per individuare la sussistenza dei criteri per introdurre un livello più elevato di assegno di cura, che ha portato al riconoscimento dell'aumento dell'importo giornaliero per 5 pazienti (di cui 2 persone con SLA) le cui caratteristiche rientravano nei parametri definiti dalla sopracitata delibera regionale.

Sviluppo di una rete per disabili adulti (DGR 1230/08). La Giunta del Circondario Imolese ha approvato la programmazione degli interventi e dei servizi per il 2012. Sono stati inseriti:

- 61 utenti nei centri socio-occupazionali;
- 18 utenti nelle strutture residenziali di livello alto;
- 2 utenti in accoglienza temporanea di sollievo;
- 51 utenti in strutture residenziali di livello medio (comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette);
- 38 utenti nei centri socio-riabilitativi diurni.

L'assistenza domiciliare di tipo socio-educativa, socio-assistenziale e per inserimenti lavorativi, prestate nel 2012, ammonta a una spesa di € 322.614. Inoltre, è stata effettuata un'azione di sostegno socio educativo ai disabili che hanno concluso il percorso educativo scolastico per una spesa complessiva di € 80.011.

Progetti rivolti alla popolazione disabile. Altri interventi a favore della popolazione disabile, sviluppati nel 2012, riguardano i contributi per utenti con disabilità medie e gravi per:

- buoni taxi o mezzi dell'ASP per accedere ai servizi sociosanitari (€ 78.820 da FRNA);
- l'erogazione dei pasti a domicilio (21.768 pasti per un totale di € 69.653 da FRNA);
- l'assistenza durante il pasto (€ 55.550).

Nell'ambito del miglioramento della qualità dell'assistenza si segnala l'istituzione di un gruppo di lavoro composto da personale AUSL, ASP e del gestore della CRA "Baroncini" per la creazione di un nucleo assistenziale per le gravissime disabilità. Inoltre, si è attivato su iniziativa del Circondario Imolese il "Percorso integrato adattamento domestico" per favorire l'autonomia del disabile nel proprio contesto abitativo. E' stata perseguita, anche, maggiore integrazione col Centro Ausili di Imola.

Anziani. L'assistenza agli anziani, nel 2012, si è caratterizzata per il mantenimento di un forte impegno a garanzia dei servizi domiciliari e residenziali, oltre ai progetti a valenza trasversale.

Assistenza domiciliare. Gli interventi socioassistenziali e socioeducativi hanno subito una contrazione, rispetto al 2011, dovuta alla diminuzione della domanda. La fornitura dei pasti a domicilio agli anziani non autosufficienti, finanziata dal FRNA per una spesa di circa € 184.513, ha visto la distribuzione di 46.126 pasti a favore di una media mensile di 60 pazienti. E' stata mantenuta la spesa del Telesoccorso (€ 10.351) e l'attività dei Trasporti (€ 58.335). Per favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano sono stati erogati 571 assegni di cura per un importo di €

1.072.541 a carico del FRNA, a cui va aggiunta una spesa di € 181.444 per le assistenti familiari assunte con regolare contratto (124 contributi).

Assistenza residenziale e semiresidenziale. I posti letto residenziali accreditati presenti nel territorio aziendale sono 500 ai quali si aggiungono 7 posti per Ricoveri Temporanei.

In riferimento ai PL residenziali sono state erogate 175.865 giornate di presenza con oneri a carico del FRNA di € 6.534.171 ed una occupazione media pari al 95%. Nei 7 posti per Ricoveri Temporanei nella CRA "Fiorella Baroncini" di Imola, le giornate di temporaneità sono state 2.425 pari a € 305.615. I posti semiresidenziali accreditati sono 52 per un totale di 14.108 giornate di presenza. Nel 2012 si è riscontrato un aumento di ospiti con problemi del disturbo di comportamento, pertanto, nell'ambito delle giornate complessive sopra indicate, si sono rilevate 2.718 giornate di presenza di ospiti con "livello disturbi del comportamento alto".

Accoglienza temporanea di sollievo. Tale assistenza è stata garantita nella CRA di Via Venturini a Imola con 1 posto mediamente occupato tutto l'anno e per una spesa complessiva a carico FRNA di € 28.160. All'interno dei posti accreditati si è riproposto con successo il sollievo alle famiglie nei servizi semiresidenziali (Centri Diurni di Imola e Medicina) nelle giornate festive.

Dimissioni protette. Si conferma anche nel 2012 l'aumento delle segnalazioni al [Punto Unico di Accesso \(PUA\)](#): 2.160 casi, di cui 835 di carattere sociale, 650 sanitario e 62 socio-sanitario. Queste segnalazioni hanno richiesto 310 UVG ospedaliere per dimissioni protette alle quali si aggiungono 123 UVG semplificate per accessi temporanei e 404 UVG territoriali. Il progetto Dimissioni Protette, che in ambito sociale ha l'obiettivo della presa in carico sociale tempestiva nella fase post-dimissione ospedaliera per favorire il mantenimento a domicilio dell'anziano, ha comportato 2.772 ore di attività per realizzare 693 contatti con una spesa FRNA di € 60.985.

Progetti e programmi trasversali. Il Comune di Mordano, con il progetto "Essere Anziani nel Comune di Mordano e Bubano", ha condotto una ricerca sui bisogni della popolazione anziana del territorio, coinvolgendo 8 Enti e Associazioni (capofila la società CALEIDOS) e avvalendosi di decine di volontari e operatori che hanno raccolto 640 questionari, intervistato 123 anziani e raccolto il parere di 51 "Testimoni significativi" che, a vario titolo, entrano in contatto quotidianamente con questa fascia di popolazione. I dati raccolti ed elaborati sono stati presentati alla cittadinanza. Oltre all'attività sopra descritta, nel 2012, è stata messa in campo un'articolata gamma di [progetti rivolti alla popolazione anziana fragile e a supporto della domiciliarità](#) con oneri a carico del FRNA. Il progetto "Governo sistema di accesso" si è proposto di migliorare la risposta di accoglienza residenziale, per favorire l'ingresso nella struttura più adeguata per le condizioni dell'utente, tenendo conto anche delle preferenze sue e della famiglia (€ 60.000). E' proseguito in continuità con il 2011 Il progetto "Assistenza al pasto a domicilio" con una media di 120 pazienti (€ 147.150). Il progetto "Continuità Assistenziale rette e oneri in CRA non convenzionate" ha permesso di mantenere l'inserimento di 5 anziani in strutture residenziali rispondenti alle loro esigenze. Il progetto "Spazio di incontro e confronto denominato Caffè Alzheimer" ha visto la realizzazione di 79 incontri per un totale di 105 partecipanti. Il progetto "Condominio Solidale

Imola, Borgo Tossignano, appartamenti Medicina” ha voluto garantire protezione sociale e sanitaria tramite un’azione congiunta dei servizi socio-sanitari, del volontariato e della comunità civile per promuovere relazioni di buon vicinato, di auto-mutuo aiuto tra condomini e con altri soggetti della comunità (€ 129.335). Continua dal 2011 Il progetto “Centro *A’Marcord*” che riguarda una media di 35 anziani (€ 123.711). Il progetto “Qualificazione del lavoro delle Badanti”, con l’obiettivo di valutare l’appropriatezza dell’assistenza all’anziano a domicilio da parte dei *caregiver* ha riguardato 240 valutazioni (€ 56.900). Il progetto “Qualificazione lavoro di cura in CRA Imola (ex RSA)” è stato realizzato per la formazione dei *caregiver* degli anziani ospiti per un periodo temporaneo in CRA (€ 30.000).

Salute Mentale. La pianificazione annuale delle attività si iscrive nell’ambito della programmazione pluriennale del Piano Attuativo Regionale Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e del Piano Strategico Aziendale. Nel 2012 le principali attività si sono concentrate su: sviluppo di un “sistema di cura” modulato su percorsi clinico assistenziali a forte integrazione professionale capace di garantire continuità, flessibilità e personalizzazione degli interventi; valorizzazione e consolidamento dei servizi/strutture/funzioni innovative che hanno consentito di contenere i ricoveri ospedalieri e residenziali pubblici e privati, a fronte di un incremento dell’utenza e mantenere a livello territoriale il governo dei percorsi diagnostico-terapeutico riabilitativi dei pazienti più gravi; programmazione congiunta a livello distrettuale per garantire interventi ad alta integrazione socio-sanitaria, tramite un tavolo distrettuale con ASP, AUSL e Privato Sociale, che ha ridefinito l’offerta socio-sanitaria differenziata per psichiatria adulti e disabili. Ancora oggetto di confronto la definizione di percorsi appropriati per utenti anziani con problematiche assistenziali collegate all’età (patologie degenerative cerebrali, vascolari, metaboliche, cardiovascolari, ecc.); in merito a ciò alcuni dati: il 25% della utenza in carico ai servizi di psichiatria adulti ha una età superiore a 65 anni; questa fascia rappresenta anche il 20,6% dei ricoveri in RTI e l’11,3% in SPDC.

Relativamente al tema della **sostenibilità degli interventi** nei limiti delle risorse negoziate sono stati realizzati gli obiettivi di riduzione dei costi nell’ambito di un piano pluriennale che prevede l’allineamento alla media regionale, fermo restando la garanzia delle risorse professionali presenti e il miglioramento della qualità degli interventi realizzato con le innovazioni e le trasformazioni organizzative attivate negli anni precedenti. I costi complessivi derivati da rette in strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie, in strutture semi-residenziali, da servizi in convenzione ecc., sono diminuiti nel 2012 rispetto al 2011 del 9%. In particolare i costi del DSM-DP per la residenzialità socio-sanitaria: -22% nel 2012, con una ipotesi di riduzione del -30% nel 2013.

Il **Budget di salute (Bds)**, nel 2012 è entrato a regime consolidandosi quale ambito specifico assistenziale. Gli utenti che hanno usufruito del servizio sono stati 16. Gli interventi si distinguono in bassa intensità (servizio di assistenza socio-educativa di circa 1 ora al giorno di intervento per ogni utente) e media intensità (servizio di assistenza socio-educativa di circa 1 ora e 50 minuti al giorno per ogni utente). Gli utenti con bds di bassa intensità sono stati 11, quelli con bds con

media intensità 5. Le ore totali di intervento sono state 6.317 per una spesa complessiva di € 173.226,11 (costo orario di € 27,42 comprensivo di IVA).

Nell'ambito della **prevenzione del rischio**, nel 2012, il DSM-DP ha partecipato attivamente al lavoro di implementazione delle raccomandazioni sulla prevenzione del suicidio in ospedale, realizzando un percorso specifico di formazione che ha coinvolto tutti i dipartimenti ospedalieri aziendali. Ha, inoltre, partecipato alle attività di formazione specifiche per il miglioramento dei flussi informativi per l'[Incident Reporting](#), apportando alcune modifiche allo strumento, coerentemente con quanto predisposto a livello regionale e aziendale.

Il **coordinamento in Area Vasta** ha avuto come esito intermedio per il 2012 la conclusione della progettazione di una struttura residenziale dedicata ai Disturbi del Comportamento Alimentare da attivare entro il 2013. Sono stati avviati i gruppi di lavoro per lo sviluppo delle ricerche presentate nell'ambito dei [progetti di modernizzazione dell'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale](#). E' stato attivato un accordo temporaneo relativo alla disponibilità di posti letto in SPDC per utenti dell'AUSL di Bologna. I progetti di ricerca conclusi nel 2012 sono: *Get-Up* (ricerca nazionale sugli esordi psicotici), HoNOS5 (ricerca nazionale sui sistemi di valutazione di esito), TIPS. Quelli avviati nel 2012 che proseguono nel 2013 riguardano la continuità assistenziale dai servizi per l'infanzia ai servizi sanitari e sociali per adulti (ASSR), e Teatro e Salute Mentale: valutazione sulla qualità della vita (ASSR).

[Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza \(NPIA\)](#). In rapporto alle linee di indirizzo regionali e alle priorità assegnate nell'ambito delle politiche di programmazione della Salute Mentale, il 2012 è stato caratterizzato da un importante impegno su aree specifiche di intervento che hanno visto il coinvolgimento di altri servizi anche di Area Vasta Emilia Centro.

[Continuità assistenziale tra la minore e la maggiore età](#). Il DSM di Imola è capofila nel progetto regionale di modernizzazione per il quale ha concorso insieme alle AUSL di Bologna e di Ferrara sul tema del passaggio dei minori seguiti dalla NPIA ai servizi sanitari e sociali dell'età adulta. E' stato avviato un lavoro di Area Vasta che prevede al momento la costruzione condivisa di una metodologia operativa ed una riorganizzazione della rete informatica tra i servizi. La continuità assistenziale e di cura nei passaggi tra i servizi è gestita attraverso l'organizzazione delle Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) che rappresentano lo strumento di effettiva integrazione socio-sanitaria per la definizione di un progetto individualizzato per il paziente.

Percorso di tutela per i minori. Costituisce un altro livello di integrazione socio-sanitaria in cui la NPIA è coinvolta, sempre attraverso l'organizzazione delle UVM, nelle valutazioni cliniche dei minori che vivono condizioni di grave svantaggio, sono oggetto di contesa all'interno di separazioni conflittuali, provengono da esperienze traumatiche di abuso e maltrattamento o che hanno commesso reati. In tutti questi casi il lavoro integrato con l'ASP si è sviluppato e consolidato, anche se necessita di una ulteriore riorganizzazione delle risorse e delle funzioni interne al percorso, oggetto di un lavoro condiviso in corso nel 2013.

Autismo. In merito al Programma Regionale Integrato per l'Autismo (PRI-A) è stato avviato il percorso di collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta finalizzato all'utilizzo di uno strumento di *screening* indicato a livello regionale per l'individuazione precoce dei disturbi dello spettro autistico. Considerando la rilevanza che assume l'intervento precoce, si è sviluppata una proficua collaborazione con l'Ufficio Scolastico Sezione Infanzia per l'organizzazione congiunta di un corso con professionisti e ricercatori esperti rivolto al personale scolastico dei nidi e delle scuole materne e agli operatori della NPJA, per approfondire i metodi e le proposte riabilitative e psicoeducative accreditate nell'ambito del trattamento precoce dei disturbi dello spettro autistico.

Disturbi del Comportamento Alimentare. Il percorso DCA assicura una valutazione diagnostica di accesso per adolescenti e giovani adulti (target 12-25 anni) indicato dal programma regionale. Sulla base degli elementi emersi nella fase di accesso si procede, previo confronto all'interno dell'équipe multidisciplinare, ad una fase di approfondimento specialistico che può comportare una valutazione di tipo internistico-nutrizionale e di tipo psichiatrico-psicologica.

Nel 2012 sono 24 i pazienti arrivati al punto di accesso aziendale per una prima valutazione; a 21 di questi è stato garantito il percorso multidisciplinare tramite valutazioni del PLS/MMG, psichiatra, neuropsichiatra infantile, psicologo, dietista. Nei casi di emergenza metabolica sono previste strutture di ricovero in Area Vasta con i requisiti specifici definiti dal programma regionale per i minori e per gli adulti. Tale valutazione è altresì inerente alla richiesta specifica di interventi di riabilitazione nutrizionale per i quali è prevista l'attivazione di una risorsa su scala provinciale costituita da una struttura privata e convenzionata a carattere residenziale (apertura prevista nel 2013). Il percorso aziendale prevede invece l'intervento dei professionisti delle diverse discipline per la presa in carico specialistica relativa agli interventi di monitoraggio internistico-nutrizionale-dietologico e ai trattamenti di tipo psichiatrico e psicologico. Il percorso DCA è stato presentato ai PLS e ai MMG in diverse occasioni di incontro e sarà oggetto di formazione congiunta nel 2013.

ADHD (Sindrome da deficit di attenzione e iperattività). E' stato possibile garantire un sensibile incremento dei casi seguiti grazie all'aumento delle ore degli educatori che conducono il progetto. Attualmente è strutturata all'interno dell'unità operativa una équipe costituita da un referente psicologo e da due professionisti qualificati e specificamente formati. Il percorso prevede una diagnosi clinica secondo le linee guida regionali e successivamente interventi educativi all'interno del contesto scolastico, attività consulenziale con gli insegnanti e gruppi di *parent training* con i genitori. Per i casi in cui vi sia indicazione di trattamento farmacologico specifico l'unità operativa si rivolge a Bologna, certificato come centro prescrittore.

Dipendenze patologiche. Nel 2012, l'AUSL di Imola, il servizio ha garantito 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 in condizione problematica correlata all'uso, abuso, dipendenza da una o più sostanze psicoattive legali e illegali (droghe da strada, psicofarmaci, alcol e tabacco, ecc.) e da comportamenti additivi (*in primis* il gioco d'azzardo patologico). Rispettando la programmazione del Piano Attuativo Salute Mentale, l'Unità Operativa

ha evidenziato un assetto organizzativo e funzionale coerente con i principi e le indicazioni del documento, operando per integrare il più possibile i sistemi di comunità e di cura proposti. Si è agito favorendo la promozione della salute sia intesa come prevenzione primaria e secondaria e selettiva dell'uso di sostanze psicoattive, sia nella più ampia accezione di benessere della persona e consapevolezza delle proprie emozioni e dei propri comportamenti. Sono stati sviluppati gli obiettivi collegati ai Piani di Zona concretizzati negli interventi dell'equipe di Unità di Strada. Per quanto riguarda le comunità terapeutiche è stata avviata l'attività presso la struttura semiresidenziale pedagogico riabilitativa il Centro Diurno di Casola Canina. Il rapporto con gli altri enti ausiliari è stato attivo con inserimenti soprattutto nelle comunità terapeutiche della provincia. Il servizio ha operato per favorire la reintegrazione sociale dell'utenza tramite una buona rete di relazioni interpersonali mediata anche da interventi di inserimento lavorativo. Tra le attività del Settore alcolologia si segnalano gli interventi di promozione "guida sicura senza alcol" rivolta a soggetti fermati per guida in stato di ebbrezza.

Salute di genere. Nel 2012, a livello di assistenza erogata dal [Consultorio Familiare](#), sono proseguite le attività in relazione alla salute di genere.

Spazio per la salute della donna migrante. Il Consultorio Familiare continua a rappresentare un osservatorio privilegiato per la salute delle donne provenienti da altri paesi. Il servizio ha organizzato 5 incontri di promozione alla salute rivolti a donne prevalentemente di etnia pakistana, presso alcuni comuni del Circondario Imolese e 3 colloqui con donne sempre pakistane con la presenza di un mediatore culturale e un insegnante di lingua italiana e la partecipazione del psicologo e dell'ostetrica, al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti, in base ai bisogni di salute di queste donne.

Contrasto al maltrattamento. Il Consultorio Familiare in collaborazione con la Commissione Pari Opportunità del Comune di Imola e con il Circondario Imolese ha lavorato alla revisione della guida ai servizi contro la violenza di genere. A febbraio 2012 è stata realizzata, con l'ufficio stampa aziendale, una *fiction* dal titolo "Il percorso di accoglienza per donne vittime di maltrattamento" per sensibilizzare sui temi di questo fenomeno ed illustrare le fasi del percorso e della presa in carico della donna vittima di violenza. Nel primo semestre si è attuato il corso formativo "La violenza sul corpo delle donne: una riflessione multidisciplinare" per approfondire il tema delle mutilazioni genitali femminili, rivolto agli operatori socio-sanitari e alle forze dell'ordine, coinvolti nella presa in carico di donne vittime di abusi. Alcuni operatori del servizio hanno, inoltre, condotto, in qualità di relatori, incontri sul tema della violenza rivolti alla cittadinanza del circondario. E' stata anche effettuata una elaborazione dei dati relativi a donne vittime di maltrattamento che si sono rivolte al Pronto Soccorso, al PUA e al Consultorio nel 2011.

Assistenza al puerperio. Sono proseguite le attività ostetriche di sostegno al puerperio ed è stata registrata una crescita delle telefonate al "Pronto aiuto latte". E' continuata l'attività del gruppo di volontarie "Donne che aiutano donne" che da anni segue le puerpere in difficoltà nell'accudimento del loro bambino, fornendo un sostegno domiciliare educativo-assistenziale. Dal

2006 sono 60 le puerpere seguite dalle volontarie, poco meno della metà le donne straniere, perché in genere lontane dalla rete parentale di origine. Nel primo semestre 2012 un'ostetrica ed una psicologa unitamente alla Pediatria di libera scelta del Comune di Medicina, hanno elaborato un progetto "La maternità scippata", con l'intento di valorizzare una cultura della genitorialità che promuova le risorse personali dei neo genitori. Inoltre, tale programmazione ha previsto la definizione di un percorso di presa in carico della donna con disturbi emozionali nel puerperio e nel primo anno di vita del bambino.

3.2.2 Governo delle liste di attesa

L'ambito prioritario di intervento per il governo della domanda e la razionalizzazione dell'offerta risiede nella promozione dell'uso appropriato dei servizi sanitari tramite percorsi basati su criteri di priorità clinica e ottimizzazione e nell'adeguamento dell'offerta in considerazione degli effettivi bisogni assistenziali emergenti sul territorio. Importante, nelle azioni di governo, il sistema di monitoraggio, controllo e programmazione che rende possibile una rendicontazione trasparente e consenta di mantenere condizioni di equilibrio fra i diversi regimi di erogazione (istituzionale e libero-professionale). Per ultimo, non per importanza, un piano di comunicazione ai cittadini sul sistema dell'offerta, sulle modalità di accesso, i tempi di attesa ed i criteri di accesso differenziato alle prestazioni, per responsabilizzarli ad un corretto approccio ai servizi.

Prestazioni specialistiche. Nell'ambito del "Piano per il Contenimento dei Tempi Massimi di Attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali", è stato definito il Percorso di accesso alle visite e prestazioni in regime di urgenza 24 ore e di urgenza differibile.

Urgenza da effettuarsi entro 24 ore. Visita specialistica o prescrizione diagnostica strumentale relativa ad una malattia in fase acuta per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione della stessa nell'arco delle 24 ore successive, comporti un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico. Per questa fascia di priorità, fatta eccezione per l'ecodoppler degli arti inferiori per sospetta TVP, i medici prescrittori inviano il cittadino, con richiesta SSN, direttamente alle Unità Eroganti secondo la mappatura indicata nel "protocollo". L'assistito, pertanto, senza passare dal CUP, contatta personalmente i servizi per la prestazione richiesta, eseguita il giorno stesso o il giorno successivo alla prescrizione (festivi esclusi).

Urgenza differibile (sollecita) da erogarsi entro 7 giorni. Visita specialistica o prestazione diagnostica strumentale relativa ad una malattia in fase acuta per la quale il prescrittore valuta la necessità dell'esecuzione della stessa nel breve/medio periodo (7 giorni). Per questa tipologia di prestazioni viene utilizzato il sistema CUP che nelle proprie agende ha posti dedicati. L'assistito si recherà con la richiesta al CUP entro 3 giorni dalla data di prescrizione; nel caso non vi sia disponibilità di un posto dedicato alle visite/prestazioni urgenti differibili, il CUP indirizzerà il cittadino presso un altro centro pubblico o privato accreditato.

Tra le azioni messe in campo negli anni precedenti e mantenute nel 2012, ricordiamo la gestione delle agende: "agende sempre aperte", agende non nominative, suddivisione primi

accessi/controlli, attivazione di sedute aggiuntive laddove attuabili e attenta valutazione e programmazione delle chiusure estive. E' stata, inoltre, garantita l'offerta attraverso l'acquisto di prestazioni dai propri professionisti al di fuori dell'orario di lavoro, da strutture convenzionate accreditate e tramite contratti con strutture accreditate del territorio aziendale, in particolare riguardanti i "percorsi di salvaguardia" (erogazione delle prestazioni da privato accreditato all'interno degli accordi di fornitura).

Tempi di attesa prospettici (MAPS) e pubblicazione su internet. A garanzia della "trasparenza" interna/esterna, vengono pubblicati periodicamente sul Sito internet i tempi di attesa prospettici (dalla prenotazione all'appuntamento) monitorati dalla Regione (MAPS) ed attivato il link dal proprio sito *web* al sito regionale www.tdaer.it. In Tabella 3.3 i [tempi medi di attesa](#) e l'[indice di performance](#) tratti dalla rilevazione MAPS.

Tabella 3.3 - Rilevazione MAPS: indici performance prestazioni specialistiche. Periodo 2010-2012

Disciplina	Tempo medio di attesa MAPS			% a 30 gg x visite e 60 gg x diagnostica: MAPS		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Cardiologia						
<i>Visita Cardiologica</i>	20	43	22	69%	72%	70%
<i>Elettrocardiogramma</i>	30	39	31	98%	89%	98%
Dermatologia						
<i>Visita Dermatologica</i>	25	37	57	91%	65%	63%
Gastroenterologia						
<i>Colonscopia</i>	68	78	26	49%	49%	87%
<i>Gastroscopia</i>	78	30	18	23%	100%	100%
Ostetricia -Ginecologia						
<i>Visita Ginecologica</i>	75	75	22	50%	25%	85%
<i>Visita Ostetrica</i>		13	12		100%	100%
Medicina						
<i>Ecocolordoppler</i>	66	28	53	68%	80%	66%
<i>Ecocolordoppler Cardiaca</i>	95	104	33	12%	20%	85%
Endocrinologia						
<i>Visita Endocrinologica</i>	14	28	17	85%	79%	100%
Neurologia						
<i>Visita Neurologica</i>	23	10	17	100%	100%	100%
Oculistica						
<i>Visita Oculistica</i>	24	98	74	100%	16%	39%
Oncologia						
<i>Visita Oncologica</i>	11	10	16	100%	100%	90%
Ortopedia						
<i>Visita Ortopedica</i>	18	50	30	89%	52%	54%
Otorinolaringoiatria						
<i>Visita Otorinolaringoiatrica</i>	19	15	17	100%	100%	92%
<i>Audiometria</i>	40	26	24	100%	100%	100%
Urologia						
<i>Visita Urologica</i>	29	49	15	75%	43%	100%
Medicina Riabilitativa						
<i>Visita Fisiatrica</i>	18	18	18	100%	100%	100%
Radiologia						
<i>Ecografia Addome</i>	38	44	39	92%	85%	91%
<i>TAC Addome</i>	57	14	55	64%	83%	64%
<i>TAC torace</i>	66	15	8	50%	45%	100%
<i>TAC del Capo</i>	18	43	28	100%	52%	100%
<i>TAC rachide e speco vertebrale</i>	19	34	30	100%	57%	100%
<i>RMN Cerebrale</i>	129	7	13	0%	86%	100%

In riferimento ai tempi di attesa in regime di ricovero, si rimanda alla Sezione 2, par. 2.3.3 "Assistenza ospedaliera", dove sono riportati gli [indici di performances sui tempi di attesa](#) per alcuni interventi chirurgici con particolare attenzione all'area oncologica e alla chemioterapia, oggetto di monitoraggio regionale.

3.3 Centralità del cittadino

3.3.1 Forme di partecipazione del cittadino

Il [Piano-programma aziendale di ascolto e coinvolgimento di cittadini](#), comunità e professionisti e di azioni di miglioramento è la messa a sistema di tutti gli strumenti finalizzati all'ascolto dei cittadini (vedi anche [Sezione 5, par. 5.1.1](#)) ed alla loro partecipazione attiva alla vita dell'azienda, attraverso i propri rappresentanti. Realizzato compiutamente nel 2011 come strumento strategico di programmazione delle azioni e coordinato dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), che accorpa anche le funzioni di rilevazione della qualità percepita dagli utenti e di sviluppo dell'equità, il Piano ha permesso di realizzare produttive sinergie delle azioni messe in campo dai rappresentanti dei cittadini e dagli stessi professionisti coinvolti, nelle azioni di miglioramento della qualità dei servizi dal punto di vista del cittadino. Il risultato delle indagini di qualità percepita, l'analisi delle segnalazioni, gli impegni/garanzie delle carte dei servizi sono confluiti in una attività di definizione condivisa delle azioni di miglioramento, svolta dalle Unità operative dei Dipartimenti di degenza ospedaliera e dai membri del CCM e del CUF, che hanno esitato nel seminario tenutosi il 27 novembre 2012, a cui hanno partecipato la Direzione medica, i Dipartimenti ospedalieri (direttori, medici ed infermieri), i membri del CCM, l'URP e l'Equipe Qualità Percepita, la Direzione Generale, ed i rappresentanti della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale. In questa ogni Unità Operativa ospedaliera ha presentato il proprio piano di azioni di miglioramento, nato dall'ascolto dei pazienti, impegnandosi pubblicamente nella sua attuazione.

Comitato Consultivo Misto degli Utenti (CCM). Nel 2012 sono stati 11 gli incontri dell'assemblea plenaria che hanno avuto come punti degli ordini del giorno i temi: liste di attesa, relazione sul percorso formativo aziendale 2011 "Piano programma ascolto e partecipazione dei cittadini"; risultati dell'indagine 2012 "La qualità delle cure in Ospedale"; misure preventive sul lavaggio delle mani; pianificazione indagini di qualità percepita 2012; presentazione del Focus Group "La qualità della vita in Hospice"; presentazione del report dell'indagine "La qualità della cura in dialisi"; relazione del sottogruppo CCM reclami sulle segnalazioni 2011; presentazione dell'attività del CCM di Montecatone *Rehabilitation Institute*; presentazione delle associazioni CCM 2012-2014; presentazione del report URP/Ascolto e partecipazione anno 2011; monitoraggio dei tempi di accesso a prestazioni urgenti e sollecite (dati MAPS); presentazione del Punto Unico di Accesso ed elezioni delle cariche, ecc.. Per i temi che meritavano approfondimento specifico sono stati attivati sottogruppi di lavoro, *in primis* quello di analisi dei reclami, che ha proposto azioni di miglioramento da sviluppare nel 2013. Anche nel 2012 i volontari appartenenti alle Associazioni

facenti parte del CCM, coordinati dall'URP, hanno attivamente supportato le attività di facilitazione dell'accesso, informazione ed ascolto dei cittadini e le indagini di qualità percepita.

Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale (CUF). Al suo terzo anno di attività, nel 2012 il CUF ha svolto 4 incontri, oltre a 2 sedute plenarie con il CCM. Operando in stretta sinergia con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche, il CUF ha partecipato attivamente agli eventi organizzati dal dipartimento e alle attività di analisi dell'indagine di qualità percepita partita a maggio 2011 e proseguita nel corso di tutto il 2012, occupandosi della trascrizione ed analisi delle risposte alle domande aperte e sviluppando con la direzione del Dipartimento un programma di miglioramento sulle criticità rilevate, subito messo in atto.

3.3.2 Valutazione gradimento del cittadino

La qualità della cura in ospedale. Dal 2002 l'AUSL di Imola rileva il gradimento della degenza ospedaliera, registrando una significativa adesione della popolazione ricoverata. I fattori di successo sono stati: la spedizione postale del questionario a casa dei degenti e il *re-call* telefonico effettuato dai volontari del Comitato Consultivo Misto (CCM) per sollecitare l'invio ed informare sull'importanza della restituzione del questionario compilato. Dal 2009 viene utilizzato un nuovo questionario regionale, esito di un percorso formativo-metodologico tra le aziende che consente di delineare la percezione di qualità del ricovero ospedaliero anche a livello regionale.

Nel 2012 la rilevazione (1 marzo - 31 maggio) ha previsto la distribuzione del questionario, a cura del personale infermieristico del reparto, a tutti i ricoverati con degenza di almeno 2 giorni (campione). La consegna è avvenuta alla dimissione, accompagnata da una lettera di presentazione ed una busta preaffrancata per rispedire il questionario da compilare a casa. Questa modalità ha rappresentato un cambiamento rispetto alle precedenti (spedizione diretta a casa), determinando un leggero calo di ritorni. Nel 2012 i pazienti dimessi, nel periodo di rilevazione, sono stati 2.792 e i questionari rispediti compilati (1.087), pari al 39% del campione. 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.). Il giudizio viene raccolto con una scala a 6 valori: 3 positivi e 3 negativi. Per classificare gli esiti sono stati definiti valori soglia basati sulla percentuale di giudizi positivi, che individuano *performance* "Eccellenti" ($\geq 75\%$ giudizi positivi), "Positive, ma migliorabili" (dal 50% al 74%) e "Critiche" ($< 50\%$). Nel 2012, come nelle precedenti rilevazioni, non vengono rilevate aree di criticità, mentre vengono identificate molte aree di eccellenza, alcune divenute tali in corrispondenza di azioni mirate di miglioramento.

Si analizzano di seguito le aree indagate e i risultati più significativi. Il **tempo di attesa** trascorso tra prenotazione e ricovero e quello atteso per la consegna del letto, raccoglie consensi rispettivamente nell'86,3% e 88,7% dei casi; le **relazioni coi medici e gli infermieri** (gentilezza, disponibilità, tempo dedicato, ecc.) si posizionano in un *range* 85% - 97% di giudizi positivi. L'area delle **informazioni**, dimensione trasversale rispetto alle fasi del ricovero registra

un miglioramento significativo. In particolare si rileva un aumento di giudizi positivi (+4%) sulle informazioni fornite dai medici sui "rischi legati alle cure" (85,1% vs 81,5%), mentre per gli infermieri aumento i consensi per "disponibilità a dare chiarimenti". Anche il giudizio sulle "informazioni ricevute in merito al trattamento del dolore" risulta migliorato: il 78% di giudizi positivi, in aumento del 4,2%, colloca questa dimensione per la prima volta in area d'eccellenza. Si aggiunge poi la valutazione sulla "**terapia antidolorifica ricevuta**" con un 91,8% di consensi. La valutazione degli **aspetti organizzativi** esprime un gradimento ottimo e in miglioramento: "collaborazione percepita tra il personale del reparto" (92,6%); "orari di visita per familiari e conoscenti" (96%); "collaborazione tra il reparto e altri servizi" (79,4%). Gli **ambienti** (pulizia, temperature, tranquillità e spazi) vengono giudicati positivamente da oltre il 90% degli intervistati. Per i **servizi alberghieri** si riscontra una diminuzione del gradimento: "qualità del cibo" (81,1%) e possibilità di "scelta del menù" che si colloca tra le *performance* "positive, ma migliorabili" (68,7%), con una flessione del 5,4%. Tornando alle informazioni, quelle ricevute alla **dimissione**, si registra un netto miglioramento. Le "informazioni sulle cure da eseguire dopo la dimissione" vengono giudicate positivamente dal 93,2% dei rispondenti (+2%); quelle in merito "ai controlli da effettuare successivamente" ottengono un 88,7% (+2,5%); sui "sintomi da tenere sotto controllo" l'81,2% (+2,4%) e rispetto alle "informazioni sul personale a cui rivolgersi dopo la dimissione (MMG, specialista e altri servizi)", si passa dal 86,6% al 88% (+1,4%).

Le ultime domande rilevano il giudizio complessivo sull'esperienza del ricovero, le aspettative e lo stato di salute percepito dal paziente (alla dimissione e al momento della compilazione a casa).

Il 95,4% dei rispondenti esprime un **giudizio complessivo** positivo sui servizi ricevuti, gradimento invariato rispetto al 2009. Si può dedurre che rispetto al 2009 ci sia stata una diversa modulazione dei giudizi positivi, che ha visto il "fattore umano" prevalere sugli aspetti strutturali: diminuiscono, infatti, i giudizi positivi sugli aspetti alberghieri ed ambientali come i pasti (qualità, scelta ed orari) le stanze (pulizie, tranquillità, spazio), ma aumenta il gradimento sull'informazione ricevuta in tutte le fasi del ricovero ed in particolare al momento della dimissione, come cresce il gradimento, per le dimensioni relazionali legate a tutto il personale sanitario. Interessante, inoltre, a conferma di quanto sopra, che più della metà dei rispondenti (50,7%) dichiara che l'esperienza è stata "migliore di come se l'aspettava" e il 44,8% di aver ricevuto un servizio conforme alle proprie aspettative. Solo il 4,5% afferma che il servizio ricevuto è stato peggiore. Sullo stato di salute percepito il punteggio attribuito (da 1 a 5 dove 1 = peggiore e 5 = migliore) ha determinato un valore medio pari a 3,7 al momento della dimissione e di 4,06 al momento della compilazione del questionario a casa.

Il gradimento nei servizi psichiatrici di ricovero. L'indagine di gradimento dei servizi psichiatrici di ricovero ([Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura \(SPDC\) e Residenza Trattamenti Intensivi \(RTI\)](#)) avviata nel maggio 2011 è proseguita nel corso del 2012. Il questionario regionale, strutturato sempre per fasi di ricovero (prima, durante e dopo) è stato consegnato alla dimissione a cura degli operatori e riconsegnato, dopo l'auto compilazione, nell'apposita cassetta

di raccolta presso l'unità operativa. Nel 2012 la percentuale di ritorno del questionario è stata del 69%: su 453 dimessi (310 da SPDC e 143 da RTI) sono stati riconsegnati 314 questionari di cui 260 validi (57%). La **valutazione complessiva** dell'esperienza di ricovero è considerata positivamente dall'85,5% dei pazienti del SPDC e dal 93,9% dei pazienti della RTI. L'85,4% dei pazienti SPDC e il 92,2% di quelli RTI hanno ritenuto il servizio migliore o uguale a come se lo aspettavano, mentre la percezione di salute alla dimissione è positiva per oltre l'80% dei rispondenti RTI e dal 60,4% dei rispondenti SPDC. Eccellenti per entrambi i settori di degenza gli aspetti riguardanti i tempi di attesa tra arrivo in reparto e consegna del letto, la cortesia del personale medico e di quello infermieristico, la collaborazione tra il personale di reparto e tutti gli item di valutazione del comfort alberghiero e del livello informativo. Nessun elemento di criticità (giudizi positivi < 50%). L'analisi dei questionari 2012 conferma un maggior gradimento sull'informazione ricevuta, che dimostra un buon risultato delle azioni di miglioramento realizzate. Dalle risposte aperte emergono alcuni bisogni degli utenti riguardo a permessi, visite, uscite all'aperto ed intrattenimento, che sono diventate spunto per altre azioni di miglioramento e per progettualità da realizzare nei prossimi anni.

L'Hospice e il Focus Group. Tra il 2012 e l'inizio 2013 si è svolta un'indagine sull'[Hospice](#) attraverso la tecnica del Focus Group. Sono stati 3 i focus nel 2012, che hanno coinvolto rispettivamente 12 professionisti del servizio, 8 famigliari di ospiti del servizio e 4 pazienti più 2 familiari. Gli obiettivi del progetto erano la raccolta del percepito e del desiderato dei pazienti, dei familiari e degli operatori nell'esperienza della vita in Hospice e la promozione di una cultura dell'ascolto e della comunicazione. I focus hanno evidenziato un ambiente ed un clima estremamente positivo, di tranquillità e fiducia, sia per i pazienti che per i famigliari, che dopo varie esperienze riconoscono la qualità specifica delle cure professionali e umane di questo servizio. Sia i familiari che gli operatori condividono l'importanza di raccontare tale esperienza fuori, alla gente, per informare e assicurare. Dallo scambio di opinioni emerge una profonda gratitudine delle persone verso gli operatori. Tutti i commenti sono positivi: per il luogo, la qualità dell'assistenza e in particolare il calore umano. Dal punto di vista dei professionisti, l'opinione pubblica esterna ha una scarsissima conoscenza del servizio, immagina e descrive l'Hospice come un posto di morte senza speranza, lo temono. Anche il giudizio dei colleghi delle altre equipe è spesso svalutante e il lavoro in Hospice viene considerato a basso contenuto professionale, di serie B. I professionisti si sono interrogati sulle motivazioni di questi giudizi e li ritengono frutto della paura e della ignoranza responsabili del processo di negazione/svalutazione e allontanamento dell'argomento. Al contrario per i partecipanti al focus lavorare in Hospice ha un valore fortemente positivo dal punto di vista umano e professionale, nonostante l'elevato costo emotivo. Alla conclusione del focus i partecipanti manifestano l'esigenza di far vedere alla popolazione con occhi diversi la vita all'interno del servizio. Da questa esigenza è nato il progetto di un ulteriore incontro di equipe (che si è svolto nel 2013) per raccogliere idee e proposte atte a raccontare l'Hospice alla comunità e ai colleghi.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

3.4.1 Programmi di prevenzione e promozione della salute

Prevenzione negli ambienti di lavoro. Come da indicazioni regionali, l'attività dell'Unità operativa Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (PSAL), nel 2012, è stata principalmente concentrata sugli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione. Sul versante dell'aggiornamento, si segnala la partecipazione di operatori PSAL ai corsi regionali sulle attività di Polizia Giudiziaria, sull'applicazione del regolamento REACH e sul rischio cancerogeno professionale. Tali eventi sono stati rilevanti non solo per il contenuto tecnico-professionale, ma soprattutto per la condivisione di metodiche e strumenti di lavoro comuni, finalizzati a perseguire, in particolare nella vigilanza nei luoghi di lavoro, quella omogeneità di criteri e comportamenti che rappresenta uno degli obiettivi dichiarati dal Piano, la cui applicazione pratica si è tradotta nell'adozione di *check-list* regionali condivise per la vigilanza sui cancerogeni professionali e sul rispetto degli obblighi formativi.

Da segnalare, inoltre, sempre in quest'ambito, l'importante contributo alla realizzazione dell'innovativo [Corso di Alta Formazione Universitaria](#) "Strumenti per la gestione dell'inquinamento in ambienti di vita e di lavoro", organizzato insieme all'Università di Bologna ed alla Regione Emilia-Romagna, destinato all'integrazione dei tecnici della prevenzione operanti nelle Unità operative PSAL e ISP e svoltosi nella prima parte del 2013. L'attività di presa in carico e assistenza delle problematiche sanitarie individuali e di idoneità al lavoro nei confronti di lavoratori richiedenti è quantificabile, per il 2012, in 55 visite specialistiche di medicina del lavoro e 23 ricorsi contro il giudizio del medico competente evasi. Costante è stata l'attività di assistenza nei confronti dei soggetti della prevenzione richiedenti. Da segnalare l'attività di promozione della salute sul divieto di fumo nei luoghi di lavoro in 25 aziende del territorio.

Prevenzione delle malattie croniche e stili di vita. Nel 2012 sono continuate le iniziative di promozione dell'attività fisica per gli anziani, nell'ambito dei Piani di zona Tavolo "Malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e della sicurezza", per aumentare la possibilità per i soggetti anziani di svolgere autonomamente attività motoria in spazi urbani. Tra queste iniziative si segnala la sesta edizione di "Passeggiate nel parco" e la realizzazione di percorsi per *nordic walking* sul lungofiume. Inoltre, è proseguita l'attività di promozione dei *Pedibus* (percorsi casa scuola) fornendo al comune di Imola collaborazione di personale medico negli incontri con i genitori delle scuole interessate. Nell'ambito del progetto ministeriale "Okkio alla Salute", è stata effettuata la rilevazione delle misure antropometriche e dei questionari nel campione di classi assegnate alla AUSL di Imola dalla Regione Emilia Romagna: 3 classi di III elementare a Imola, Medicina e Castel S. Pietro Terme. L'iniziativa ha comportato anche la consegna di materiale educativo-nutrizionale a bambini e genitori. E' stata avviata una rilevazione sugli standard nutrizionali dei distributori automatici di alimenti in ambito scolastico e sanitario; sono state diffuse linee guida regionali per la ristorazione scolastica e svolti corsi di formazione ai ristoratori per l'offerta di pasti senza glutine a celiaci, oltre all'attività di controllo sui pasti e sui

prodotti in commercio per celiaci mediante vigilanza in attività di ristorazione pubblica e collettiva e prelievo campioni. Nell'ambito della prevenzione del tabagismo è stata avviata una collaborazione IOR-AUSL in 2 scuole superiori del territorio ed elaborata una scheda tematica relativa all'elaborazione dei dati [PASSI](#) 2008-2012 in merito al fumo attivo e passivo.

[Prevenzione dei traumi nell'anziano e Progetto Somministrazione di attività fisica al domicilio per la prevenzione delle cadute.](#) Nel 2012 la AUSL di Imola ha sviluppato l'attività relativa alla seconda fase progettuale, che ha previsto un coinvolgimento di 368 anziani in Regione con lo scopo di consolidare e, se possibile, semplificare il modello, per consentirne una attuazione in ambito istituzionale. Attraverso la stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale è stato possibile individuare un campione di 22 anziani eligibili e quindi effettuare gli accessi domiciliari prescelti nei comuni di Castel San Pietro Terme, Dozza, Imola, Medicina e Casalfiumanese. Le attività di reclutamento e gli accessi domiciliari da parte del fisioterapista si sono concluse a giugno 2012, mentre le azioni previste dal progetto si concluderanno a giugno 2013. Sempre nell'ambito delle iniziative per la prevenzione delle cadute, l'AUSL di Imola ha elaborato un progetto che si propone di ridurre le ricadute in un campione di anziani fratturati di femore al quale viene offerto, al momento della dimissione ospedaliera su valutazione del clinico circa la loro eligibilità, un programma di attività fisica personalizzata a domicilio somministrata da parte di una fisioterapista.

Incidenti domestici. Prosegue la campagna informativa sul tema degli incidenti domestici con la distribuzione di opuscoli, *gadget*, proiezione di filmati e *spot* dedicati. Nell'ambito delle iniziative di sensibilizzazione sul tema, il Dipartimento di Sanità Pubblica ha preso contatto con alcune associazioni di volontariato impegnate con le comunità straniere che vivono nel territorio e ha organizzato due iniziative a Imola volte ad accrescerne la percezione del rischio; si tratta di gruppi di popolazione che versano in condizioni di disagio socio economico spesso associato ad un incremento di frequenza degli incidenti domestici legati alle carenze strutturali ed impiantistiche delle abitazioni.

Prevenzione degli infortuni stradali. E' continuata l'attività di rilevazione della mortalità per [incidenti stradali](#) ricavata dal registro aziendale dei deceduti e l'acquisizione dei dati relativi agli accessi al Pronto Soccorso. Sono inoltre continuati gli interventi di formazione educazione alla salute nelle classi seconda e quarta delle scuole secondarie, in collaborazione con la Polizia Municipale di Imola e l'attività di rilevazione e informazione sull'uso dei sistemi di ritenuta nei bambini nelle scuole dell'infanzia e primarie.

Attività di sorveglianza sanitaria. Viene assicurata la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti, partecipando ai sistemi di sorveglianza regionali, in particolare delle malattie trasmesse da vettore *Chikungunya* e *Dengue*, da *Aedes albopictus* cioè dalla "zanzara tigre", *West Nile Disease*, da zanzare *Culex spp.* Meningite da Toscana virus e Leishmaniosi, trasmesse da *Phlebotomus spp.* Nel 2012, sono stati indagati 13 casi di meningoencefalite virale con sospetta trasmissione di virus da parte di insetti vettori e confermati

7 casi di meningite da Virus Toscana (una malattia trasmessa da flebotomi provocata da un virus responsabile della maggioranza dei casi di meningiti estive). Sono stati, inoltre, segnalati 3 casi sospetti di *Dengue*, di cui 2 confermati (importati da paesi tropicali); non risulta nessun caso di *West Nile disease* e di *Chikungunya*. Per quanto riguarda l'attività di sorveglianza entomologica e lotta agli insetti vettore è stato mantenuto il gruppo di lavoro del Dipartimento di Sanità Pubblica in collegamento ai tecnici dei Comuni e del Nuovo Circondario Imolese ed è proseguita nelle scuole un'attività di formazione per il controllo delle zanzare. Sono stati garantiti gli interventi per il contenimento della possibile diffusione della malattia infettiva oggetto di segnalazione. Tra gli eventi infettivi che hanno richiesto la pronta attivazione delle misure di contenimento si segnalano 3 casi di meningite batterica (causati rispettivamente da *Stafilococco*, *Listeria* e *Pneumococco*); 2 casi di setticemia da *Listeria* e *Pneumococco*; 2 casi di Morbillo di cui uno solo è stato confermato; 1 focolaio di *Salmonella* presso una scuola materna. Dal luglio 2012 è attivo un sistema *on-line* di segnalazione in tempo reale delle malattie infettive verso la Regione.

3.4.2 Rete ospedaliera

Nel 2012 è proseguito il processo di riorganizzazione del Presidio ospedaliero, come delineato nell'Atto Aziendale e nel Piano Attuativo Locale, portando a compimento interventi di particolare valenza strategica, come l'attivazione dell'Unità operativa Medicina 2 e l'unificazione delle funzioni di Geriatria e Lungodegenza postacuzie nell'ambito del [modello organizzativo degenza articolata per intensità di cura](#); il completamento lavori per la realizzazione del Polo endoscopico polidisciplinare nell'ospedale di Imola; l'ampliamento in senso specialistico della degenza internistica attraverso l'attivazione di alcune funzioni di ricovero ordinario attualmente mancanti, in particolare per Gastroenterologia, Nefrologia e Oncologia che utilizzavano solo le modalità assistenziali ambulatoriali (compresi i percorsi complessi di day service) e day hospital; l'individuazione di 6 posti letto di degenza ordinaria nell'ambito della dotazione della Medicina 2 che consentirà, nel 2013, di completare la gamma assistenziale disponibile a vantaggio di una maggiore appropriatezza, efficacia ed efficienza del percorso diagnostico terapeutico erogato; la connotazione delle degenze internistiche per acuti anche su percorsi specialistici, ridefinendo la *mission* delle unità operative con conseguenti modifiche alle equipe mediche; il completamento dei lavori al 4° piano che ospita le degenze di Chirurgia e Urologia; la definizione del progetto di trasferimento dell'unità operativa Otorinolaringoiatria presso l'ospedale di Imola per realizzare la concentrazione delle funzioni di degenza chirurgica ordinaria.

Riorganizzazione dell'area internistica del Dipartimento medico. Sono state create strutture organizzative omogenee ed integrate che comprendono tutti i percorsi di diagnosi e cura a prevalente contenuto internistico delle unità operative di seguito descritte.

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

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

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

Geriatría-Lungodegenza postacuti: area di degenza per l'erogazione dei percorsi dedicati all'anziano in condizioni di fragilità. A media intensità assistenziale per il trattamento della fase acuta (Geriatría) e a bassa complessità assistenziale quando non necessita una sorveglianza particolare (Lungodegenza). L'evoluzione specialistica di quest'area comporterà l'attivazione di percorsi post chirurgici per l'anziano fragile (4 PL di ortogeriatría che accoglieranno i pazienti entro 48 ore dall'intervento chirurgico) e riabilitativi in acuto attraverso l'attivazione di 4 PL gestiti dalla Riabilitazione accompagnata da un'area operativa (palestra). La funzione di ricovero per riabilitazione estensiva continuerà invece ad essere collocata a Castel San Pietro Terme.

Nuovo Polo endoscopico polispecialistico. Nell'ambito della riorganizzazione delle attività endoscopiche, ad ottobre 2012, è stato attivato il nuovo Polo endoscopico polispecialistico, presso l'ospedale di Imola dove sono operative: Gastroenterologia, Broncologia (che assicura attività di broncoscopia finora assenti), Urologia, Ginecologia. Il Polo è costituito da 3 sale endoscopiche idonee ad eseguire procedure sia diagnostiche che operative in analgesia/sedazione/anestesia. E' stata ricavata anche una sala per la osservazione dei pazienti nell'immediato decorso post procedura dotata di 7 postazioni con spogliatoi e bagni dedicati. La disponibilità di questa nuova struttura consente di razionalizzare in particolare le attività gastroenterologiche che continueranno ad essere erogate su entrambe le sedi (Imola e Castel San Pietro Terme).

Riorganizzazione del Dipartimento chirurgico. Nel 2012 si sono definite le condizioni per completare nel 2013 il riassetto delle funzioni svolte sulle due sedi ospedaliere:

- concentrazione delle funzioni di degenza chirurgica ordinaria nell'ospedale di Imola per favorire percorsi diagnostico terapeutici integrati con gli altri dipartimenti e la condivisione di risorse umane e strutturali; a tale obiettivo concorre anche la ristrutturazione del 4° piano e il trasferimento dell'Urologia in una sede complanare alla Chirurgia;
- nuove modalità organizzative quali l'individuazione di aree di degenza gestite secondo il modello dell'intensità di cura e complessità assistenziale e/o secondo i criteri della *week surgery*; quest'ultimo modello, in particolare, sarà applicato alla degenza ORL;
- concentrazione di tutta la chirurgia di giorno presso la sede di Castel San Pietro Terme (Presidio multispecialistico di chirurgia di giorno) organizzato per assicurare tempestività di intervento ed elevati standard di qualità.

Passaggio cruciale per permettere il raggiungimento dei suddetti obiettivi è costituito dal trasferimento dell'ORL all'ospedale di Imola (maggio 2013) presso l'area già occupata del DH

internistico, in collocazione integrata con un'area di degenza composta di 12 posti letto e un'area ambulatoriale costituita da 5 ambulatori (visita, audiometria, vestibologia, rinomanometria, allergologia). Nella sede di CSPT continuerà l'attività in day surgery nell'ambito del Presidio multispecialistico di chirurgia di giorno e l'attività ambulatoriale (visite). La collocazione complanare di degenza e ambulatori consentirà economie di scala nell'utilizzo del personale.

Innovazioni nel Dipartimento materno infantile. A ottobre 2012 si è completata una prima fase di riorganizzazione della Unità Operativa di Ostetricia Ginecologia per valorizzare la figura dell'ostetrica nel percorso nascita. Tramite lo scambio di un turno infermieristico con un turno di ostetriche si è ottenuta una maggiore presenza di questa figura per aumentare il coinvolgimento nella gestione dei parti fisiologici e permettere l'inserimento nell'equipe di sala operatoria dedicata all'effettuazione di parti cesarei, sia elettivi che emergenti, attraverso un percorso di formazione e addestramento per rispondere in maniera più adeguata e tempestiva alle emergenze ostetriche.

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

3.4.3 Appropriatelyzza clinica e organizzativa

Percorso diagnostico-terapeutico (PDT) per lo *stroke*. Nell'ambito delle azioni previste dalla DGR 1720/2007 relative al [percorso diagnostico-terapeutico *Stroke Care*](#), l'AUSL di Imola sta sviluppando azioni di miglioramento definite in tema di trattamento dell'ictus e previste dal percorso diagnostico-terapeutico assistenziale aziendale elaborato nel 2008. L'analisi dei casi di *stroke* sui residenti imolesi porta ad un totale di 207 pazienti dimessi dagli ospedali della Regione Emilia-Romagna nel corso del 2012. Di questi 194, pari al 94%, sono stati dimessi dall'ospedale di Imola. Il trend della patologia mostra negli anni una sostanziale costanza. Con l'attivazione del nuovo Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) a maggio 2009 sono stati introdotti nuovi elementi strutturali, clinici ed organizzativi che hanno elevato qualitativamente l'assistenza al paziente con *stroke*. Sono stati formati i professionisti del DEA al riconoscimento precoce dei sintomi e all'applicazione delle scale internazionali, ed è stato, inoltre, richiesto ai professionisti il superamento del test di somministrazione della Scala NIH (*Stroke Scale*), con certificazione ufficiale, previo superamento della prova. Nel 2010 è stato attivato il percorso di

terapia trombolitica al paziente eleggibile: nel 2012 i casi trattati sono stati 10 (5% come da standard di riferimento). La nuova terapia trombolitica, nella sua fase sperimentale conclusiva di valutazione degli esiti, comporta l'inserimento dei casi trattati in un registro internazionale di pazienti, gestito dal *Karolinska Institute* di Stoccolma, dal quale vengono tratte le informazioni sugli esiti nel breve e nel medio periodo in termini di sopravvivenza e qualità della vita. I pazienti con *stroke*, secondo il percorso aziendale, trascorrono le prime 24-48 ore presso la degenza di terapia semi-intensiva sita nel DEA (Area Critica) per passare, secondo il principio di gradualità delle cure, verso un'area di degenza dedicata ad alta intensità clinico-assistenziale in area medica (*Stroke Care*), coordinata da un referente medico e con una equipe infermieristica adeguatamente formata. Dal 2010 l'azienda ha, infatti, avviato la fase attuativa del progetto "Gradualità delle Cure in area medica", sperimentazione di una nuova modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza che supera le compartimentazioni di disciplina e il modello per aree omogenee di cura, ampiamente trattato nel Bilancio 2011 in Sezione 7 "Obiettivi specifici ...".

In tutto il percorso assistenziale il paziente viene seguito da un *team* aziendale multidisciplinare e multiprofessionale di operatori, tra i quali l'infermiere *case-manager*, il neurologo, il fisiatra. Facendo seguito a quanto segnalato nel corso dell'*audit* clinico-organizzativo della Commissione regionale *Stroke Care*, del 2010, è stato effettuato, su base annuale, il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito previsti per il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (P.D.T.A.) dell'ictus. Per il 2013 è in previsione un ulteriore *audit* per il monitoraggio degli esiti delle azioni di miglioramento poste in essere. A maggio 2012 è stato attivato, presso gli ambulatori medici del Presidio Ospedaliero, l'ambulatorio di *follow-up* rivolto a pazienti con ictus in fase post-dimissione che non hanno riportato alcun esito rilevante e per i quali non è necessaria l'attivazione di assistenza territoriale sociale e/o sanitaria. Per coloro invece che presumibilmente andranno incontro ad esiti invalidanti che impediscono la visita ambulatoriale o rendono poco utile il controllo nel tempo, sono previsti in fase post-ospedaliera percorsi personalizzati, integrati e coordinati tra ospedale e territorio, tra servizi sociali e servizi sanitari.

Rete e percorsi oncologici. A partire dal 2010, l'assistenza al paziente oncologico presso l'AUSL di Imola ha visto un incremento di ricoveri e visite ambulatoriali: i casi presso il **Day Hospital Oncologico** passano da 338 nel 2010 a 482 nel 2012 (+42,6%) e le visite ambulatoriali complessive da 4.350 a 5.509 (+6,7%). Contestualmente, nel 2012, si è mantenuto il trend in diminuzione della mobilità passiva infra-regionale oncologica (dati S.D.O.), con una ulteriore riduzione del 14% in termini di casi (da 427 a 368) e del 15% in valorizzazione (oltre 200.000 euro). A questo ha contribuito anche una più stretta collaborazione professionale con l'IRCCS di Meldola, importante nodo della rete oncologica su cui verte il comprensorio imolese.

Relativamente alle discipline connesse all'assistenza oncologica e non presenti in azienda, in particolare la Radioterapia e la Medicina Nucleare, i rapporti con le strutture di riferimento routinario (Ospedale Bellaria di Bologna, Maria Cecilia Hospital di Cotignola e Ospedale di Faenza), sono stati maggiormente strutturati con la condivisione di percorsi di patologia. Nel corso

dell'anno sono stati, infatti, elaborati documenti relativi al percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (P.D.T.A.) del carcinoma mammario con l'Unità operativa di Oncologia e del tumore del colon-retto con l'Unità operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva. Per quest'ultima struttura la definizione del percorso è stata anche coronata dall'apertura del nuovo Polo Endoscopico presso l'Ospedale di Imola (novembre 2012) che consente di dare avvio all'attività di diagnostica broncoscopica e quindi di sviluppare a livello aziendale la fase diagnostica del percorso del tumore del polmone. Riguardo al monitoraggio dei P.D.T.A. di area oncologica, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, è stato effettuato il monitoraggio del carcinoma mammario, utilizzando l'indicatore "% interventi entro 45 giorni dalla mammografia", risultato del 70% nel 2012 e del colon-retto, utilizzando l'indicatore "% interventi entro 45 giorni dalla colonscopia", risultato del 77%.

In tema di condivisione di elementi di buona pratica clinica, l'Unità operativa di [Oncologia](#), ha garantito un approccio multidisciplinare per il P.D.T.A. del carcinoma mammario che vede presenti per la discussione dei casi, su base settimanale, il radiologo, il chirurgo, l'oncologo e l'anatomopatologo, oltre ad eventuali ulteriori partecipanti (genetista, medico di medicina generale, ecc.). Le attività di [screening per il carcinoma mammario](#) hanno previsto anche l'attuazione del programma allargato alle donne con familiarità. E' stata anche valutata la possibilità di concentrare la casistica oncologica che necessita di trattamenti complessi da gestire in degenza ordinaria, a cui verrà data risposta con l'attivazione di PL specialistici di oncologica, gastroenterologica e nefrologica nell'area medica al quinto piano dell'Ospedale di Imola.

La [rete delle cure palliative oncologiche](#), deliberata nel 2011, ha proseguito l'attività di organizzazione dell'assistenza tra i vari nodi della rete e attraverso percorsi personalizzati, integrati e coordinati tra ospedale e territorio e tra servizi sociali e sanitari. Riguardo alle cure palliative l'AUSL di Imola registra una *performance* superiore allo standard nazionale relativamente ai decessi per malattia neoplastica avvenuti presso l'Hospice o al domicilio: a fronte di 419 decessi per patologia oncologica nel 2011 (dati 2012 non disponibili), 375 (90%) sono occorsi entro il comprensorio imolese, di cui il 44% in area ospedaliera, il 37% in Hospice, il 16% al domicilio, il 2% in strutture residenziali socio-assistenziali, l'1% in altre strutture. Il tasso di decesso in Hospice o al domicilio è del 54%, *versus* uno standard del $\geq 50\%$.

Area materno infantile. Nell'ambito dell'assistenza alla gravidanza da segnalare il **Test combinato** costituito da un prelievo di sangue e da una particolare ecografia ostetrica i cui risultati combinati tra loro attraverso calcoli specifici, forniscono la percentuale di rischio che il feto possa essere affetto da alcune anomalie cromosomiche. Il percorso di erogazione del test combinato secondo le direttive regionali è stato formalmente avviato a marzo 2012 con l'attivazione di due sedi, una consultoriale (2 medici ginecologi certificati dalla *Fetal Medicine Foundation*) ed una ospedaliera (un medico ginecologo certificato). La proposta viene effettuata dal personale del Consultorio Familiare, che può inviare la donna ad entrambe le sedi di esecuzione dell'ecografia. I campioni di sangue vengono inviati settimanalmente all'Azienda

Ospedaliero-Universitaria di Bologna. All'atto dell'esecuzione dell'ecografia il medico ginecologo calcola l'indice di rischio e nello stesso accesso effettua la restituzione dell'esito.

I test eseguiti nel 2012 sono stati 179, di cui 141 presso il Consultorio Familiare e 38 presso la Ginecologia e Ostetricia. Il tasso sui nati (marzo – dicembre 2012) nel punto nascita di riferimento è di oltre il 24% (lo standard definito per questa fase di avvio è del 20%). L'offerta del test combinato ha contribuito alla variazione dei volumi delle prestazioni di diagnostica di secondo livello, in particolare delle villocentesi. La gestione del passaggio al secondo livello diagnostico viene condotta dal medico ginecologo, attraverso l'avvio del percorso di consulenza genetica ed esecuzione di test invasivo (villocentesi o amniocentesi). Nel 2012 sono stati eseguiti 141 prelievi di villi coriali, prestazione che prima non veniva eseguita in azienda, mentre le amniocentesi sono scese da 160 nel 2011 a 118 nel 2012. L'avvio del test combinato è stato accompagnato da un corso di formazione residenziale rivolto ai professionisti interessati (ginecologi, ostetriche, genetisti, infermieri, medici di medicina generale, psicologi, medici di patologia generale, biologi, assistenti sanitarie, ecc.) eseguito da docenti interni.

Nel 2012 è stato istituito il gruppo di lavoro aziendale che ha validato la procedura di gestione della [presa in carico della gravidanza fisiologica a basso rischio](#) (vedi anche Sezione 6 par. 6.1.2 Principali progetti di ricerca aziendali) secondo le direttive regionali. Questo percorso di presa in carico da parte dell'ostetrica in regime di Day Service Ambulatoriale è rivolto alle donne che accedono al Consultorio Familiare e che abbiano una gravidanza diagnosticata come normale. L'attività è partita a livello sperimentale in ottobre 2012 con la presa in carico di 5 donne gravide ed attualmente si sta concludendo un corso di formazione in ambito di Area Vasta Centro, rivolto alle ostetriche del Consultorio Familiare.

Riduzione del taglio cesareo. Nel 2012, l'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia ha dato applicazione ai contenuti della Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole". In particolare, è stata introdotta l'offerta della tecnica di Rivolgimento per Manovre Esterne (RME) a termine di gravidanza, quale tentativo per ridurre le probabilità di presentazioni non cefaliche e di taglio cesareo. La presentazione podalica è stata, inoltre, gestita attraverso metodiche di medicina non convenzionale quali l'agopuntura e la moxibustione, selezionando donne candidabili al protocollo di ricerca "[Giù la testa](#)", promosso dal CeVEAS a cui l'AUSL di Imola ha aderito. Sono state, infine, riviste le indicazioni al taglio cesareo, in particolare in merito alle indicazioni ortopediche ed oculistiche. A fine 2012 si è rilevato un decremento del numero dei tagli cesarei (Sezione 2 Tabella 2.71).

Assistenza Neonatale. La Pediatria ha partecipato alle attività della Commissione Nascita del 2012, in particolare al gruppo "Cure Perinatali" per l'individuazione dei criteri per il ridisegno dei servizi di assistenza neonatale (neonatologia e Terapie Intensive Neonatali – TIN). La Pediatria mantiene stretti rapporti con le TIN di riferimento (AOSP e AUSL di Bologna) di natura clinica (gestione dei trasporti verso la struttura *Hub*) e professionale. Di particolare importanza i corsi per il mantenimento della *clinical competence* in tema di rianimazione neonatale effettuati dal

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

personale e che hanno previsto attività di docenza da parte del personale delle strutture *Hub*. L'AUSL di Imola è da tempo inserita nella gestione *Hub versus Spoke (back transport)* non solo dei casi che vertono sul bacino di competenza territoriale, ma anche dei casi che gli *Hub* di riferimento, per esigenze di posti letto, necessitano di gestire in rete indipendentemente dall'afferenza territoriale. I casi di *back transport* medi annuali gestiti dalla Pediatria sono 10-15. L'azienda, con riferimento al progetto finanziato dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie "Test genomici predittivi: censimento in alcune Regioni italiane per l'istituzione di un registro dell'offerta e promozione di interventi formativi per i medici prescrittori" che riguarda Lazio, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia e Veneto si è fatta carico della fase formativa rivolta agli oncologi, neurologi ed ai medici di medicina generale, in particolare sul tema della richiesta di consulenza genetica. Il gruppo di lavoro "Rete Regionale della Genetica", a cui partecipa la Genetica Medica dell'AUSL di Imola, nel 2012, ha contribuito alla definizione dei "pacchetti di prestazioni", inclusi nella DRG 1980/2012 "Indicazioni in ordine all'esecuzione dei test di Genetica medica nella Regione Emilia-Romagna".

Dimissioni Protette. Nel 2012 proseguono le attività del [Punto Unico di Accesso \(PUA\)](#), con l'estensione del processo di informatizzazione dall'ambito Medico a quello Chirurgico (chirurgia, urologia, ortopedia). In Tabella 3.4 i casi di dimissione protetta per fasce di età.

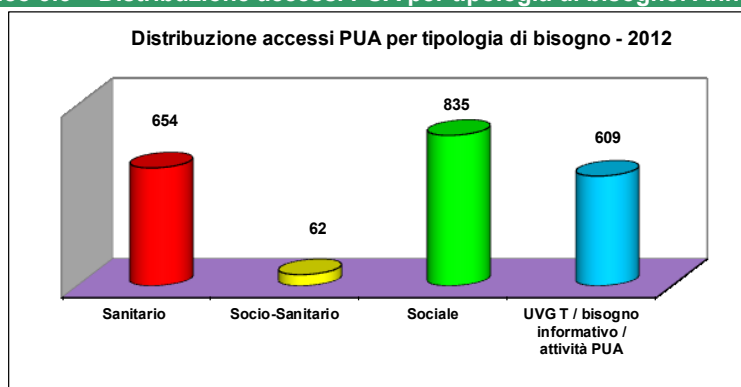
Tabella 3.4 – Segnalazioni e dimissioni per reparto e fasce di età. Anno 2012

RAPPORTO SEGNALAZIONI / DIMISSIONI PER REPARTO ED ETA'. ANNO 2012											
Reparti/Età	=> 85	84 - 75	74 - 65	64 - 55	54 - 45	44 - 35	34 - 25	24 - 15	14 - 0	Tot. Segnalazioni	% Segnalazioni
AMBI - MEDICINA MINORE INTENSITA CLINICA	27	51	9	4	4	1	0	0	0	96	4,4%
MEDI - MEDICINA INTERNA 1	36	31	16	1	4	1	0	0	0	89	4,1%
MED2 - MEDICINA INTERNA 2	42	35	11	2	2	1	0	0	0	93	4,3%
GERM - GERIATRIA MISTA	157	92	4	0	0	0	0	0	0	253	11,7%
LUN - LUNGODEG.INTENSIVA	112	125	33	10	5	0	0	0	0	285	13,2%
LDFC - LUNGODEG.POST A GUTI CSP	101	86	25	10	4	0	0	0	0	226	10,5%
CARD - CARDIOLOGIA	1	3	3	1	0	0	0	0	0	8	0,4%
MUR	2	5	1	1	2	0	1	0	0	12	0,6%
URLOL	0	1	2	0	1	0	0	0	0	4	0,2%
CHIA - CHIRURGIA A	1	9	2	2	3	0	0	0	0	17	0,8%
ORTB - ORTOPIEDIA	10	9	1	2	0	0	0	0	0	22	1,0%
RIAN - RIANIMAZIONE	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0,1%
SEM - TERAPIA SEMINTENSIVA	0	0	2	1	1	1	2	0	0	7	0,3%
PSIO - PSICHIATRICO OBBL.	0	3	2	1	2	0	0	0	0	8	0,4%
PSIV - PSICHIATRICO VOL.	0	9	1	4	4	3	0	0	0	21	1,0%
HOSP - HOSPICE	2	12	7	2	0	0	0	1	0	24	1,1%
PEDG - PEDIATRIA GENERALE	0	0	0	0	0	0	1	2	18	21	1,0%
PEPN - PEDIATRIA NEONATALE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,0%
OSTE - OSTETRICIA-GINECOLOGIA	0	1	0	0	0	4	4	1	0	10	0,5%
NIDO - NEONATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0,1%
DIALISI-NEFROLOGIA	1	2	0	1	1	2	0	0	0	7	0,3%
DH ONCOL	1	1	0	1	4	8	0	0	0	15	0,7%
OBII	1	2	2	0	0	2	1	0	0	8	0,4%
FRONTO SOCCORSO	7	16	10	8	12	17	7	7	4	88	4,1%
ALTRI SERVIZI	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,0%
DOMICILIO	258	246	111	31	28	6	6	2	10	698	32,3%
Montecatone	1	12	19	12	11	5	3	3	0	66	3,1%
ospedale altra AUSL	14	14	6	5	2	0	0	0	1	42	1,9%
Strutture ASP (CPIRSA)	10	14	4	1	0	0	0	0	1	30	1,4%
altro	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0,1%
TOTALE	784	782	272	101	91	51	25	16	38	2.160	100%
%	36,3%	36,2%	12,6%	4,7%	4,2%	2,4%	1,2%	0,7%	1,8%	100%	

La messa a regime dell'informatizzazione e l'interfaccia tra Cartella Infermieristica informatizzata e il [SW per la gestione infermieristica territoriale Arianna-ADI](#), nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria, ha permesso di creare un flusso di dati relativo all'accertamento infermieristico e alla segnalazione di dimissione protetta. E' in fase di elaborazione, da parte della Pediatria, una proposta di scheda di segnalazione cartacea per la presa in carico territoriale del bambino.

Per facilitare l'accesso alle informazioni da parte del cittadino è stato garantito l'aggiornamento sul sito internet della sezione sul PUA con orari, recapiti ed email dei Medici di Medicina Generale; informative sui percorsi ospedale territorio (richiesta Invalidità Civile, attivazione Servizio di Mediazione Culturale, Servizio Infermieristico Domiciliare, Sportelli Sociali del territorio, elenco e recapiti CRA per anziani non autosufficienti); reportistica sull'utilizzo del servizio da parte delle Unità Operativa. Nel 2012 sono stati segnalati 2.160 casi, di cui: 835 di carattere sociale, 654 sanitario, 62 socio-sanitario; 609 sono segnalazioni in ordine alle quali è il PUA in seconda istanza a definire, sulla base del bisogno, la risposta assistenziale (Grafico 3.5).

Grafico 3.5 – Distribuzione accessi PUA per tipologia di bisogno. Anno 2012



Queste segnalazioni hanno richiesto la necessità di effettuare 310 UVG ospedaliere per dimissioni protette alle quali si aggiungono 123 UVG semplificate per accessi temporanei alla CRA "Fiorella Baroncini" e 404 UVG territoriali. Nel 2012 è stata redatta la procedura "continuità Ospedale territorio: Dimissione Protetta" dove si è provveduto a definire le tipologie di presa in carico introducendo un criterio di "complessità assistenziale". Risultano 542 prese in carico ad alta intensità (valutazioni di equipe per casi complessi attraverso l'UVG Ospedaliero, gravi disabilità, ADI 1,2,3 / visita in reparto con MMG) e 823 a bassa intensità (percorsi di continuità semplice ospedale-territorio che richiedono l'assistenza infermieristica e segnalazioni semplici ai servizi sociali per colloquio con Assistente Sociale ed eventuale attivazione SAD).

3.4.4 Gestione del rischio "sicurezza delle cure"

Assetto organizzativo per rischio e sicurezza. Vengono di seguito esposte le politiche aziendali per la sicurezza delle cure ed il risarcimento dei danni. In riferimento alla gestione diretta dei sinistri, in conformità alle indicazioni di garantire l'integrazione delle diverse componenti della [gestione del rischio](#) con il coinvolgimento del Collegio di Direzione nel governo delle funzioni, la Direzione Sanitaria ha coordinato la stesura di procedure (luglio 2012) che prevedono un'apposita Commissione aziendale di gestione del rischio presieduta dal Direttore Sanitario. Quanto sopra al fine di mettere in rete le informazioni derivanti dai diversi processi aziendali in tema di segnalazioni critiche/eventi avversi, nonché delle conseguenti possibili azioni

correttive/migliorative. Sotto il profilo dell'assetto organizzativo e della modalità di gestione dei sinistri è stato nominato il *Risk Manager* ed è stata formalizzata la costituzione del Comitato Valutazione Sinistri, composto dal Responsabile della Medicina Legale, dal Direttore dell'Unità operativa Segreteria Generale e Affari Legali e dal *Risk Manager*, in conformità alla DGR 653/2012. Il Comitato Valutazione sinistri era comunque già operante in azienda in quanto previsto nei più recenti protocolli sottoscritti con le Compagnie Assicuratrici per la RCT.

I Protocolli sanciscono la gestione congiunta (Azienda – Compagnia) delle vertenze, sia per la fase istruttoria che decisoria. Per quanto riguarda la mappatura della sinistrosità, gli uffici gestori del contenzioso curano (oltre all'alimentazione ed aggiornamento del data base regionale) apposita reportistica, integrata con quella delle Compagnie, con riferimento ai sinistri aperti (denunciati) dal 1.7.2002 sulle polizze RCT *claims made*. Tale reportistica è stata utilizzata per una elaborazione dei dati più rilevanti sotto il profilo dell'analisi della sinistrosità (limitatamente ai casi di responsabilità professionale sanitaria), presentata ai Direttori delle Unità Operative Complesse in apposito incontro di formazione realizzato a novembre a cura dei dirigenti della Medicina Legale e degli Affari Legali; nel corso dell'incontro sono state illustrate anche le procedure di co-gestione dei sinistri. La tabella sotto riportata evidenzia tutti i sinistri giunti all'attenzione dell'azienda per segnalazione diretta o indiretta dell'interessato, ovvero per la notizia dell'avvio di una azione penale o civile o per il semplice sequestro di documentazione clinica.

Tabella 3.6 – Sinistri aperti per anno. Periodo 2008 - 2012

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

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

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

Nello specifico, è stata codificata, già a partire dal 2009, una procedura "percorso pre-operatorio", inserita nel sistema aziendale definito *doc web* al quale gli operatori abilitati possono accedere tramite intranet aziendale. In merito ai modelli di assistenza post-operatoria, sono state implementate procedure finalizzate sia alla corretta assistenza postoperatoria sia all'assistenza pre-operatoria. Il modello assistenziale adottato è per settori, nel senso che ad un gruppo di

infermieri è assegnato un gruppo di pazienti. Inoltre, c'è da segnalare che tutte le procedure attivate nelle sale operatorie garantiscono adeguata sicurezza; a supporto di ciò l'azienda ha aderito al *network* regionale definito "S.O.S. NET". Infine, in tutte le Unità Operative, è garantita la procedura di [identificazione del paziente](#) tramite il braccialetto elettronico oggetto nell'ambito di un progetto di modernizzazione regionale a cui ha partecipato attivamente l'AUSL di Imola.

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

Infezioni correlate all'assistenza (ICA). Lo stato di attuazione delle indicazioni regionali in tema di rischio infettivo viene monitorato dall'Area Rischio Infettivo dell'Agenzia Sanitaria e Sociale attraverso i flussi informativi regionali (Programma SiCHER, sorveglianza dell'uso di antibiotici e delle resistenze antibiotiche) e indagini *ad hoc*. Gli aspetti maggiormente monitorati e valutati all'interno dell'azienda, coerentemente agli indirizzi regionali, riguardano:

- L'attuazione delle linee di indirizzo regionali sulla prevenzione e controllo degli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi con particolare riguardo alla applicazione delle misure di isolamento. Nel 2011 era stato diffuso per l'area ospedaliera il Protocollo specifico "Indicazioni pratiche per la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CRE) nelle strutture sanitarie"; mentre per l'area delle CRA è stato aggiornato e diffuso a gennaio 2012 il protocollo "Precauzioni da adottare per la prevenzione e il controllo della diffusione dei germi resistenti nelle strutture socio-sanitarie". Per quanto riguarda le misure di isolamento, come priorità il paziente viene collocato in stanza singola, se non disponibile nell'Unità Operativa, si opta per l'isolamento spaziale. Il Coordinatore assistenziale deve controllare l'osservanza delle precauzioni aggiuntive e standard da parte degli operatori e visitatori. Nel 2012 presso il Presidio Ospedaliero risultano sorvegliati 2 pazienti con infezione urinaria da *Klebsiella Pneumoniae* resistente ai carbapenemi: è stato effettuato in entrambi i casi l'isolamento per contatto e la sorveglianza dei contatti.
- A cadenza mensile, l'Area Rischi Clinici provvede ad inviare tramite la rete C.I.O (Comitato Infezioni Ospedaliere) i dati di monitoraggio degli enterobatteri produttori di carbapenemasi relativi al Presidio Ospedaliero e a Montecatone *Rehabilitation Institute* S.p.A..
- Per quanto riguarda l'obiettivo "Le Aziende sanitarie devono predisporre e aggiornare i piani di valutazione del rischio da legionella nelle strutture sanitarie e trasmetterli tempestivamente ai Servizi regionali competenti e migliorare la tempestività nella esecuzione delle indagini epidemiologiche e ambientali conseguenti a casi con sospetta o confermata esposizione ospedaliera, curando la trasmissione delle informazioni complete, raccolte in modo sistematico, alla Regione" si è provveduto ad attuare tutte le azioni necessarie nei tempi e nei modi previsti. Il piano di valutazione è stato rivisto e aggiornato nel 2012; nel corso dell'anno, non si sono verificati casi di legionellosi correlate alle pratiche assistenziali.

Sicurezza in sala operatoria. In merito alla prevenzione delle infezioni correlate agli interventi chirurgici e coerentemente all'obiettivo regionale sulla sorveglianza delle infezioni che prevedeva, dal 2012, la sorveglianza del 100% degli interventi, è stata garantita la sorveglianza di tutti gli interventi chirurgici afferenti le branche di chirurgia, ginecologia/ostetricia, ortopedia e urologia.

E' stato, inoltre, possibile sorvegliare tutti gli interventi chirurgici senza aggiungere nessun tipo di risorsa, informatizzando al 90% il sistema di sorveglianza, tramite personale aziendale e interfacciando il software regionale per l'input dei dati con quello della sala operatoria, della gestione dei ricoveri ed il sistema ambulatoriale. I referenti del progetto di ogni Unità Operativa trasmettono all'Area Rischi Clinici tutti i casi di infezione del sito chirurgico che, dopo essere stati valutati, vengono inseriti nel data base regionale, specificando il tipo di infezione e la data di insorgenza. Mensilmente vengono poi inseriti anche i dati in caso di assenza di infezione dopo controllo ambulatoriale ad un mese e il database viene inviato al servizio competente della regione. Nel 2012 si è verificata una infezione su 907 interventi sorvegliati, con un tasso di incidenza pari allo 0,11% che rientra negli standard regionali.

Dal 2010 l'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna (ASSR) ha curato l'adattamento delle raccomandazioni del Ministero e la loro diffusione tra le aziende sanitarie, avviando, con la partecipazione del Policlinico di Modena, il progetto SOS.net (Sale Operatorie Sicure) che si propone di promuovere l'uso della *checklist* nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un database dedicato. L'adesione delle aziende al progetto, in particolare l'adesione al database dedicato, viene di seguito descritta attraverso un semplice indicatore di "copertura" riferito alla percentuale di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della *checklist*. Per l'AUSL di Imola tale indicatore evidenzia una buona *performance*, che dimostra un netto miglioramento: nel 2012 la copertura è al 91,1%, mentre nel 2011 risultava al 47,7%, ed è nettamente superiore alla copertura media regionale che si attesta al 30,7%.

Tabella 3.7 –Interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della *checklist* SOS.net. Anno 2012

Anno 2012 Tipo di stabilimento	INDICATORE			Stabilimenti	
	Num.*	Den.**	Val. (%)	N.Tot.	N.Partecip.***
PUBBLICO (AUSL E AOSP)	228.571	68.965	30,2%	51	34
PRIVATO ACCREDITATO	76.874	24.850	32,3%	29	14
TOTALE RER	305.445	93.815	30,7%	80	48
AUSL IMOLA	5.875	5.352	91,1%	2	2

*Num.: interventi chirurgici per i quali è documentata la compilazione della checklist SOS.net nel 2012

**Den.: totale ricoveri con DRG chirurgico registrati nell'anno 2012

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

Sinistro/contenzioso. In Emilia-Romagna i dati sui danni subiti (o percepiti) dai pazienti a rilevanza etica, clinica ed economica vengono registrati e periodicamente analizzati, a livello regionale, in un database dedicato, presso l'ASSR. La casistica inserita viene, inoltre, utilizzata per assolvere al debito informativo nei confronti del Ministero della Salute, mediante il flusso informativo SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) che rileva i sinistri su scala nazionale. La capacità dell'azienda di garantire la buona qualità dei dati inseriti nel

database regionale dei sinistri può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso un primo indicatore dato dalla % di *missing* (informazioni mancanti) per quattro variabili rilevanti nella descrizione del singolo sinistro: a) danno lamentato; b) tipo di prestazione; c) anno di nascita della persona danneggiata; d) codice ministeriale. Nell'applicativo regionale queste variabili sono necessarie per la chiusura del sinistro. Tuttavia le stesse informazioni sono vincolanti per l'aggiornamento del flusso ministeriale SIMES; di conseguenza le aziende sono tenute a registrarle a partire dall'apertura del sinistro.

Tabella 3.8 – Missing AUSL Imola e RER. Anno 2012

Azienda sanitaria	INDICATORE			sinistri aperti nell'anno 2012
	Num.*	Den.**	Val. (%)	
AUSL IMOLA	6	284	2,1%	71
DATO RER	393	6784	5,5%	1.696

** Num.: numero variabili di interesse non compilate nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione

*** Den.: numero totale variabili di interesse da compilare nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione

Un secondo indicatore è rappresentato dalla percentuale di sinistri eligibili per la chiusura, ma non ancora chiusi, sul numero totale atteso di procedimenti chiusi.

Tabella 3.9 – Procedimenti non formalmente chiusi AUSL Imola e RER. Anno 2012

Azienda Sanitaria	INDICATORE			sinistri aperti nell'anno 2012
	Num.*	Den.**	Val. (%)	
AUSL IMOLA	2	13	13,3%	71
DATO RER	20	155	11,4%	1.696

*Num.: procedimenti non formalmente chiusi (ovvero quelli per cui non sono compilate le variabili "data chiusura pratica" ed "esito definizione") nell'anno

**Den.: numero di sinistri chiusi atteso

Sistema RIS/PACS. Le azioni attuate nel 2012 dalla Radiologia per migliorare la sicurezza nell'ambito del sistema RIS/PACS, sono state: implementazione delle tre procedure specifiche che riguardano l'identificazione univoca del paziente, la gestione del paziente anonimo proveniente da PS e la comunicazione di non conformità anagrafica/immagine all'amministratore di sistema; la messa in opera di dette procedure ha ridotto il numero dei *near miss*, in particolare nella comunicazione interna tra gli operatori della Radiologia e operatori di altre Unità Operative che attivamente afferiscono al reparto, come il servizio trasporto pazienti interni; addestramento, per garantire una corretta identificazione del paziente già al momento dell'accesso, anche del personale amministrativo del *front office*. Il processo di gestione del rischio è continuamente monitorato attraverso la rilevazione del numero di non conformità e alla loro condivisione attraverso riunioni di reparto per cercare di concretizzare azioni di miglioramento per la risoluzione dei problemi. E' stato iniziato un percorso strutturato relativo alla identificazione del paziente intervenendo anche sulla ottimizzazione delle banche sui dati anagrafici.

Tracciabilità pazienti e prevenzione errori di identificazione. In riferimento all'utilizzo di sistemi di identificazione del paziente, l'azienda ha introdotto il [sistema di identificazione tramite "braccialetto elettronico"](#) in tutte le unità operative a degenza ordinaria e al Pronto Soccorso, ad eccezione di Pediatria e Nido che utilizza un sistema proprio. Sempre nell'ambito della identificazione informatizzata si rileva che presso tutti i punti di accettazione sono disponibili lettori *barcode* che permettono una sicura identificazione del cittadino.

Sistema *Incident Reporting*. Nel 2012 è stata costituita ed appositamente formata una rete di facilitazione (referenti [Incident Reporting](#) aziendale) costituita da medici e personale sanitario di tutte le unità operative al fine di raccogliere le segnalazioni relative agli eventi avversi e *near miss* ed agli eventi sentinella. Tali segnalazioni vengono analizzate e discusse all'interno delle unità operative al fine di individuare le soluzioni possibili e successivamente inserite nel data base regionale dell'*Incident Reporting*. Trimestralmente il flusso delle segnalazioni viene inviato alla commissione aziendale del rischio presieduta dal Direttore Sanitario per le opportune valutazioni e decisioni conseguenti. Il sistema delle segnalazioni spontanee si dimostra un valido aiuto per intervenire tempestivamente su problematiche di varia natura in modo proattivo ovvero prima della manifestazione di eventi con conseguenze per il paziente tramite applicazione di correttivi.

3.4.5 Politiche di acquisto di beni e servizi

Nel 2012 a livello di Area Vasta Emilia Centro (AVEC) sono state espletate 70 procedure di gara, di cui 51 svolte dal **Servizio Acquisti Metropolitan (SAM)** e 19 dal Dipartimento Acquisti Provinciale di Ferrara. L'importo totale annuo di aggiudicazione è stato di € 29,47 mln. con un risparmio di spesa complessivo di € 3,91 mln. pari al 13,3%, conseguente alla comparazione degli stessi volumi di beni e servizi acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti. Tutte le aziende hanno registrato importanti risparmi. Sono state, inoltre, espletate 14 procedure di rinnovo per un importo di € 5,45 mln. registrando un risparmio di € 52.297 pari a 0,96%, in seguito alla comparazione degli stessi volumi di beni e servizi acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti. Complessivamente, pertanto, 84 sono state le procedure negoziali attivate, tra nuove gare e rinnovi in unione d'acquisto, relative a B&S sanitari e non sanitari e ad attrezzature; di queste, 64 sono state svolte dal SAM e 20 dal Dipartimento Acquisti Provinciale di Ferrara. In particolare, si evidenzia che l'importo totale di aggiudicazione è di € 33,88 mln. con un risparmio di spesa complessivo di € 3,96 mln. pari all'11,7% rispetto alla comparazione degli stessi volumi di beni, servizi e attrezzature acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti.

Area Vasta Emilia Centrale (AVEC). Nel 2012 il volume economico per forniture e servizi acquisiti attraverso adesioni a gare di Area Vasta ammonta a € 9.600.641, corrispondente al 20,3% del bilancio complessivo annuale (esercizio 2012) nell'aggregato per beni e servizi.

Tale volume risulta in diminuzione in quanto l'Agenzia regionale Intercent-ER ha espletato la procedura di gara per la fornitura di farmaci. Il volume contrattuale complessivo al 31.12.2012 relativo alle adesioni in AVEC ed incidente sugli esercizi successivi, risulta pari a € 7.811.534 corrispondente al 16,5% del bilancio complessivo annuale 2012 nell'aggregato per beni e servizi, tale volume risulta in linea rispetto al precedente esercizio.

Tabella 3.10 – Ricognizione risultati attività AVEC. Periodo 2005 - 2012

Attività AVEC	2005	2006*	2007	2008	2009	2010**	2011	2012
N° procedure concluse (gare + rinnovi)	36	33	43	63	61	51	49	84
Importo totale aggiudicazione (Mln €)	35	107,28	71,1	60,05	30,88	44,69	32,76	33,88
Risparmio totale in valore (Mln €)	2,58	10,3	2,61	4,1	2,15	-1,52	2,56	3,96
Risparmio %	8,91	11,8	4,59	6,86	6,99	-3,4	7,83	11,7

* Comprensivo dell'ultima gara farmaci, successivamente svolta da Intercent-ER, che da sola vale 66 mln. di aggiudicato con un risparmio di 8,65 mln;

** I valori registrati risentono dell'espletamento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3,62 mln. Se si escludono tali procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 27,21 mln., si registra un risparmio totale di 2,10 mln. pari al 7,73% con risultati positivi per tutte le Aziende.

Agenzia Regionale Intercent-er. Nel 2012 il volume economico per forniture e servizi acquisiti attraverso adesioni a convenzioni dell'[Agenzia Regionale Intercent-er](#) ammonta a € 17.193.330, corrispondente al 36,3% del bilancio complessivo annuale (esercizio 2012) nell'aggregato per beni e servizi, registrando un volume in crescita rispetto agli anni precedenti. Il volume contrattuale complessivo al 31.12.2012 relativo alle adesioni a convenzioni Intercent-er ed incidente sugli esercizi successivi, risulta pari a € 11.965.508 corrispondente al 25,3% del bilancio complessivo 2012 nell'aggregato per beni e servizi. Tale volume risulta in diminuzione rispetto al precedente esercizio a seguito della mancata attivazione di nuove convenzioni Intercent-ER.

Tabella 3.11 – Adesione acquisti centralizzati. Periodo 2010 - 2012

BILANCIO B & S	2010		2011		2012	
	€ 45.663.036		€ 45.663.036		€ 47.379.368	
	Volume contrattuale di competenza	Volume contrattuale totale	Volume contrattuale di competenza	Volume contrattuale totale	Volume contrattuale di competenza	Volume contrattuale totale
ADESIONI INTERCENTER	9,98%	34,22%	13,77%	40,29%	36,29%	25,25%
	€ 4.555.358	€ 15.627.290	€ 6.217.927	€ 18.187.294	€ 17.193.330	€ 11.965.508
ADESIONI AREA VASTA	27,22%	49,75%	44,36%	17,91%	20,26%	16,49%
	€ 12.428.079	€ 22.716.989	€ 20.026.540	€ 8.085.080	€ 9.600.641	€ 7.811.534

Nel 2012, in linea con gli ambiti di attività affrontati dal Dipartimento Acquisti di AVEC, è stata effettuata una iniziativa formativa a livello di Area Vasta rivolta agli operatori coinvolti nei processi di acquisto riguardante il "Regolamento di attuazione del Codice dei Contratti Pubblici con particolare riferimento alle problematiche inerenti l'aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa".

Altra attività in Area Vasta Emilia Centro. Nel corso del 2011 è stato avviato il percorso per la definizione dell'Accordo Quadro di AVEC, secondo quanto previsto dalle Direttive Regionali sull'istituzione delle Aree Vaste, che è stato portato a termine nel 2012 con la validazione di conformità da parte dell'Assessorato regionale alla Salute. A decorrere dal 12 ottobre è quindi venuta a cessare l'AVEC come Associazione delle Aziende, secondo lo Statuto a suo tempo approvato e dalla stessa data si è istituito l'AVEC, nella configurazione prevista dalle Direttive regionali di cui alla DGR 927/11 sopra richiamate. La costituzione degli organismi decisori e di coordinamento dell'AVEC hanno condotto, sul piano formale, ad un percorso dove gli impegni e l'attuazione delle decisioni delle aziende, assunte all'unanimità, trovano più concretamente riscontro verso i risultati/obiettivi oggetto delle programmazioni dei vari livelli istituzionali.

Le attività sottoelencate si riferiscono al 2012 in relazione a specifici temi sviluppati di interesse comune delle aziende:

- Formalizzazione dell'Accordo Quadro AVEC e istituzione nuovi organismi con decorrenza 12 ottobre 2012.
- Commissione del Farmaco di AVEC.
- Completamento dell'iter istruttorio, costituzione ed avvio attività del Registro Tumori di AVEC.
- Attività dei gruppi di lavoro per la definizione di protocolli e procedure condivise, studi ed approfondimenti e percorsi progettuali, in materia amministrativa: a) adempimenti per l'applicazione del "Decreto Balduzzi" per quanto concerne l'Attività Libero Professionale con ricognizione presso le Aziende Sanitarie; b) "Certificazione di bilancio" documento inoltrato alla Regione quale contributo per la definizione degli adempimenti delle Aziende;
- Adesione al progetto sperimentale della RER sull'autoassicurazione a cui partecipa una delle Aziende di AVEC (AOSP UNIV. di Bologna).
- Rendicontazione delle procedure di gara comuni svolte in AVEC.
- Progetto per l'unificazione dei Servizi Acquisti di AVEC, successivamente validato dal Comitato dei Direttori AVEC.
- Attività dei gruppi per la definizione di protocolli e procedure condivise, studi ed approfondimenti e percorsi progettuali in campo sanitario/assistenziale: a) IMA STEMI – 118; b) Audit gruppo riabilitazione su "Frattura del femore nell'anziano"; c) Documento su "Medicina dello Sport"; d) Progetto Laboratorio Unico di AVEC.

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

4.1 "Carta di Identità" del personale

Le informazioni di seguito esposte hanno l'obiettivo di fornire dati e informazioni per comprendere il "profilo" del [personale dell'AUSL di Imola](#), evidenziandone la distribuzione per tipologia contrattuale; categoria di appartenenza del personale dipendente; anagrafica professionisti; ecc..

Le risorse umane complessive impegnate nelle attività tipiche aziendali, a vario titolo contrattuale, nel 2012 (dato al 31/12) risultano 1.980, registrando rispetto al 2011 una sostanziale equivalenza. Se però si analizzano i dati per tipologia contrattuale si osserva un lieve calo del personale convenzionato compensato da un lieve aumento del personale dipendente (+8 unità).

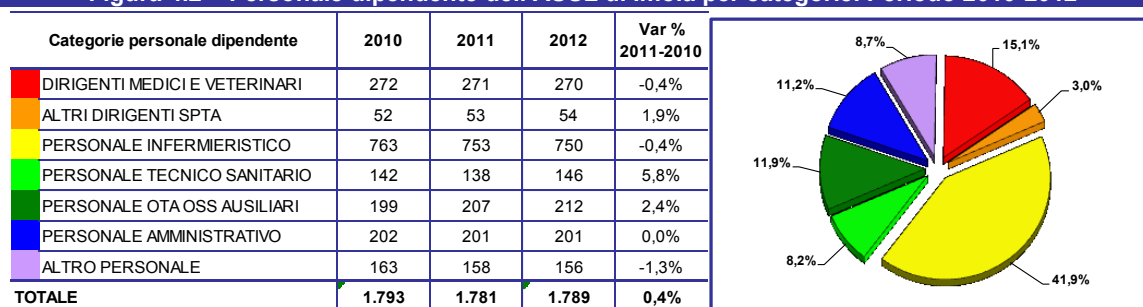
Tabella 4.1 - Personale dell'AUSL di Imola per tipologia contrattuale. Periodo 2010-2012

Tipologia contrattuale	2010	2011	2012	Var % 2012 - 2011
Dipendente	1.793	1.781	1.789	0,4%
Convenzionato*	167	169	163	-3,6%
Contratti libero-professionali, co.co.co.	35	29	28	-3,4%
TOTALE	1.995	1.979	1.980	0,1%

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

In Figura 4.2 si rappresenta, dal 2010 al 2012, 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 2010-2012



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

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

Tabella 4.3 – Personale convenzionato per categorie, genere e classi di età. Anno 2012

Categorie personale convenzionato	sesso		classi di età					Totale	%
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65		
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA	53	41		5	22	64	3	94	58%
MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	7	14		2	9	10		21	13%
MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (titolari)	14	10	1	8	7	8		24	15%
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	9	15		3	4	16	1	24	15%
Totale	83	80	1	18	42	98	4	163	100%

In Tabella 4.4 vengono riportati i contratti libero professionali e i Co.Co.co al 31/12, indipendentemente dalla durata e dall'impegno settimanale. Il personale viene rappresentato per categoria, genere e fasce d'età. Rispetto a questa tipologia contrattuale i medici risultano prevalenti, mentre per genere si evidenzia una prevalenza dei maschi sulle femmine.

Tabella 4.4 - Liberi professionisti e Co.co.co. per categorie, genere e classi di età. Anno 2012

Liberi professioniste Co.co.co.	sesso		classi di età					totale
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI AMM.VI	1				1			1
MEDICI	8	6	4	2	1	5	2	14
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	3	2	1	3	1			5
PERSONALE INFERMIERISTICO	1		1					1
PERSONALE TECNICO	1				1			1
PERSONALE TECNICO SANITARIO		1	1					1
PSICOLOGI	1	2	3					3
COMPONENTI NUCLEO VALUTAZIONE	2			1			1	2
Totale	17	11	10	6	4	5	3	28

Resta confermato il decremento registrato nell'anno precedente ed evidenziato in Tabella 4.1, in coerenza con le politiche di stabilizzazione avviate dall'azienda a partire dal 2007.

La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola (Tabella 4.5) sostanzialmente si ripropone immutata: ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata dato dal numero basso degli *under 35*; massima concentrazione nelle classi 35-44 e 45-54 anni; età media alta del personale amministrativo e tecnico.

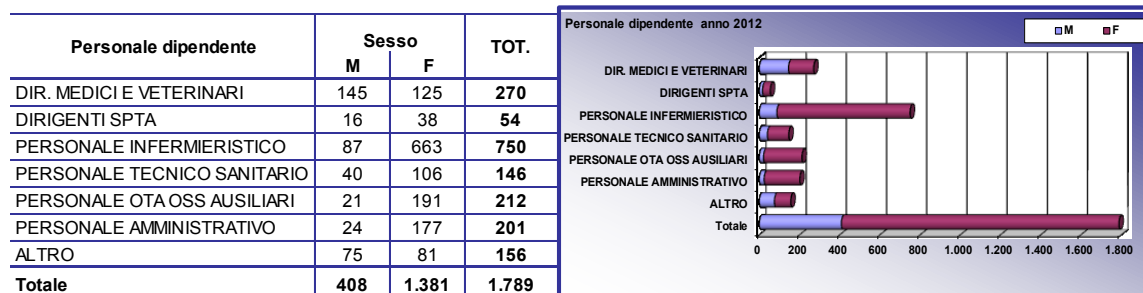
Tabella 4.5 - Personale dipendente per categorie e classi di età. Anno 2012

Personale dipendente	classi di età					TOT.
	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	21	63	64	121	1	270
ALTRI DIRIGENTI SPTA	1	15	18	20		54
PERSONALE INFERMIERISTICO	97	256	292	105		750
PERSONALE TECNICO SANITARIO	29	29	66	22		146
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	9	46	110	47		212
PERSONALE AMMINISTRATIVO	3	19	138	41		201
ALTRO	4	27	82	42	1	156
Totale	164	455	770	398	2	1.789

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

Il grafico di Figura 4.6 "fotografa" l'azienda come una "organizzazione femminile", confermando che sono le donne in maggioranza ad essere impegnate nelle professioni di "cura e assistenza". Il genere maschile risulta in maggioranza per la categoria "dirigenti medici e veterinari" (anche se negli anni il *gap* va riducendosi). Le donne risultano in netta maggioranza tra il personale "amministrativo" e tra il personale "infermieristico" e "ota/oss ausiliari".

Figura 4.6 - Personale dipendente per categorie e genere. Anno 2012



Nella tabella che segue viene presentata la suddivisione del personale dipendente per categorie e Livello di Assistenza. Si evidenzia come l'assistenza ospedaliera assorba il 65% dello stesso.

Tabella 4.7 – Personale dipendente suddiviso per categorie e livelli di assistenza. Anno 2012

Personale dipendente	OSPEDALE	DISTRETTO	SANITA' PUBBLICA	SERVIZI GENERALI	Totale
DIR. MEDICI E VETERINARI	211	37	19	3	270
DIRIGENTI SPTA	13	11	2	28	54
PERSONALE INFERMIERISTICO	598	123	12	17	750
PERSONALE TECNICO SANITARIO	81	46	16	3	146
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	187	20	2	3	212
PERSONALE AMMINISTRATIVO	35	42	11	113	201
ALTRO	30	9		117	156
Totale	1.155	288	62	284	1.789
%	65%	16%	3%	16%	100%

Anche nel 2012 l'AUSL di Imola registra un decremento (Tabella 4.8) delle unità di personale a tempo indeterminato (-8 unità), nel rispetto di una gestione oculata degli organici volta a garantire il contenimento del *turn over*, così come indicato dalla Regione negli obiettivi annuali.

Tabella 4.8 - Indicatore di mobilità del personale dipendente (*turn-over*). Anno 2012

DIPENDENTI 2012	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	1	1	15	17	5	3	8		16	1
ALTRI DIRIGENTI SPTA			1	1	1				1	0
PERSONALE INFERMIERISTICO	2	1	23	26	5	6	21		32	-6
PERSONALE TECNICO SANITARIO			7	7			4	1	5	2
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI			5	5	2		4	1	7	-2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1		4	5	1		4		5	0
ALTRO		2		2		1	4		5	-3
Totale	4	4	55	63	14	10	45	2	71	-8

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

In Tabella 4.9 si declina il fenomeno del *turn over*, rispettivamente, per modalità di reclutamento e per cause di cessazione. Per le prime, come da "natura" del lavoro dipendente aziendale, prevale in modo sostanziale l'utilizzo di graduatoria (53 su 63); per le seconde (cause di cessazione) il pensionamento risulta prevalente.

Tabella 4.9 - Modalità di reclutamento e cause di cessazione nell'AUSL di Imola. Anno 2012

ANNO 2012 - Modalità di reclutamento	TOT.
ASSUNZIONE INCARICO STRUTTURA COMPLESSA	1
TRASFERIMENTO DA ALTRO ENTE	9
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBL. CONTINUITA' TEMPO DETERM.	14
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA	39
Totale	63

ANNO 2012 - Cause di cessazione	TOT.
DECESSO	1
INIDONEITA' PERMANENTE A PROFICUO LAVORO	1
RECESSO DEL DIPENDENTE	6
RECESSO PER PENSIONAMENTO ANZIANITA'/VECCHIAIA	43
RISOLUZIONE RAPPORTO PER RAGGIUNTI LIMITI DI ETA'	2
TERMINE RAPPORTO-FINE ASPETT. ENTE ESTERNO	8
TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE	10
Totale	71

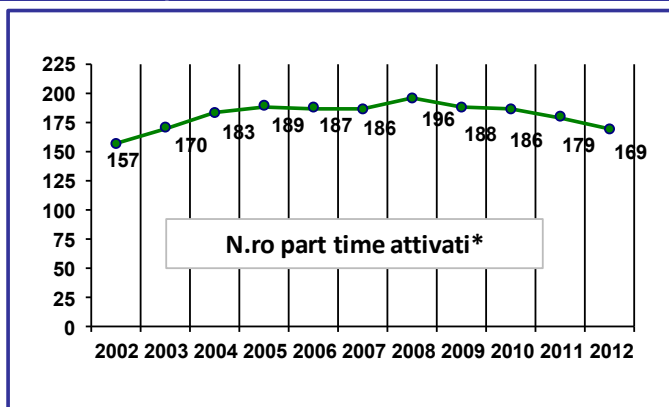
4.2 Struttura delle relazioni col personale e sue rappresentanze

4.2.1 Compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare

Il numero dei dipendenti *part-time* – che aveva registrato nel 2008 un picco di 10 unità rispetto ad una sostanziale stabilizzazione dal 2004 al 2007 in poco meno di 190 (Grafico 4.10) - nel 2012 conferma la tendenza al calo già iniziata lo scorso anno, quando, con l'introduzione delle disposizioni dell'art. 16 della L. 183/2010, è stata colta l'opportunità di sottoporre a nuova valutazione i provvedimenti di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale adottati prima dell'entrata in vigore del D.L. 112/2008, per affrontare le criticità emerse nel tempo e comunque apponendo un termine di scadenza biennale ai contratti. Ciò al chiaro e dichiarato fine di poter procedere, con tale congrua cadenza temporale, alle valutazioni di compatibilità, da un lato, tra posizioni di lavoro a tempo parziale in essere ed interesse organizzativo della parte datoriale in continua mutazione, dall'altro, in via comparativa, tra posizioni in essere già coperte da chi ha beneficiato della trasformazione ed esigenze di altri lavoratori dipendenti, che aspirano, avendone titolo, a detto beneficio in presenza di oggettive esigenze.

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

Grafico 4.10 - Numero di *part-time* attivati nell'AUSL di Imola. Periodo 2002 - 2012



* Dato al 31/12 dell'anno di riferimento

In Tabella 4.11 si mostrano i dipendenti con *part-time* suddivisi per categoria, genere e tipologia (ciclico, orizzontale e verticale). Gli istituti contrattuali atti a conciliare vita lavorativa e vita familiare continuano a essere fruiti essenzialmente dalle lavoratrici. Nel 2012, risultano in *part-time* 162 donne e 7 uomini.

Tabella 4.11 - Numero *part-time* nell'AUSL di Imola, aggregati per tipologia e genere. Anno 2012

Part-Time 2012	PT Ciclico		PT Orizzontale		PT Verticale		TOT.
	M	F	M	F	M	F	
PERSONALE INFERMIERISTICO			1	71		30	102
PERSONALE TECNICO SANITARIO				7		3	10
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI		1	1	14		8	24
PERSONALE AMMINISTRATIVO		1		17	1	3	22
ALTRO	1		1	5	2	2	11
Totale	1	2	3	114	3	46	169

In Tabella 4.12 si riporta il numero degli accessi ai congedi parentali e per assistenza a familiare (L. 104/92) fruiti prevalentemente da personale femminile. Il confronto tra i due anni, evidenzia un significativo aumento degli accessi alla L. 104/92 per assistenza a familiare ed una lieve diminuzione degli accessi ai congedi parentali.

Tabella 4.12 – Accesso ai congedi parentali e assistenza familiare. Anni 2011 e 2012

ANNO 2012	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	204	34	10.302	552
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	215	25	5.089	470
Totale	419	59	15.391	1.022
ANNO 2011	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	208	37	10.458	1.239
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	203	20	4.656	338
Totale	411	57	15.114	1.577

4.2.2 Facilitazioni per i dipendenti

Nel corso del 2012 si è ulteriormente sviluppata l'attività del **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, mediante la realizzazione di due eventi di presentazione del Comitato e delle sue finalità e di una serie di seminari formativi "MOBBING Cos'è e come difendersi", rivolti a tutto il personale dipendente dell'azienda con l'intento di sviluppare gli aspetti giuridici, psicologici e di contesto relativi al *mobbing*. E' stata poi perfezionata la pagina dedicata nella [Intranet aziendale](#), con le informazioni relative alla composizione, all'attività e agli eventi formativi, consultabile dai dipendenti ed il report delle segnalazioni ricevute, le relative risposte e le azioni intraprese dal Comitato per affrontare problematiche e criticità emerse. Infine, è stato elaborato un questionario da somministrare a tutto il personale per il percepito sulle tre aree di competenza del CUG ovvero pari opportunità, discriminazioni e benessere organizzativo.

Si è dato corso, inoltre, all'implementazione nel sito intranet ed internet aziendale della modulistica per i dipendenti già esistente e reso accessibile il sistema di richieste Web (ferie ed altri giustificativi) anche al personale medico e sanitario, secondo un piano di utilizzo rivolto a tutto il personale da completare entro il 2013.

4.2.3 Relazioni sindacali

Anche nel corso del 2012 l'azienda si è impegnata a mantenere buone e proficue relazioni con il personale dipendente, con le sue rappresentanze (RSU o RLS) e con le organizzazioni sindacali dei vari tavoli di confronto, nel rispetto dei distinti ruoli e responsabilità, per il raggiungimento di intese utili a migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi e le condizioni di lavoro dei dipendenti.

Tabella 4.13 - Sigle sindacali presenti nell'AUSL di Imola per aree contrattuali

Comparto	Dirigenza Medica e Veterinaria	Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa
CGIL FP	ANAAO ASSOMED	CGIL FP Dirigenti
CISL FP	CIMO ASMD	CISL FPS Dirigenti
UIL FPL	AAROI	UIL FPL Dirigenti
FIALS	CGIL Medici	SNABI SDS
FSI	FVM	AUPI
	CISL MEDICI	
	FESMED	
	ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI	
	FM aderente alla UIL FPL	

L'attività di contrattazione integrativa svolta (circa 19 incontri) ha portato alla sottoscrizione degli accordi riportati nella tabella che segue.

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

Tabella 4.14 - Accordi siglati dall'AUSL di Imola e dalle OO.SS. Anno 2012

Area	Accordi integrativi (C.I.A.)	Data
Comparto	RLS - Modifica del regolamento aziendale	19/04/2012
Medica e Veterinaria	Retribuzione di risultato ed eccedenze orarie anno 2011	29/05/2012
Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa	Retribuzione di risultato anno 2012 - Accertamento dei residui al 31.12.2011 e loro finalizzazione	10/07/2012

Come negli anni precedenti, il confronto con le rappresentanze del personale delle due Aree dirigenziali ha interessato, quasi esclusivamente, la retribuzione di risultato e le eccedenze orarie. In particolare, è la trattativa con le rappresentanze del personale dell'Area Medica e Veterinaria quella più complessa, caratterizzata da posizioni molto divergenti tra le parti. A maggio 2012, dopo quasi un anno di trattative, si è giunti alla sottoscrizione dell'accordo relativo all'anno 2011 e dal mese di luglio 2012 hanno avuto inizio gli incontri per definire l'accordo per l'anno in corso.

Relativamente all'Area Comparto, invece, gli incontri con le parti sindacali hanno riguardato soprattutto l'informazione sui diversi progetti aziendali di riorganizzazione (magazzino Farmaceutico, Medicina riabilitativa, Day Surgery, *stroke care*, Laboratorio Unico Metropolitano LUM, ecc..). Sempre per l'area Comparto, l'azienda, al fine di favorire la partecipazione degli operatori, ha attivato nel 2012 una Commissione bilaterale per l'area comparto con il compito di esaminare e approfondire la materia del Personale dipendente utilizzato per il supporto diretto ed indiretto alla Libera Professione, al fine di giungere alla definizione di un protocollo.

Per quanto riguarda personale convenzionato (MMG, PLS, MCA, Sumaisti), nel 2012, sono stati sottoscritti i seguenti accordi aziendali con le rappresentanze sindacali:

- accordo aziendale con le OO.SS. Fimmg provinciale di Bologna, Intesa Sindacale, S.N.A.M.I. e S.M.I. per attività aggiuntive nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale periodo 1.8.2012 - 31.12.2013;
- accordo aziendale con le OO.SS. Fimmg provinciale di Bologna, Intesa Sindacale, S.N.A.M.I. e S.M.I. per i medici di assistenza primaria anno 2012;
- accordo aziendale con il S.U.M.A.I. per la specialistica ambulatoriale convenzionati anno 2012.

4.3 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione alle strategie aziendali

Per il governo complessivo e trasversale alle diverse linee di produzione aziendali della Funzione Assistenziale (che fa riferimento alle attività svolte dal personale delle professioni sanitarie non mediche: Infermieri, Ostetriche, Tecnici Sanitari, personale della Riabilitazione e della Prevenzione e di supporto all'assistenza) l'azienda ha ridefinito, all'interno dell'Atto Aziendale (Delibera 7 del 4/02/2008) e del relativo Regolamento Attuativo (Delibera 4 del 1/01/2010) gli elementi caratterizzanti le competenze e le funzioni organizzative dei ruoli professionali che afferiscono alle

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

quattro aree delle professioni sanitarie assistenziali. L'azienda ha considerato strategico il coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari non medici - non solo all'interno dei processi di cura e assistenza - promuovendo lo sviluppo di competenze cliniche avanzate e di ruoli e responsabilità di gestione clinica sui pazienti e all'interno dei processi organizzativi.

La Direzione Infermieristica e Tecnica come linea di responsabilità organizzativa della Funzione Assistenziale è stata, quindi, in questi ultimi anni, ulteriormente valorizzata nei suoi ambiti di responsabilità, coerentemente agli indirizzi della normativa nazionale e contrattuale e allo sviluppo delle strategie aziendali. L'articolazione dipartimentale della Direzione Infermieristica ha contribuito, in stretta collaborazione con le Direzioni dei Dipartimenti aziendali, allo sviluppo di importanti progetti, tuttora in corso di riorganizzazione, che hanno determinato un forte impulso alla valorizzazione dei ruoli professionali. Di seguito i titoli dei principali progetti.

- Il [Progetto Gradualità delle Cure del Dipartimento Medico](#): la realizzazione al 6° piano dell'Ospedale di Imola di un'organizzazione assistenziale in grado di modulare l'assistenza in ragione del *mixer* di complessità ed intensità di cura; il consolidamento della funzione di *Stroke Care* dedicata ai pazienti ricoverati per ictus;
- I Progetti del Dipartimento di Emergenza Accettazione: "Integrazione dell'Area Critica", "Rimodulazione della rete dell'Emergenza territoriale", "Ridefinizione delle funzioni di *Triage* alla luce delle indicazioni regionali", "Protocolli terapeutici in emergenza territoriale" e "[Percorso Clinico Assistenziale del Paziente con Stroke](#)", hanno reso evidenza delle potenzialità che la struttura ed organizzazione del DEA è in grado di offrire.
- I progetti di riorganizzazione e ristrutturazione del Blocco Operatorio e la riorganizzazione delle attività della Centrale di sterilizzazione hanno favorito la razionalizzazione e una maggiore efficienza delle attività all'interno di quel delicatissimo settore.
- Il progetto "[Nuovo assetto dell'organizzazione assistenziale all'interno dei Nuclei di Cure primarie](#)" ha permesso di potenziare l'azione di integrazione dell'organizzazione aziendale con l'interfaccia dei Medici di Medicina Generale (MMG). In ogni Nucleo di Cure Primarie oltre ad un *team* di infermieri dedicati all'assistenza domiciliare, che ha reso più fluidi i processi di continuità assistenziale, sono presenti infermieri che garantiscono l'apertura di un ambulatorio infermieristico per l'erogazione di prestazioni su prescrizione dei medici di quel nucleo. Nell'ambito di un nucleo di Imola è stato possibile avviare una sperimentazione con i MMG di un programma di presa in carico sul territorio dei pazienti cardiopatici scompensati, favorendo così il riavvio di processi di sensibilizzazione sulle problematiche della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie croniche.

4.4 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

4.4.1 Modalità di valutazione delle competenze

L'AUSL di Imola, in base ai regolamenti definiti da diversi anni, ha attuato sia la valutazione di risultato che di incarico. In particolare, ha dato corso: 1. alla valutazione annuale effettuata dal Nucleo di Valutazione relativamente ai risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati (per tutti i dipendenti); 2. alla valutazione di incarico, relativa al ruolo organizzativo ricoperto, effettuata alla scadenza dell'incarico conferito relativamente alle attività professionali svolte e ai risultati raggiunti (per i dirigenti e i dipendenti titolari di incarico di posizione organizzativa).

Il percorso di **valutazione annuale di risultato** è diretto a verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente nell'ambito del processo di *budgeting* e fornisce: la valutazione sui risultati complessivi della gestione dei servizi; il grado di raggiungimento degli obiettivi di budget, anche ai fini della retribuzione di produttività/risultato per il personale dirigenziale e per il personale del comparto; la valutazione annuale degli obiettivi di gestione dei Dirigenti responsabili di struttura complessa e semplice. La procedura di valutazione di seguito individuata è conforme alle indicazioni fornite dai CCNL vigenti per le singole aree ed il rispetto dei tempi indicati è vincolante e funzionale al rispetto dei tempi di erogazione dei compensi economici correlati alla produttività e dei tempi richiesti dal sistema di valutazione aziendale in tema di incarichi dirigenziali. I risultati finali della verifica annuale sono parte integrante degli elementi per la valutazione di incarico.

La procedura di **valutazione dell'incarico ricoperto** è improntata ai seguenti principi: trasparenza dei criteri usati; oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa; informazione adeguata e partecipazione del valutato anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione di I e II istanza; diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica è chiamato a pronunciarsi.

Si articola su due livelli: un giudizio di primo livello formulato dal "superiore gerarchico" del valutato, seguito da uno di secondo livello formulato, di norma, da un Collegio Tecnico appositamente costituito. Lo strumento di valutazione utilizzato è una scheda di valutazione nella quale sono riportate le attività maggiormente significative rispetto al raggiungimento degli scopi relativi all'incarico conferito (così come indicati nel contratto individuale), nonché le conoscenze e le capacità richieste per ricoprire l'incarico. La scheda è integrata dall'elenco delle attività formative espletate nell'arco temporale oggetto della valutazione, dagli esiti delle verifiche annuali del Nucleo di Valutazione e da qualsiasi ulteriore elemento/documentazione del fascicolo matricolare che risulti indispensabile al processo di valutazione (procedimenti disciplinari, reclami, ecc.). Fanno eccezione rispetto al percorso sopraindicato le valutazioni dei Dirigenti che dipendono direttamente dal Direttore sanitario o amministrativo (Direttore di distretto, Direttori

delle Direzioni tecniche aziendali e di dipartimento e i dirigenti degli uffici di *staff, ecc.*) e i Dirigenti ai quali sono conferiti incarichi di cui all'art. 15-*setp*ies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni per i quali, stante la natura fiduciaria dell'incarico ricoperto, la valutazione di seconda istanza viene effettuata direttamente dal Direttore Generale, acquisita la proposta di valutazione del Direttore Sanitario/Amministrativo secondo le rispettive competenze.

Ad ottobre 2012, su iniziativa della Direzione Aziendale, è stato avviato un percorso rivolto alla revisione ed adeguamento del sistema di valutazione in essere, implementato da diversi anni, in modo da renderlo coerente allo spirito e alle disposizioni del nuovo sistema di cui al D.Lgs. 150/2009 art. 9. E' stato così elaborato un documento "Valutazione e misurazione individuale della Performance", approvato dal Collegio di Direzione e sottoposto al confronto con le parti sindacali, che prevede l'applicazione, a partire dal 2013, in via sperimentale di un nuovo modello di valutazione della *performance* individuale, limitatamente al personale dirigente di alcune Unità Operative. Tale nuovo modello si cala sull'esistente impianto di valutazione quale integrazione e sviluppo del sistema di valutazione finora adottato, specialmente per quello dirigente, modificando alcuni aspetti ed estendendo la valutazione oltre che ai risultati di budget a quelli che sono i comportamenti organizzativi e le competenze professionali espresse dai singoli dirigenti.

4.4.2 Percorso di sviluppo professionale e di carriera

Sulla base dei dettati contrattuali l'AUSL di Imola ha sviluppato, relativamente al personale dirigente, un proprio sistema di attribuzione di autonomia e responsabilità mediante il conferimento degli incarichi dirigenziali compensati mediante la corresponsione della retribuzione di posizione. Nel 2012, il sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali, in vigore dal 1998 e costantemente in evoluzione in riferimento agli obiettivi aziendali, alla consistenza dei fondi contrattuali e allo sviluppo delle carriere, presenta la seguente distribuzione:

- Incarico di Direzione di Dipartimento / Direzioni Tecniche / Distretto: n. 10
- Incarico di Direzione di Unità Operativa Complessa: n. 41
- Incarico di Responsabile di Struttura Semplice o Programma dipartimentale / interdipartimentale: n. 10
- Incarico di Responsabile di Struttura Semplice o Programma di Unità Operativa: n. 21
- Incarichi Professionali specialistici: n. 152
- Incarichi Professionali di base: n. 87.

In relazione all'assetto organizzativo e alle peculiarità dell'azienda, per il personale del comparto, sono state individuate, dal 2000, specifiche funzioni/posizioni di lavoro, al fine di incentivare l'assunzione di autonomia e responsabilità dei singoli professionisti. La quota del fondo da destinare a tale scopo è stata concordata con le Organizzazioni Sindacali. Nel 2012 i professionisti incaricati su specifiche funzioni di responsabilità (posizioni organizzative o coordinamenti sanitari e tecnici) modificate negli anni in relazione agli obiettivi aziendali, sono complessivamente 76.

4.4.3 Il sistema incentivante

L'AUSL di Imola individua sistemi diversi per singola area contrattuale per premiare i risultati conseguiti. La retribuzione di risultato per i **Dirigenti medici e veterinari** viene strutturata in:

- quota da fondo storico, destinata alla remunerazione del mantenimento degli obiettivi in termini prestazionali e di performance complessiva;
- quota variabile da residui, destinata prevalentemente alla remunerazione di obiettivi qualitativi, programmi di appropriatezza e percorsi diagnostico-terapeutico che migliorino l'organizzazione e la sicurezza di erogazione dei servizi, definiti in sede di negoziazione di budget annuale.

Le quote sono diversificate fra le diverse equipe in relazione a parametri di gravosità e rischio della tipologia delle attività proprie.

La retribuzione di risultato di **Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi** viene strutturata in:

- quota da fondo storico, destinata alla remunerazione del mantenimento degli obiettivi in termini prestazionali e di *performance* complessiva;
- quota variabile da residui, destinata prevalentemente alla remunerazione di obiettivi qualitativi sia di mantenimento che di miglioramento, definiti in sede di negoziazione di budget annuale.

Le quote sono diversificate in relazione al profilo o all'incarico dirigenziale rivestito.

La produttività del **Comparto** viene strutturata in:

- quota da fondo storico, destinata alla remunerazione degli obiettivi stabiliti in sede di negoziazione di budget;
- quota da residui, destinata alla remunerazione, anche, al raggiungimento di ulteriori obiettivi volti prioritariamente a miglioramento dell'efficienza, dell'appropriatezza e del comportamento organizzativo.

Le quote sono diversificate in base alla categoria di appartenenza.

4.4.4 Risorse collegate al salario variabile

Le somme destinate alla remunerazione della retribuzione di risultato (per i dirigenti-fondo di risultato) e per la produttività (per il comparto-fondo produttività) ammontano nel 2012 a € 2.218.050 per l'area comparto, € 1.017.784 per l'area medica e veterinaria, e € 144.883 per l'area sanitaria, tecnica, professionale e amministrativa, al netto delle decurtazioni previste dalla ex L. 122/2010 nonché quelle previste dalla ex L. 133/2008.

4.5 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Il 2012 ha visto la prosecuzione dell'attuazione del "Piano Strategico e attuativo locale 2010/2013", approvato nel 2011, che delinea le linee di indirizzo generale di politica per la salute e di gestione delle risorse da parte dell'azienda, individuando nella responsabilità dei professionisti e nel governo clinico, gli strumenti per un servizio sanitario efficiente, umano, di qualità, sicuro, capace di fornire prestazioni in maniera appropriata e garantire il diritto dei cittadini alla salute nel rispetto della dignità e della libertà della persona. Nelle varie sezioni del presente bilancio si illustrano i passi compiuti e i risultati ottenuti, frutto di un intenso lavoro di squadra, non solo degli organi di vertice e di rappresentanza politica, ma soprattutto della componente professionale a tutti i livelli di responsabilità. La piena responsabilizzazione dei dipartimenti nella gestione dei processi e delle risorse, ed il coinvolgimento dei professionisti nelle azioni di governo quotidiane, costituisce, oggi, elemento portante per le sfide che l'azienda è chiamata ad affrontare per il miglioramento e la sostenibilità del servizio sanitario pubblico.

Rispetto a tutto ciò va sottolineato il ruolo del **Collegio di Direzione** che non assolve solamente funzioni consultive verso il vertice aziendale, ma ne condivide la responsabilità dell'attività sanitaria e di un efficiente governo clinico. In particolare, il Collegio di direzione, secondo quanto declinato nell'Atto Aziendale, assume un ruolo strategico nella elaborazione di proposte e nella conseguente attuazione, in materia di: organizzazione e sviluppo dei servizi; attività di formazione e politiche di valorizzazione delle risorse umane; programmi di ricerca ed innovazione tecnologica; organizzazione e svolgimento della libera professione; tempi di attesa; gestione del rischio.

4.6 Gestione del rischio e sicurezza

4.6.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali

Nella AUSL di Imola si è provveduto nel 2012 alla revisione di due procedure aziendali: una relativa al riordino del percorso amministrativo degli infortuni e delle malattie professionali ed una riguardante il percorso complessivo dell'infortunio a rischio biologico. Nel 2012 le visite effettuate di "sorveglianza sanitaria" risultano complessivamente 743, registrando un aumento di 191 visite, rispetto al 2011; le visite periodiche sono 413 (+236) e quelle preventive più quelle a richiesta 258, in calo rispetto al 2011 di 117.

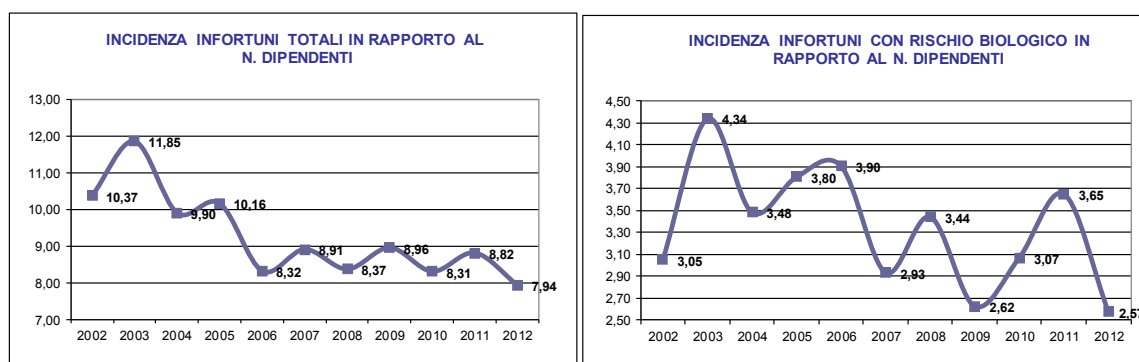
Tabella 4.15 - Attività di sorveglianza sanitaria dell'AUSL di Imola. Anni 2011 e 2012

Attività di sorveglianza	2011	2012	Var. assoluta	Var %
N° visite effettuate	552	743	191	34,6%
N° visite periodiche	177	413	236	133,3%
N° viste preventive + visite a richiesta	375	258	-117	-31,2%

4.6.2 Andamento del fenomeno infortunistico

Sia gli infortuni che le malattie professionali vengono denunciati *on line* 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. Nell'esercizio 2012 sono stati rilevati 142 infortuni totali, di cui 46 a rischio biologico: l'indice di incidenza per gli infortuni totali è di 7,94% e per gli infortuni a rischio biologico risulta pari a 2,57%.

Grafici 4.16 - Incidenza di infortuni di dipendenti nell'AUSL di Imola. Periodo 2001-2012



Ai fini preventivi già dal 2010 l'azienda ha partecipato alle gare di Area Vasta per l'acquisizione di aghi di sicurezza per la riduzione del fenomeno infortunistico; i presidi protetti sono a disposizione degli operatori da fine 2011 ed è in corso la conversione all'utilizzo di questi aghi in tutta l'azienda. Si procede, inoltre, alla valutazione di tutti i rischi, in particolare i rischi da movimentazione manuale dei pazienti ed il rischio biologico. La tabella che segue riassume il numero dei lavoratori assicurati INAIL sottoposti a sorveglianza, il numero degli infortuni e i lavoratori con inidoneità.

Tabella 4.17 – Sorveglianza sanitaria, inidoneità alla mansione e infortuni. Periodo 2010-2012

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

4.7 Formazione

Nel corso del 2012 è continuato il percorso di implementazione necessario a dare piena attuazione a quanto stabilito nei documenti nazionali e regionali sulla Formazione Continua ed in particolare sui percorsi di accreditamento per la Funzione di Governo della Formazione e sulla Funzione di *Provider*. Il 5/6/2012, la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, ha rilasciato rispettivamente l'accREDITAMENTO transitorio della Funzione di governo aziendale della Formazione Continua e l'accREDITAMENTO provvisorio per la Funzione di *Provider*.

Le linee strategiche sulle quali si focalizza il Piano della Formazione (PAF) 2012, licenziato a novembre 2011 dal Collegio di Direzione, sono:

- La gestione del Rischio. In particolare la gestione della documentazione clinica e lo sviluppo dell'*audit* come strumento per presidiare attività e processi.
- La Casa della Salute. L'attivazione nel 2012 ha richiesto un approccio diverso al modo di operare e la formazione si è posta quale strumento per accompagnare tale percorso ([Sezione 7 "Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale"](#)).
- L'integrazione nelle sue diverse forme: clinica (continuando a sviluppare e/o completare i PCA; es. colon, tiroide, mammella, ecc.); professionale (per garantire reale presa in carico e continuità clinico assistenziale); organizzativa (continuando a sviluppare e/o completare i percorsi organizzativi necessari, ad es. Day service, Day surgery, ecc.).
- Contrasto all'antibiotico resistenza in tutta la filiera di utilizzo dell'antibiotico (dai controlli sui mangimi, alle indagini di laboratorio, agli aspetti legati alla clinica, alla profilassi chirurgica, all'utilizzo dei farmaci, ecc.).

Unitamente alle linee strategiche - nella fase pre-rilevazione del fabbisogno formativo - il Collegio di Direzione ha confermato: un'equa distribuzione dei crediti ECM tra i diversi operatori afferenti ai Dipartimenti, validando un *range* di riferimento, già fissato anche per gli anni precedenti, entro cui posizionarsi nell'anno, tale da garantire la programmazione dei crediti ECM da conseguire nel triennio di riferimento 2011-2013; una maggiore diversificazione delle tipologie (residenziale, sul campo, mista, FAD) in relazione agli obiettivi specifici delle singole iniziative; un maggiore utilizzo di tutti gli istituti contrattuali che consentono l'accesso alla formazione esterna. Il Collegio di Direzione ha altresì validato i criteri di assegnazione del budget della formazione da assegnare ai Dipartimenti. Da gennaio 2012, l'AUSL di Imola è anche *Provider* per gli eventi formativi interni promossi da Montecatone R.I. e in via privilegiata per quelli promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR).

4.7.1 Pianificazione dell'attività formativa

Il Piano della Formazione (PAF) rappresenta lo strumento principale di programmazione annuale delle attività formative in quanto valorizza la formazione in funzione degli obiettivi strategici, del modello organizzativo e delle esigenze collettive ed individuali del personale. Elaborato contestualmente al processo di budget, il PAF è predisposto dal Collegio di Direzione e si compone

dell'analisi dei bisogni formativi delle figure professionali, degli obiettivi prioritari e delle strategie ed azioni previste sotto il profilo della progettazione, erogazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi iniziali. Contiene, inoltre, la formalizzazione del budget delle risorse economiche da dedicare, gli orientamenti gestionali e le finalità (integrare la programmazione formativa con le strategie dell'azienda e le politiche di gestione; programmare la formazione in sintonia e coerenza ai processi di innovazione tecnologica e clinico-organizzativa; permettere una visione organica delle risorse/attività; selezionare correttamente i partecipanti alle attività formative per un utilizzo razionale e mirato delle risorse, ecc.).

4.7.2 Tipologie delle attività di formazione

Formazione residenziale interna. Nel 2012 l'azienda ha realizzato 228 corsi di formazione interna rivolti ai propri dipendenti. Tale formazione è rappresentata da tutti gli eventi progettati, gestiti, realizzati e valutati all'interno dell'azienda. L'AUSL di Imola privilegia tale tipologia per le tematiche possibili, promuovendo la collaborazione tra aziende. Particolarmente significativa, su mandato della Direzione Operativa dell'Area Vasta Emilia Centrale, è il proseguimento dell'esperienza avviata nel 2010 relativamente alla definizione dei bisogni formativi trasversali di Area Vasta degli operatori afferenti ai Dipartimenti Amministrativi e la successiva realizzazione degli eventi formativi distribuiti equamente a livello periferico dalle aziende sanitarie di riferimento. Sono ricompresi in questa tipologia formativa: i corsi, i convegni, i congressi, le conferenze, le giornate di studio e i seminari.

Formazione esterna. Nel corso dell'anno sono state 1.509 le occasioni di aggiornamento esterno fruite dai dipendenti. Si tratta di una formazione che si connota come una "modalità complementare" per i casi in cui il fabbisogno non sia intercettato da attività formative interne o perché particolarmente specialistico o per il limitato numero di dipendenti da coinvolgere. Tale modalità comporta la partecipazione individuale a iniziative di aggiornamento organizzate da terzi: corsi, convegni, congressi, seminari, ecc.. Le iniziative esterne si distinguono in "aggiornamento obbligatorio", nei casi in cui prevale l'interesse dell'azienda, e "aggiornamento facoltativo" nei casi in cui prevale l'interesse del singolo operatore.

Formazione sul campo. Sono state 179 le iniziative di formazione sul campo nel 2012, in aumento già dal 2011. Questa formazione si realizza contestualmente all'attività lavorativa mediante esperienze *on the job*, che modificano e arricchiscono le pratiche e le prassi. Rientrano in tale tipologia - e possono pertanto essere valorizzate anche con il rilascio di crediti ECM - i gruppi di miglioramento, le partecipazioni ai Comitati, gli *audit* clinici e organizzativi, gli addestramenti, le partecipazioni a ricerche. Il Sistema ECM approvato dalla RER valorizza tale tipologia di formazione come elemento essenziale dei processi di Formazione Continua.

Formazione a Distanza (FAD). Riguarda modalità formative fruite da utenti localizzati in sedi diverse da quelle in cui opera il docente/formatore. Queste sedi sono di solito molteplici e la fruizione può essere individuale o a gruppi e avviene in tempi diversi dalla docenza, scelti

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

singolarmente da ogni utilizzatore. L'AUSL di Imola è membro del Consorzio MED3, insieme alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna, al Cineca, alle aziende USL e Ospedaliera di Bologna e all'Istituto Ortopedico Rizzoli. Nel 2012 sono state circa 352 le occasioni fruite di frequenza ai corsi FAD per un totale di 5.027 crediti ECM maturati e una stima di costi "evitati", rispetto alle tradizionali modalità, pari a € 133.229, come rappresentato in Tabella 4.18.

Tabella 4.18 – Figure professionali che hanno partecipato ad iniziative FAD. Anno 2012

PROFESSIONE	N.ro corsi fruiti	CREDITI EROGATI 1012	Costo orario (*)	Stima costi "evitati" per crediti erogati (ipotizzando 1 ora = 1 credito)
Assistente Sanitaria	2	20	23,07	€ 461
Biologo	6	66	50,61	€ 3.340
Chimico	1	8	46,61	€ 373
Farmacista	2	34	49,11	€ 1.670
Infermiere	250	3657	22,33	€ 81.661
Medico Chirurgo	30	464	60,26	€ 27.961
Ortottista	1	10	22,17	€ 222
Ostetriche	6	80	22,99	€ 1.839
Tecnico audiometrista/neurofisio	5	66	16,64	€ 1.098
Tecnico Radiologia	19	326	22,68	€ 7.394
Tecnico Laboratorio	30	296	24,36	€ 7.211
Totale	352	5.027		€ 133.229

4.7.3 Attività formativa "in cifre"

L'AUSL di Imola, nel 2012, ha realizzato 228 iniziative formative rivolte al personale dipendente, di cui: 157 residenziali, 64 di formazione sul campo, 7 FAD, che hanno dato origine a 496 edizioni, di cui 453 accreditate ECM. In totale sono state frequentate 45.457 ore di formazione per i corsi interni aziendali contro le 33.486 ore dell'anno precedente e sono state erogate circa 2.103 ore di docenza svolte da dipendenti nei percorsi di formazione residenziale. Sono stati accreditati ECM 21 eventi progettati dall'ASSR e da altri settori della Regione e 16 eventi per Montecatone.

L'AUSL di Imola ha, inoltre, realizzato 9 corsi, dedicati a cittadini del territorio, riguardanti i temi della sicurezza sviluppati su 51 edizioni.

Tabella 4.19 - Iniziative formative realizzate. Anno 2012

INIZIATIVE FORMATIVE	Eventi realizzati dedicati a personale dipendente		Eventi accreditati per Agenzia/RER		Eventi accreditati per Montecatone		Eventi realizzati dedicati a Personale ESTERNO		Totale Corsi	Totale Edizioni
	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni
Formazione residenziale ECM	149	274	18	21	13	14			180	309
Formazione residenziale NON ECM	8	43					8	50	16	93
Formazione sul campo ECM	64	179			2	2	1	1	67	182
Formazione FAD	5								5	
Formazione FAD non ECM	2								2	
Totale	228	496	18	21	15	16	9	51	270	584

Otto iniziative formative sono state rivolte al personale convenzionato (MMG, medici di Continuità Assistenziale), 4 ai Pediatri di Libera Scelta e 3 agli Specialisti Ambulatoriali.

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

Tabella 4.20 - Iniziative formative rivolte a personale convenzionato. Anno 2012

Titoli corsi di aggiornamento interno per personale convenzionato	MMG	MCA	PDLS	SPEC AMB
Percorso diagnostico terapeutico e di presa in carico del rischio eredo-familiare del carcinoma mammario MMG	82			
L'incontinenza Urinaria: Ruolo del MMG	78			
Il dolore nell'ambulatorio del MMG	78			
I Profili i Nucleo di Cure Primarie: uno strumento per i professionisti - MMG	73			
Disturbi Cognitivi e comportamentali dell'anziano, gestione e trattamento farmacologico - MMG	79	15		
Argomenti di ematologia: Anemie, linfomi e Leucemie - MMG	81			
La gestione del paziente con insufficienza renale cronica la collaborazione tra MMG e Specialista	79			
La gestione Anticoagulante orale MMG	75	16		
Adolescenti Endocrinologia e dintorni - PDLS			19	
Andromeda 2012 - PDLS - BO			15	
Infezioni delle Alte o delle Basse Vie Respiratorie - PDLS			15	
I segnali di allarme in cardiologia pediatrica - PDLS			13	
La gestione del rischio clinico nell'attività ambulatoriale - SPEC				18
Ruolo dello Specialista Ambulatoriale nella Casa della Salute - SPEC				16
Segreto Professionale e Segretezza nella Professione Medica - SPEC				18

Nell'anno in esame gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano 1.198 dipendenti e 169 medici convenzionati (Tabella 4.21). L'attività formativa ha prodotto un "monte crediti" pari a 66.295 derivante anche dalla attività di formazione esterna obbligatoria o frequentata a titolo personale, con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM di 51,9, di poco superiore alle indicazioni fornite *ex ante* dal Collegio di Direzione.

Tabella 4.21 - Crediti ECM acquisiti nell'AUSL di Imola. Anno 2012

Anno	N.ro Crediti Erogati			Totale Crediti Erogati	Totale Dipendenti Ruolo Sanitario	Credito Minimo	Valore Assoluto	Rapporto
	Dipendenti	Non Dipendenti	Convenzionati					
2010	39.036,74	3.425	3.012	45.473,74	1.209	50	60.450	32,29
2011	48.660,20	4.563	4.239	57.462,20	1.193	50	59.650	40,79
2012	62.180,75	19.149	4.114	85.443,75	1.198	50	59.900	51,90

In Tabella 4.22 si evidenziano i dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2012 per la realizzazione di varie iniziative, che hanno coinvolto i dipendenti: 186 docenze di formazione continua; 168 funzioni di *tutoring* per la formazione continua e iniziative di formazione sul campo. Sono 231 gli incarichi di docenza/relatore e tutoraggio assegnati a professionisti esterni.

Tabella 4.22 - Incarichi didattici nell'ambito della Formazione Continua. Anno 2012

Formazione Continua incarichi didattici	Dipendenti	Non Dipendenti	Convenzionati	Totale
Docenti	186	219	4	409
Tutor	168	8	0	176
Totale	354	227	4	585

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

Alla formazione organizzata e gestita dall'AUSL di Imola ha partecipato, oltre al personale dipendente e convenzionato, anche personale esterno per un totale di crediti pari a 19.149.

In Tabella 4.23 si riportata il *budget* riferito all'attività formativa per il 2012, così come fissato dal Collegio di Direzione (L. 122/2010) che ha previsto, nell'ambito del contenimento della spesa pubblica, una riduzione per le attività formative.

Tabella 4.23 - Budget per la Formazione dell'AUSL di Imola. Anno 2012

Strutture	Fondi	%
Fondo di riequilibrio	€ 20.000,00	11,8%
Formazione trasversale e FAD	€ 37.000,00	21,8%
Uffici di Staff	€ 2.400,00	1,4%
Direzione Infermieristica e Tecnica	€ 3.400,00	2,0%
Direzione Assistenza Farmaceutica	€ 1.500,00	0,9%
Direzione Medica di Presidio	€ 500,00	0,3%
Dipartimento Sanità Pubblica	€ 5.100,00	3,0%
Dipartimento Materno Infantile	€ 7.100,00	4,2%
Distretto/ Dipartimento Cure Primarie	€ 7.600,00	4,5%
Dipartimento Salute Mentale	€ 9.100,00	5,4%
Dipartimento Amministrativo	€ 11.700,00	6,9%
Dipartimento Chirurgico	€ 15.500,00	9,1%
Dipartimento Medico	€ 18.800,00	11,1%
Dipartimento Emergenza Accettazione	€ 18.800,00	11,1%
Dipartimento Servizi Intermedi	€ 11.500,00	6,8%
Sub Totale	€ 170.000,00	100%
Biblioteca Aziendale	€ 160.000,00	
Totale Generale	€ 330.000,00	

Nel 2012, rispetto ai previsti € 330.000, sono stati utilizzati € 296.896 da Fondo aziendale stanziato per la formazione e ulteriori € 166.291 da Fondi vincolati per un totale di € 463.187,00. La spesa per la Formazione interna dei Medici convenzionati è stata pari a € 3.759.

Tabella 4.24 - Spesa per la Formazione dell'AUSL di Imola. Anno 2012

2012	Spesa per formazione		Totale
	Da budget	Fondi Vincolati	
Formazione Interna	€ 70.223	€ 147.736	€ 217.959
Formazione Esterna	€ 56.205	€ 18.555	€ 74.760
Formazione interna personale Convenzionato	€ 3.759		€ 3.759
Biblioteca	€ 166.709		€ 166.709
Totale	€ 296.896	€ 166.291	€ 463.187
	€ 463.187		

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

4.7.4 Documentazione scientifica: la biblioteca aziendale

La Biblioteca Medico Scientifica, coordinata dallo Staff Formazione e situata all'interno dell'Ospedale di Imola, si propone quale strumento di supporto all'attività quotidiana degli operatori sanitari nell'attività assistenziale, amministrativa e nella formazione continua, attraverso una qualificata dotazione di riviste in *full-text*, *online* e cartacee, accessibili e fruibili in ogni punto della rete aziendale ed anche da postazioni esterne all'azienda. Viene, inoltre, agevolato l'accesso alle informazioni scientifiche per studenti e utenti esterni interessati al settore.

Il patrimonio bibliografico è costituito da una ricca dotazione di periodici specializzati, cartacei ed elettronici, oltre alle più significative banche dati scientifiche. La Biblioteca mette a disposizione anche il servizio di richiesta degli articoli non presenti nel proprio patrimonio (*document delivery*), e offre un servizio di Ricerca bibliografica di carattere biomedico, effettuato da personale qualificato, utilizzando le migliori banche dati gratuite e a pagamento. Sempre di più si connota come un Servizio in grado di offrire attività di consulenza ai professionisti nella ricerca del materiale scientifico e nella consultazione delle banche dati.

4.7.5 Collaborazione con altri Enti di Formazione

Le Strutture aziendali sono state sede per lo svolgimento di tirocini e stage, realizzati in collaborazione con diverse Scuole ed Enti di Formazione. In Tabella 4.25 si evidenzia il coinvolgimento di 94 allievi in attività di stage presso l'AUSL di Imola.

Tabella 4.25 - Tirocini e stage svolti nell'AUSL di Imola e studenti in inserimento. Anno 2012

Corso di Studio		Tipologia tirocinio	Studenti/ Tirocinanti
Istituti Secondari	Liceo Scientifico	Borsa di studio	6
	Polo Liceale	stage	22
Enti di Formazione	Corso di prima formazione OSS	stage	23
	Corso di riqualificazione AdB verso qualifica OSS	stage	34
C.R.I.	Volontarie	stage	9
Totale studenti			94

In riferimento all'attività formativa per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario (OSS), nel corso del 2012 è stata garantita la collaborazione agli Enti di Formazione Professionale, per la realizzazione dei percorsi di prima formazione e riqualificazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica, e ad altre Aziende Sanitarie ed Enti di Formazione della Provincia di Bologna, per ospitare gli allievi dei percorsi di riqualificazione professionale rivolti agli Assistenti di Base (AdB).

In tutte le collaborazioni, l'AUSL di Imola ha garantito la funzione di Tutoraggio di Area Sanitaria, di tutoraggio nei tirocini presso le Strutture interne e la docenza per gli ambiti specifici attraverso 20 professionisti dipendenti che hanno erogato 1.372 ore di docenza.

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

Tabella 4.26 - Corsi per OSS e di riqualificazione AdB e studenti coinvolti. Anno 2012

Tipologia Corso	Ente di Formazione	Studenti
Corso di prima Formazione OSS (1.000 ore)	FORUM	17
Corso di riqualificazione sul lavoro per operatori AdB verso qualifica OSS (300 ore)	IRECOOP	21
Corso di riqualificazione sul lavoro per operatori AdB verso qualifica OSS (300 ore)	AGENFOR	23
Corso di riqualificazione sul lavoro per operatori AdB verso qualifica OSS (300 ore)	AGENFOR	21
Corso di prima Formazione OSS (1.000 ore)	AGENFOR	24
Corso di prima Formazione OSS (1.000 ore)	AGENFOR	19
Corso di prima Formazione OSS (1.000 ore)	AGENFOR	23
Totale		148

4.7.6 Formazione di Area Vasta Emilia Centro (AVEC)

Nel 2012 prosegue la formazione a livello di AVEC, al fine di creare sinergie tra aziende sanitarie, facilitare il confronto tra gli operatori e contenere, ove possibile, i costi, ottimizzando le risorse disponibili, la pianificazione e la realizzazione di iniziative di formazione dedicate prevalentemente all'area amministrativa. L'iniziativa è stata promossa in ogni singola azienda attivando le Direzioni dei Dipartimenti Amministrativi per la ricognizione del fabbisogno formativo di natura "trasversale".

Tabella 4.27 - Corsi di formazione di Area Vasta Centro. Anno 2012

AZIENDA	INIZIATIVA FORMATIVA	N.RO PARTECIPANTI	COSTO
AOSP Bologna	1. I livelli di relazioni sindacali alla luce dei decreti legislativi 150/09 e 141/11 – Campo d'intervento e limiti della contrattazione collettiva;	45	€ 3.792,32
	2. Obblighi informativi alla corte dei conti: sentenze di condanna civili e penali, transizioni, danno all'immagine, provvisionale, etc	74	€ 5.303,00
AUSL Imola	Regolamento di attuazione del Codice dei Contratti Pubblici con particolare riferimento alle problematiche inerenti l'aggiudicazione dell'offerta	91	€ 1.380,00
AUSL Ferrara	MANOVRA MONTE: IMPATTO SUL PUBBLICO IMPIEGO - CORSO DI AREA VASTA	65	€ 1.146,19
IOR	Parte applicativa del Codice dell'Amministrazione Digitale limitata alla posta certificata, alla firma digitale, etc....	95	€ 760,00
AUSL Bologna	La sicurezza elettrica nell'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali	399	€ 1.887,00
AOSP Ferrara	La Decertificazione della P.A. con privati in base alla L. 183/2011 e collegamenti con il decreto legge sulle semplificazioni"	126	€ 138,00
AVEC in collaborazione con Società di Brokeraggio (Segreteria organizzativa AOSP Bologna)	La centralità della gestione sinistri.	44	€ 0,00
Totale		939	€ 14.406,51

Hanno partecipato complessivamente 939 operatori provenienti dalle aziende dell'AVEC, contro i 504 operatori del 2011.

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi

5.1.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

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

5.1.2 Carta dei Servizi

Nel 2012 non sono state apportate variazioni alla Carta dei Servizi generale dell'AUSL di Imola, prodotta nel 2010 dal sottogruppo CCM "Carta dei Servizi" e contenente i principi guida ed il Patto coi cittadini dell'azienda. Vengono invece continuamente aggiornate le Carte dei Servizi delle Unità Operative aziendali, in stretta collaborazione con i rappresentanti dei cittadini (CCM e CUF).

5.1.3 Servizio Numero Verde Regionale

Il Numero Verde Unico del Servizio sanitario regionale è un servizio informativo attivo tutti i giorni feriali dalle 8.30 alle 17.30 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30. La Banca dati Numero Verde, relativamente alle informazioni dell'AUSL di Imola, costantemente popolata ed aggiornata da un operatore dedicato dell'URP, al 31.12.2012 conteneva 4.064 prestazioni (*vs* 4.040 del 2011).

Nel corso del 2012 sono, inoltre, state inserite 295 risposte e 207 nominativi di operatori aziendali. L'URP garantisce inoltre la copertura oraria del servizio informativo aziendale di II livello, con operatori disponibili a questo tipo di risposta dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30. Nel 2012 i contatti telefonici per richiedere informazioni sui servizi dell'AUSL di Imola sono stati 3.040 contro 4.424 dell'anno precedente. Il 13,6% delle chiamate (412) sono state trasmesse al II livello gestito direttamente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, mentre 255 chiamate sono state passate direttamente al CUP telefonico per effettuare una prenotazione.

5.1.4 Sito internet istituzionale e servizi *on line*

Il sito istituzionale dell'AUSL di Imola, www.ausl.imola.bo.it, negli anni, ha subito diverse modifiche strutturali ed incrementato i propri contenuti per poter garantire al cittadino una descrizione completa dell'Azienda e dei suoi servizi e l'accesso ad alcuni servizi web, come le prenotazioni ed i pagamenti ticket *on line*, l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico, ecc..

Pagamento *ON LINE* Ticket. Questo servizio permette di pagare *on line* il ticket per prestazioni usufruite in regime di SSN o le tariffe di visite ed esami effettuati in libera professione intramoenia. Per usufruire del servizio, è sufficiente possedere una carta di credito Visa-Mastercard, una casella di posta elettronica personale e un modulo di prenotazione che riporta il numero di codice necessario per la prenotazione via web. In particolare, attualmente è possibile pagare il ticket di visite ed esami specialistici prenotati attraverso il CUP, il ticket di Pronto Soccorso, l'importo relativo a visite ed esami in libera professione intramoenia e le sanzioni amministrative del Dipartimento di sanità pubblica, di tutte le Aziende Sanitarie attive sul Sistema Regionale di Pagamento online. Tramite il sito è possibile accedere all'elenco dei servizi pagabili online per ciascuna Azienda sanitaria ("Visualizza le Aziende sanitarie per cui puoi pagare").

Il servizio consente il pagamento del ticket, senza costi di commissione aggiuntivi, mentre per i pagamenti di prestazioni di libera professione e per le sanzioni amministrative, alcune aziende sanitarie possono richiedere una commissione pari all'1% dell'importo da pagare, che è possibile verificare nel riepilogo di pagamento alla voce Commissioni di pagamento.

Prenotazioni *online* di visite ed esami specialistici. Il CUP WEB è il sistema di prenotazione *online* delle prestazioni specialistiche (visite ed esami) della Regione Emilia-Romagna. Questo servizio, completamente gratuito, è attivo per le aziende sanitarie abilitate a prenotare ed elencate in un pagina informativa del portale. L'utilizzo di CUP WEB è riservato alle persone di età superiore a diciotto anni. La finalità principale del CUP WEB è rendere più semplice al cittadino l'accesso alle prestazioni sanitarie offerte dalle strutture pubbliche e private accreditate dell'area di residenza. Tramite CUP WEB è possibile, infatti, prenotare prestazioni sanitarie, annullare uno o più appuntamenti (solo se prenotati tramite CUP WEB), cambiare uno o più appuntamenti (solo se prenotati tramite CUP WEB) e pagare il ticket di una o più prestazioni (solo se prenotate tramite CUP WEB). Per prenotare le prestazioni con CUP WEB è necessario essere registrati al portale e avere una impegnativa SOLE.

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

I documenti, come ad esempio referti di visite ed esami specialistici, possono essere inseriti automaticamente nel [Fascicolo sanitario elettronico](#) personale che l'interessato decide di costruire e sul quale quindi rilascia il proprio consenso formale. Ogni cittadino può poi inserire nel proprio fascicolo ulteriori documenti sanitari, dati e informazioni personali, che può riservare alla sua esclusiva consultazione o mettere in condivisione con il medico di famiglia e altri specialisti.

Allo scopo di promuovere l'informazione e l'adesione dei cittadini a questa importante opportunità, l'AUSL di Imola ha programmato a fine 2012 una campagna straordinaria di informazione-attivazione del FSE presso scuole, manifestazioni pubbliche, stand dedicati, ecc... realizzatasi

compiutamente nel 2013 e che ha portato ad oltre 2.000 i FSE effettivamente attivati al 31.07.13 e ad oltre 3.600 le credenziali rilasciate.

Newsletter. Nel 2012 la pubblicazione della *newsletter* esterna è stata effettuata con periodicità mensile o bimestrale per un totale di 8 *newsletter* inviate nell'anno. Al 31 dicembre 2012 la newsletter aziendale contava 175 iscritti (157 nel 2010).

5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità

5.2.1 Sistema di gestione delle segnalazioni

Il sistema di gestione ed analisi delle segnalazioni è un approccio all'ascolto sistematico e strutturato dell'utenza che, oltre a rispondere alle situazioni di disagio e di insoddisfazione espresse dal cittadino, opera un monitoraggio continuo delle criticità e delle eccellenze aziendali utili ad orientare al miglioramento continuo dei servizi. La registrazione delle segnalazioni avviene in un data base regionale che rende omogenea ed univoca la classificazione. Il sistema informativo regionale permette di registrare e di classificare le segnalazioni dei cittadini, tramite specifiche tipologie: elogi; reclami; rilievi; suggerimenti. Il reclamo è una espressione di insoddisfazione che attiva la procedura interna e la risposta scritta entro 30 giorni; il rilievo è una indicazione di disservizio, che si risolve con una risposta di cortesia; il suggerimento è una segnalazione per fornire indicazioni per migliorare i servizi e l'elogio è una espressione di soddisfazione. Complessivamente nel 2012 sono state presentate 568 segnalazioni verso l'AUSL di Imola, al netto delle segnalazioni riguardanti Montecatone R.I.

In Tabella 5.1 la distribuzione assoluta e percentuale delle segnalazioni classificate per tipologia e riferite al periodo 2010-2012, con le variazioni assolute rispetto al 2011.

Tabella 5.1 - Segnalazioni per tipologia rivolte all'AUSL di Imola. Periodo 2010-2012

Tipologia segnalazione	2010	2011	2012	%	Var 2010/2012
Elogi	77	130	190	33,5%	60
Reclami	180	172	249	43,8%	77
Rilievi	76	78	103	18,1%	25
Suggerimenti	36	22	26	4,6%	4
TOTALE	369	402	568	100%	166

Il 2012 mostra un incremento consistente delle segnalazioni totali, da imputarsi omogeneamente sia all'aumento di reclami (che passano dal 42,8% del totale nel 2011 al 43,8% nel 2012) che degli elogi (dal 32% al 33,5%), profilandosi una volontà sempre più presente dei cittadini - direttamente per oltre il 93% dei casi e in maniera residuale attraverso associazioni (1,2%) o studi legali (0,5%) - di far sentire la propria voce, nel bene e nel male (Tabella 5.2).

Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Tabelle 5.2 - Segnalazioni per modalità di presentazione e soggetto proponente. Anno 2012

Tipologia segnalazione	Cittadino	Associazione	Ente	Operatore sanitario	Studio legale	Totale
Elogi	166	2	2	20	0	190
Reclami	240	5	1	0	3	249
Rilievi	101	0	0	2	0	103
Suggerimenti	24	0	1	1	0	26
TOTALE	531	7	4	23	3	568
%	93,5%	1,2%	0,7%	4,0%	0,5%	100,0%

Tipologia segnalazione	URP	Lettera	E-mail	Stampa	Fax	Verbale / Telefonica	Totale	%
Elogi	51	69	26	40	3	1	190	33,5%
Reclami	189	27	19	5	7	2	249	43,8%
Rilievi	50	6	29	10	2	6	103	18,1%
Suggerimenti	14	5	6	0	0	1	26	4,6%
TOTALE	304	107	80	55	12	10	568	100%
%	53,5%	18,8%	14,1%	9,7%	2,1%	1,8%	100%	

Si riconferma il dato per cui gli elogi si concentrano sugli aspetti relazionali e di umanizzazione, (Tabella 5.3), categoria che raccoglie la maggior percentuale di segnalazioni totali (34,3%) mantenendo sostanzialmente invariate quelle critiche (reclami e rilievi), che risultano invece in aumento per gli aspetti tecnico professionali (43 vs 34), i tempi (30 vs 24), gli aspetti organizzativi-burocratici-amministrativi (50 vs 30), in linea con i valori riscontrati nel 2010 e che avevano subito una contrazione nel 2011. Le macrocategorie "aspetti strutturali ed aspetti alberghieri e comfort" confermano un trend di lieve decremento negli anni, con una percentuale di segnalazioni, che come somma delle due macrocategorie, nel 2012, evidenzia un 3,8% contro il 3,9% del 2011. Le segnalazioni riguardanti gli aspetti economici (90) sommate a quelle di adeguamento alla normativa (83), rappresentano da soli quasi il 50% delle criticità, intese come reclami e rilievi. Tra queste 166 sono le contestazioni al pagamento di un ticket, il 50% delle quali sono state accolte dall'azienda in quanto è risultato che il ticket fosse in effetti non dovuto, per vari motivi (il paziente era esente per patologia, ma non aveva con sé l'attestato di esenzione, il paziente era stato ricoverato dopo l'accesso in PS, ecc.).

Tabella 5.3 – Segnalazioni suddivise in base alla classificazione CCRQ. Anno 2012

Macro-categorie oggetto del reclamo	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale	%
ASPETTI STRUTTURALI	1	2	4	4	11	1,9%
INFORMAZIONE	0	4	14	1	19	3,3%
ASPETTI ORGANIZZATIVI BUROCRATICI AMMINISTRATIVI	1	10	40	16	67	11,8%
ASPETTI TECNICI PROFESSIONALI	19	36	7	0	62	10,9%
UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI	169	21	4	1	195	34,3%
ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT	0	1	6	4	11	1,9%
TEMPI	0	8	22	0	30	5,3%
ASPETTI ECONOMICI	0	88	2	0	90	15,8%
ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA	0	79	4	0	83	14,6%
Totale	190	249	103	26	568	100%

Oltre il 70% delle pratiche di reclamo 2012 sono state chiuse entro 30 giorni, mentre i 74 reclami che hanno necessitato di un iter più lungo, comunicato all'utente con lettera interlocutoria, sono stati risolti in media in 61 giorni. Nel 2012 è stata formalizzata la procedura interna per la risoluzione dei reclami significativi per la [gestione del rischio](#), che quest'anno sono stati 19, di cui 8 "codici rossi" (stesso numero nel 2011) trasmessi per competenza al Servizio Legale e 11 codici gialli valutati multidisciplinariamente dalla medicina legale e dal responsabile di Unità Operativa interessata, oltre che dal responsabile URP, che ha quindi proceduto alla loro chiusura con risposta all'utente.

5.2.2 Altri strumenti di ascolto del cittadino

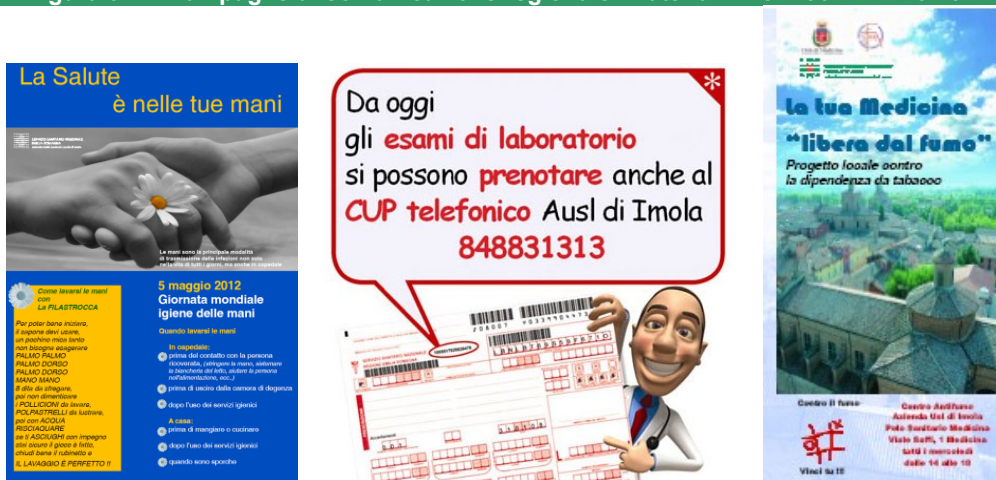
I cittadini non accedono all'URP solo per effettuare segnalazioni o chiedere informazioni: molti richiedono all'azienda di risolvere loro un problema contingente in tempi brevi. Sono questi i casi di **presa in carico diretta** dell'utente da parte del servizio, che nel 2012, sono stati 421, in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti (440 nel 2010; 430 nel 2011). Per lo più questi casi vengono risolti direttamente o comunque in breve tempo con la collaborazione delle equipe ospedaliere o territoriali, mentre le criticità complesse vengono affrontate con le direzioni all'interno di percorsi di miglioramento organizzativo. Va detto che questa particolare modalità di accoglienza globale e di impegno subitaneo per la risoluzione del problema del cittadino, pur costituendo un impegno aggiuntivo per l'Ufficio, produce un alto livello di fidelizzazione dell'utenza, che tende a farne uso ripetutamente. L'analisi ha evidenziato come aree di criticità quelle riguardanti la contestazione economica e i tempi di attesa.

Il **servizio di ascolto e mediazione** - strumento attivo dal 2006 e realizzato da 2 operatori URP appositamente formati e dai colleghi del Progetto interaziendale di Mediazione - ha trattato 10 casi, che hanno esitato in 9 incontri di ascolto con i cittadini, 5 incontri con operatori dei servizi e 2 mediazioni. Inoltre, in 18 casi si è proceduto ad incontri tra i cittadini, i direttori di Unità Operative o i direttori aziendali sempre alla presenza e con il coordinamento del responsabile URP. L'insieme di queste attività di ascolto, unitamente all'analisi delle indagini di qualità percepita, hanno esitato anche nel 2012 in una serie di incontri dipartimentali nel corso dei quali i professionisti delle Unità operative ospedaliere si sono confrontati per approfondire il tema della qualità percepita dai pazienti (indagini e questionari), dell'ascolto dei cittadini (segnalazioni URP), della partecipazione dei cittadini (CCM), dell'ascolto dei professionisti (ascolto e mediazione). Ogni dipartimento ha quindi svolto un'analisi delle segnalazioni (suggerimenti, elogi, reclami, rilievi) ricevute da pazienti e familiari che hanno sollecitato riflessioni di equipe ed individuazione dei punti di forza e di debolezza, con la definizione di un piano di azioni di miglioramento già messe in atto o programmate. Un lavoro molto partecipato che ha reso possibile la formalizzazione del [Piano programma aziendale di ascolto e coinvolgimento di cittadini](#), comunità e professionisti e di azioni di miglioramento (Sezione 3 par. 3.3.1), di cui ogni reparto è divenuto attore ed autore per quanto di competenza.

5.2.3 Incontri pubblici, campagne e materiali informativi

Nel 2012 sono stati organizzati 13 incontri pubblici su temi di salute di interesse per la comunità, anche in collaborazione con Associazioni di Volontariato e di Promozione sociale del territorio o con le Amministrazioni Comunali. L'azienda si è come sempre fatta terminale delle campagne di comunicazione regionali ed ha prodotto in proprio materiali informativi su 25 tematiche di interesse (opuscoli per i servizi territoriali dedicati alla maternità, promozione del centro antifumo, diario settimanale dell'alimentazione e del movimento, ausili assistenziali, consigli per pazienti con problematiche di deglutizione, spazio giovani, igiene mani, ecc.).

Figura 5.4 – Campagne di comunicazione regionale: materiali informativi. Anno 2012



Nell'ambito della campagna di promozione dell'igiene delle mani, è stata organizzato nel 2012 un concorso interno all'azienda rivolto ai figli o nipoti dei dipendenti per la produzione di un manifesto sul tema. La premiazione del concorso, molto partecipato, è avvenuta il 5 maggio 2012, Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani, nel corso di una giornata promozionale sul tema svoltasi presso l'atrio dell'Ospedale di Imola. Nell'ambito delle iniziative locali legate alla Campagna nazionale donazione e trapianto di cellule, organi e tessuti, anche nel 2012 si è svolto il triangolare di calcio tra Ausl Imola, Montecatone RI Spa e Comune di Imola.

Figura 5.5 – Campagne di comunicazione: eventi organizzati dall'azienda. Anno 2012



Sono stati 11 gli eventi inaugurali nell'anno: per strutture rinnovate (Aula informatica, Banca delle Cornee, Polo endoscopico, reparto di Urologia, Centro Diurno Medicina); nuove attrezzature donate (sala operatoria, tomografia dentale New Tom, ambulanze, furgone elettrico, attrezzature per il polo endoscopico) e per installazioni di opere d'arte (installazione opere Biancini presso l'Ospedale Nuovo di Imola).

A dicembre è stata inoltre organizzata un'asta di beneficenza che ha aperto una campagna di raccolta di fondi terminata a giugno 2013 per l'acquisto di un apparecchio medicale per l'Hospice.

Figura 5.6 – Campagne raccolta fondi: asta di beneficenza per apparecchio Hospice. Anno 2012

PROGETTO D'AMATO
Arte e solidarietà a favore di Oncologia ed Hospice dell'Ausi di Imola

In collaborazione con 

Con il patrocinio di 

Che cos'è il Progetto D'Amato
E' un'iniziativa artistico-culturale di solidarietà che prevede l'esposizione e la messa all'asta dei quadri dell'artista, imolese d'adozione, Aldo D'Amato.
Il ricavato dell'asta sarà utilizzato per l'acquisto di 2 apparecchiature per la visualizzazione delle vene, fondamentali per ridurre il disagio ed il dolore dei pazienti ricoverati presso il Day Hospital Oncologico e l'Hospice dell'Ausi di Imola.
Qualora le donazioni raccolte superino il costo di queste attrezzature, la somma residua sarà devoluta all'Oncologia Pediatrica dell'Istituto Rizzoli di Bologna.

Sabato 15 e domenica 16 dicembre 2012
Sala dell'Annunziata, Via F.lli Bandiera, 17/a Imola

Esposizione **Sabato 15 e domenica 16 dicembre**
ore 10-19

Asta finale **Domenica 16 dicembre ore 16.45**

Le donazioni elargite per le opere sono detraibili fiscalmente
www.progettodamato.com



Infine sono stati 8 i convegni di carattere più prettamente scientifico organizzati internamente o per i quali l'azienda ha collaborato attivamente con altre Istituzioni o Associazioni.

5.2.4 Mass-media e social media

L'ufficio stampa nel 2012 ha prodotto 161 comunicati stampa, di cui 142 attivi (88,2%) e 19 come risposta ad articoli apparsi su quotidiani o settimanali locali. Sono inoltre state organizzate 16 conferenze stampa di cui 3 in collaborazione con altri enti o aziende.

Tabella 5.7 – Conferenze e comunicati stampa per mese di emissione. Anno 2012

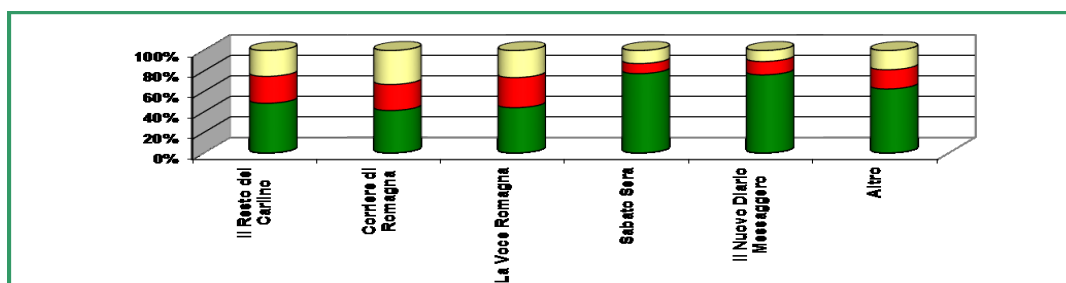
2012	CONFERENZE STAMPA	Comunicati stampa	Attivo	Risposta	
Gennaio	Corsi di laurea Professioni Sanitarie: stato dell'arte ed inaugurazione ausl informatica polo formativo	1	14	10	4
Febbraio	Inaugurazione 8° sala operatoria donata dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Imola	1	15	13	2
Marzo			18	17	1
Aprile			11	11	0
Maggio	Annuncio donazione NewTom da parte della Cefla - Giornata Mondiale igiene delle mani - Presentazione del Bilancio di Esercizio 2011 - Donazione Organi	4	20	18	2
Giugno	Infortuni sul lavoro 2011 nel Nuovo Circondario Imolese	1	12	9	3
Luglio	Inaugurazione Banca delle cornee	1	8	7	1
Agosto			7	5	2
Sett.	Inaugurazione Ambulanza donata da LegaCoop Imola - Inaugurazione NewTom donato da Cefla	2	19	16	3
Ottobre	Inaugurazione allestimento delle opere del Biancini ristrutturate presso l'ospedale di Imola - Presentazione convegno LILT su tumore alla mammella	2	12	11	1
Nov.	Inaugurazione nuovo Polo Endoscopico Ospedale Nuovo di Imola	1	11	11	0
Dicembre	Inaugurazione nuovo reparto Urologia - Donazione di un furgone elettrico da parte di Con.Ami - Presentazione dati indagine qualità percepita del ricovero	3	14	14	0
TOTALI		16	161	142	19

Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La percentuale di pubblicazione da parte delle testate dei comunicati aziendali è stata dell'91,3%, con il 58% circa di uscite su più di tre testate. Il dato più significativo è il netto decremento degli articoli riguardanti l'azienda: 955 vs 1.306 dell'anno precedente da imputarsi in gran parte alla diminuzione di articoli negativi, che passano da 446 a 209. La suddivisione percentuale per posizione espressa dell'articolo vede infatti il 56% di articoli positivi, il 23% di neutri ed il 22% di negativi (nel 2011 le percentuali erano rispettivamente del 46%, 20% e 34%).

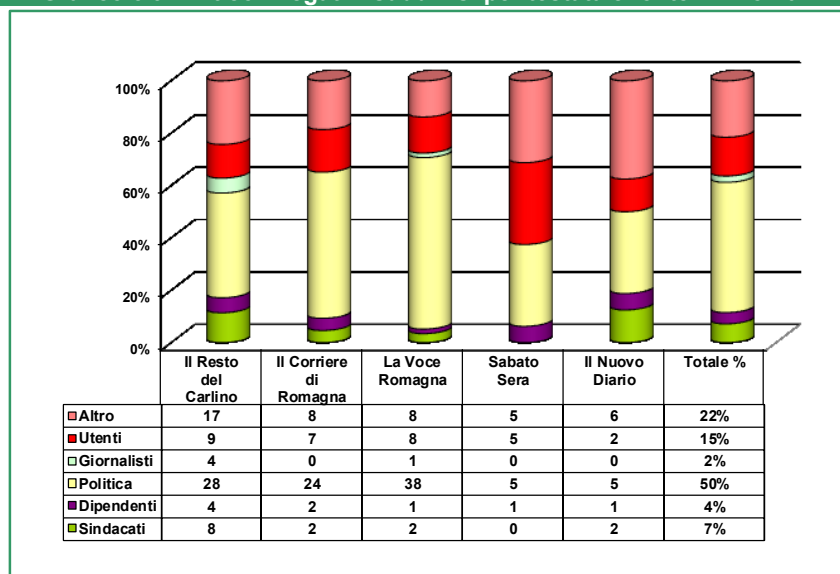
Figura 5.8 - Articoli sull'AUSL di Imola, per testate e per posizioni assunte. Anno 2012

Giornali	Positivi	Negativi	Neutri	Totali	%	% Positivi	% Negativi	% Neutri
Il Resto del Carlino	127	69	66	262	27%	48%	26%	25%
Corriere di Romagna	70	43	56	169	18%	41%	25%	33%
La Voce Romagna	87	58	52	197	21%	44%	29%	26%
Sabato Sera	134	17	22	173	18%	77%	10%	13%
Il Nuovo Diario Messaggero	93	16	13	122	13%	76%	13%	11%
Altro	20	6	6	32	3%	63%	19%	19%
Totale	531	209	215	955	100%	56%	22%	23%



L'analisi delle fonti di articoli negativi (Grafico 5.9) conferma il trend in aumento già evidenziato lo scorso anno per quanto riguarda gli interventi diretti dei cittadini (15% nel 2012 vs 10% nel 2011), in linea con quanto riscontrato rispetto alle presentazioni di segnalazioni all'URP, in quest'ultimo caso spesso anche positive.

Grafico 5.9 - Articoli negativi suddivisi per testata e fonte. Anno 2012



Sono ancora una volta le fonti politiche-partitiche le prioritarie "produttrici" di immagine negativa (50%), mentre cala drasticamente la percentuale relativa alle Organizzazioni Sindacali, che passa dal 19% del 2011 al 7% del 2012. La categoria "altro", pari al 22% ed in linea con il 19% dello scorso anno, è riferita in genere a commenti su episodi di cronaca.

Anche nel 2012 è proseguita la collaborazione con il Resto del Carlino Imola, attiva dal 2004, che ha portato alla pubblicazione di circa 50 articoli su temi di educazione alla salute all'interno della rubrica del giovedì "Carlino Salute"; sono state inoltre attivate due collaborazioni con i settimanali locali, che hanno portato alla produzione di 30 redazionali nell'anno di riferimento (20 nel 2011).

Nel 2012 sono state prodotte e messe in onda 30 trasmissioni televisive di 8 minuti su vari temi di educazione alla salute sull'emittente DTV canale 90 del digitale terrestre (collaborazione gratuita) e tra il 2011 ed il 2012 sono state prodotte 10 *fiction* sui percorsi diagnostici-terapeutici e di presa in carico, attualmente visionabili sul canale *YouTube* aziendale.

Dal 2011, l'AUSL di Imola ha infatti attivato sul proprio sito i profili aziendali dei *social networking Facebook, Twitter e YouTube*, recependo la sfida comunicativa del passaggio da una comunicazione monodirezionale verso il cittadino ad una comunicazione che diventa partecipazione, dialogo ed ascolto (*e-partecipation*). Essere presenti sui *social media* è, prima di tutto, un cambiamento culturale per cui la definizione strategica diventa fondamentale.

Il piano redatto dallo Staff Informazione e Comunicazione e dall'Unità Operativa Tecnologie Informatiche e di Rete (TIR) è suddiviso in due parti: una dedicata alla comunicazione esterna ed una alla comunicazione interna. Per quanto riguarda la comunicazione esterna, gli strumenti del Web 2.0 ampliano le possibilità di informare e far conoscere i servizi aziendali e le opportunità di accesso a disposizione del cittadino, di promuovere l'azienda ed i suoi eventi, di comunicare in tempo reale disservizi o situazioni di emergenza, di interagire coi cittadini, potenziando la capacità di ascolto delle loro esigenze ed opinioni e stimolando occasioni di confronto e dibattito; in generale, quindi, di relazionarsi di più e meglio con il territorio e gli *stakeholder*.

I *social media* possono, inoltre, diventare strumento di lavoro per i professionisti: nel 2012 è stato progettato un *social network* interno quale strumento di lavoro dei professionisti (InterAusl) che nel 2013 è stato pienamente attivato e su cui l'azienda ha sviluppato percorsi formativi interni *ad hoc*.

5.3 La comunicazione interna aziendale

5.3.1 Sito Intranet e giornalino aziendale *on line*

In ulteriore incremento le visite al [sito intranet aziendale](#), che passano dal dato medio di 94.427 del 2011 alle circa 100.540 del 2012. La intranet aziendale è oramai il primo e consolidato strumento di comunicazione interna aziendale e viene utilizzato dalla totalità dei dipendenti che possono accedere ad un personal computer. Il popolamento e l'aggiornamento costante viene effettuato centralmente a cura dell'Ufficio Stampa e perifericamente dai diversi settori aziendali che erogano servizi al cliente interno (risorse umane, direzione infermieristica, staff formazione,

TIR, ecc.). Le pagine più visitate sono quelle di accesso alle applicazioni aziendali, della modulistica e delle risorse umane, la rubrica telefonica e la rassegna stampa.

Il giornalino aziendale interno "Detto tra NOI", *on line* da settembre 2011, anche nel 2012 è stato regolarmente pubblicato con cadenza mensile e nel corso del 2012 si è trasformato sempre più in un formato *newsletter*, per garantirne una maggior fruibilità.

6. Governo della ricerca e innovazione

6.1 Le azioni per l'esercizio della governance della ricerca

L'attività di ricerca costituisce condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, in quanto permette da un lato di porre il servizio sanitario in grado di accogliere, in modo tempestivo, efficace e compatibile con il proprio contesto clinico-organizzativo, le innovazioni che la ricerca propone e dall'altro, di orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari. La definizione delle attività qualificabili come "ricerca" riconosce due diverse tipologie di attività: quelle aventi come scopo principale l'acquisizione, su specifici fenomeni oggetto di indagine, di conoscenze generalizzabili rivolte alla comunità scientifica e quelle (talvolta definite come attività di valutazione) aventi come finalità primaria l'acquisizione di conoscenze destinate a contribuire al miglioramento delle capacità di governo dei problemi assistenziali in uno specifico contesto. Entrambe le tipologie devono poter essere realizzate secondo modalità che ne garantiscano la attendibilità (e quindi mediante procedure esplicite e standardizzate, funzionali a garantirne la riproducibilità e altri elementi di validità tecnico-scientifica). Le azioni necessarie per gestire in modo sostanziale una funzione di *governance* della ricerca all'interno dell'azienda, sono: predisposizione di strumenti aziendali per la *governance* della ricerca e della innovazione; messa a punto di una anagrafe aziendale dei progetti di ricerca clinica e sanitaria e di un archivio della documentazione scientifica prodotta; costituzione di un *Board* Aziendale per la Ricerca e l'Innovazione; valorizzazione dei professionisti e l'impegno a sostenere le attività di ricerca; relazioni con i finanziatori esterni.

Nella definizione e nello sviluppo di queste ulteriori iniziative finalizzate a consolidare il sostegno alle attività di ricerca, va riconosciuta la necessità di una privilegiata interlocuzione con il Sistema delle Università della Regione, per quel che riguarda le attività di ricerca clinica e sanitaria condotte nell'ambito dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

6.1.1 Attività di ricerca nell'AUSL di Imola

Nel 2012, l'AUSL di Imola ha approvato ed avviato - da sola o in *partnership* con altre Aziende sanitarie, Regione e Università - i progetti di ricerca e di innovazione clinico - organizzativa, riepilogati in Tabella 6.1, dove si riportano i costi, i finanziamenti dedicati e il numero di professionisti coinvolti.

Tabella 6.1 - Sintesi attività di ricerca AUSL di Imola. Anno 2012

Progetti anno 2012	Progetti	Personale	Costi	Finanziamenti RER
Sperimentazioni	5	5	€ 1.259	€ 51.057
Fondo per la Modernizzazione 2010 - 2012 (biennale)	3	>50	€ 185.000	€ 185.000
TOTALE	8	>55	€ 186.259	€ 236.057

Studi sperimentali e osservazionali. I cinque studi approvati nel corso del 2012 sono stati condotti rispettivamente dalle Unità operative di Pediatria (2 studi), Gastroenterologia, Nefrologia e Dialisi ed Oncologia. Il primo studio, condotto dalla Pediatria e dal titolo "Diarrea emorragica da E. Coli produttore di *Shiga-like toxin* (STEC) e sindrome emolitico uremica: epidemiologia, caratteristiche di virulenza, fattori di rischio nella Regione Emilia-Romagna", è uno studio osservazionale che vede come Centro promotore la Nefrologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e la collaborazione del Servizio di Sanità Pubblica e Servizio Veterinario e Igiene degli alimenti dell'Assessorato Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna.

Lo studio mira ad analizzare il quadro epidemiologico delle infezioni da *Escherichia Coli*, con particolare riferimento ai casi caratterizzati da sindrome emolitico uremica, malattia rara che può insorgere in corso di infezioni enteriche da stitipi di E. Coli produttori di Stx (STEC) e causa di insufficienza renale acuta, per la quale esiste un sistema di sorveglianza che fa capo, dal 1998, ad un registro nazionale a cui aderiscono la maggior parte dei centri di nefrologia pediatrica italiani.

Il secondo, sempre condotto dalla Pediatria, Progetto *SpeNK* "Il neonato e il bambino ad alta complessità assistenziale", è uno studio osservazionale sviluppato nell'ambito del Programma Regione – Università 2010 – 2012, di cui si riferisce nel paragrafo successivo.

Lo studio condotto dall'Unità operativa Gastroenterologia è una sperimentazione clinica e riguarda il miglioramento dell'accuratezza diagnostica dell'agoaspirazione ecoendoscopica attraverso la misurazione dell'espressione del fattore pancreatico-duodenale PDX 1.

Lo studio condotto dall'Unità operativa di Nefrologia e Dialisi è una sperimentazione clinica che riguarda la terapia con bardoxolone metile nei pazienti con insufficienza renale cronica e diabete di tipo 2. Il quinto, "Beaware" studio osservazionale condotto dall'Oncologia, ha come obiettivo primario quello di valutare, nel trattamento del tumore metastatico del colon-retto, la proporzione di pazienti che interrompono la somministrazione di *bevacizumab* in accordo con i suggerimenti della scheda tecnica (a causa di progressione di malattia o eventi avversi imputabili a *bevacizumab*). Tutti gli studi sono stati approvati dal Comitato Etico del Policlinico S.Orsola – Malpighi con cui l'AUSL di Imola ha stipulato una apposita convenzione.

6.1.2 Principali progetti di ricerca aziendali e con altre Aziende

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

Progetto *SpeNK* - "Il neonato e il bambino ad alta complessità assistenziale". Questo progetto è stato avviato nell'ambito del Programma Regione-Università 2010-2012, area 2 "Ricerca per il Governo Clinico" - programma finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, nel corso

del 2012. L'implementazione e la valutazione delle dimissioni protette e dei percorsi integrati ospedale-territorio nella provincia di Bologna, studio osservazionale prospettico con popolazione residente nella provincia di Bologna. Tale studio nasce dalla collaborazione tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Orsola Malpighi, l'AUSL di Bologna, l'AUSL di Imola e il Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università di Bologna e prevede la conduzione di uno studio osservazionale prospettico "*area based*" nella provincia di Bologna con il reclutamento di tutti i neonati dimessi con peso ≤ 1.000 gr e dei bambini/adolescenti dimessi per la prima volta con elevati bisogni assistenziali o patologia oncologica. Le dimissioni protette e i piani di assistenza richiedono una forte integrazione ospedale-territorio con l'obiettivo di assicurare coordinamento tra i diversi servizi di cura per evitare duplicazioni assistenziali e garantire una migliore qualità di vita al bambino e alla sua famiglia. Il progetto permetterà di aggiungere nuove conoscenze sull'attuazione di dimissioni protette, percorsi assistenziali integrati e continuità delle cure nei confronti di neonati/bambini con particolare bisogni di assistenza. Saranno sviluppati e validati nel contesto assistenziale metodologie per l'individuazione di neonati e bambini complessi a partire dai flussi amministrativi correnti e questionari per valutare l'attività di coordinamento del Pediatri di Libera Scelta e la percezione e soddisfazione delle famiglie. Sarà inoltre messa a punto una metodologia per monitorare i consumi assistenziali della casistica trattata e la loro valorizzazione economica. Il progetto a livello locale è coordinato dal Direttore della Unità operativa Pediatria e Nido dell'AUSL di Imola. Ad oggi i neonati residenti nel comprensorio imolese dimessi dalla Pediatria e Nido e reclutati nello studio sono stati 5.

Fondo per la Modernizzazione 2010 – 2012. Due dei tre progetti afferenti al "[Fondo per la Modernizzazione 2010-2012](#)", nell'ambito dell'Area A - Progetti di sostegno alle iniziative di cambiamento direttamente conseguenti alle linee di indirizzo regionali, approvati dalla Regione Emilia-Romagna ad ottobre 2011 e dei quali l'AUSL di Imola rappresenta l'Ente capofila, sono entrati nella fase operativa nel corso del 2012.

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

Nel corso del 2012 sono stati effettuati diversi incontri tra gli operatori dei servizi coinvolti, con l'obiettivo di mettere a confronto i rispettivi protocolli aziendali in essere per la presa in carico della fascia di utenza individuata. Il modello organizzativo che è stato condiviso è quello delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), modalità di relazione tra servizi sanitari e sociali prevista dal Piano attuativo per Salute mentale regionale 2009 – 2011 e finalizzata ad assicurare

continuità assistenziale tra i servizi e criteri di presa in carico uniformi e condivisi dei giovani con bisogni di salute che richiedano interventi integrati socio sanitari e che mette in relazione l'attività dei servizi sociali e sanitari per i passaggi dei minori al Centro Salute Mentale, alla Medicina Riabilitativa, all'Azienda per i Servizi alla Persona (ASP), al SerT, coinvolgendo il paziente, la famiglia, il Pediatra di Libera Scelta e il Medico di Medicina Generale.

“Sviluppo di un modello clinico-assistenziale per intensità / complessità delle cure in area critica (area intensiva, semintensiva, terapia intensiva cardiologica)”. Tale

progetto, per il quale la Regione Emilia-Romagna ha concesso un finanziamento, risponde alla strategia regionale di promozione e sviluppo dell'assistenza ospedaliera per intensità di cura.

In questo ambito si è consolidato il modello di assistenza dell'intera Area Critica ridefinendo la *mission* della Terapia Intensiva Cardiologica (TIC) come area assistenziale di tipo semintensivo, con vocazione non solo cardiologica (accessi dai Centri di riferimento di pazienti con infarto miocardico acuto STEMI e SCA noSTE, ricovero dei casi STEMI non inviati ai centri di riferimento, incremento dei ricoveri non coronarici come lo scompenso cardiaco) ma anche indirizzata al trattamento di pazienti cardiologici con comorbidità internistiche che richiedano livelli di assistenza semintensiva. La *mission* è stata adattata ai nuovi requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture cardiologiche (DGR 1802/2011). In questo modo l'area Critica ha modificato il proprio assetto, integrando in senso trasversale e interdisciplinare i posti letto di Rianimazione/Terapia Intensiva e di Terapia Semintensiva.

Nell'ambito dei Progetti per la Modernizzazione 2010 – 2012 rientra anche il progetto di **“Assistenza da parte dell'ostetrica alla donna in gravidanza a basso rischio”**, capofila AUSL Bologna, che fa riferimento alla DGR 1097/2011 “Presa in carico della gravidanza fisiologica a basso rischio da parte dell'ostetrica”. Nel corso del 2012 è stato istituito il gruppo di lavoro aziendale che ha validato la procedura di gestione della presa in carico della gravidanza a basso rischio secondo le direttive regionali. Il percorso di presa in carico della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica in regime di Day Service Ambulatoriale tipo 2 (DSA2), è rivolto alle donne che accedono al Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola che abbiano una gravidanza “diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica” ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs. 206/2007. L'attività è partita a livello sperimentale nel corso del mese di ottobre con la presa in carico di 5 donne gravide. E' stato anche effettuato un corso di formazione rivolto alle ostetriche del Consultorio Familiare ed organizzato in ambito di Area Vasta Centro.

Programma Sperimentale sull'integrazione delle Medicine non convenzionali.

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

Il 1° programma, conclusosi nel 2008, ha finanziato studi osservazionali di piccole dimensioni e su base aziendale relativi alle pratiche non convenzionali più diffuse (agopuntura, omeopatia e

fitoterapia), in ambito ginecologico, oncologico e neurologico. Il 2° Programma sperimentale (deliberato nel 2009 e tuttora in corso) ha proseguito la linea di ricerca e innovazione iniziata con il 1° Programma. Sono stati inclusi e finanziati studi di dimensioni maggiori rispetto al 1° Programma, condotti nelle strutture del SSR e focalizzati prevalentemente alla valutazione dell'efficacia clinica e all'osservazione di trattamenti di medicine non convenzionali. Nove dei 12 studi finanziati sono *trials* clinici randomizzati (RCT). L'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'AUSL di Imola ha aderito al progetto "[Giù la testa](#)", studio osservazionale sulla presentazione podalica cui partecipano 47 centri (consultori e punti nascita) della Regione Emilia-Romagna.

Lo studio è stato proposto dal Dipartimento materno infantile - Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Maggiore di Bologna in collaborazione con il Programma tutela salute donna infanzia e adolescenza dell'AUSL di Bologna e con il Centro di documentazione SaPeRiDoc del CeVEAS di Modena. Lo studio mira a raccogliere informazioni sul tasso di versione spontanea nel terzo trimestre nella popolazione assistita dai consultori e dai punti nascita della Regione e propone l'offerta attiva di trattamenti, in particolare moxibustione o ago-moxibustione e rivolgimento per manovre esterne (RME) per ottenere la versione. La moxibustione o moxa è un trattamento di medicina tradizionale cinese che consiste nella stimolazione di punti di agopuntura (in questo caso un punto in corrispondenza del 5° dito del piede) mediante il calore prodotto da un bastoncino di carbone di artemisia. Nel corso del 2012 è cominciato il lavoro preparatorio che ha dato alla luce il 3° Programma Sperimentale, nel quale sono stati individuati trattamenti/metodiche non convenzionali per i quali procedere a studi di approfondimento e che riguardano l'area della salute della donna, il dolore cronico non oncologico e il paziente con patologia oncologica. A questi progetti per l'AUSL di Imola hanno aderito le Unità operative di Ostetricia e Ginecologia, Medicina 2 e Oncologia. In ambito di salute della donna si sperimenta un modello d'integrazione tra trattamenti convenzionali e digitopressione (agopressione) per il contenimento del dolore del travaglio – parto, per l'ambito del dolore cronico non oncologico l'integrazione tra trattamenti convenzionali e agopuntura, con particolare riferimento a lombalgia e cefalea, per l'ambito oncologico l'integrazione tra trattamenti convenzionali e fitoterapia (*Viscum Album*) per la qualità della vita e la prevenzione / riduzione degli eventi avversi da terapie oncologiche, con particolare riferimento ai sintomi fatigue e nausea.

6.2 Alta formazione

Il rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Medicina e Chirurgia, per quanto attiene i 4 Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie presenti nell'AUSL di Imola (Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale; [Tecnica della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro](#)) ormai consolidato, è andato rafforzandosi con la conferma dell'ampliamento dei posti disponibili per l'accesso al primo anno del Corso di Studio in Infermieristica da 30 a 60 posti e al primo anno del Corso di Studio in Fisioterapia da 20 a 30 posti. Per i primi due corsi l'Azienda è sezione formativa - ovvero sede delle lezioni teoriche

Sezione 6. Governo della ricerca e innovazione

relative alla parte professionalizzante e di tutte le ore di attività integrativa e di tirocinio - mentre per i restanti due è sede didattica (sede di tutte le lezioni teoriche e di tirocinio).

Tabella 6.2 - Sezioni attive e numero studenti dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2012

Corsi di laurea	Anno di Corso	N. studenti A.A. 2011/2012	N. studenti A.A. 2012/2013
Corso di Laurea in Infermieristica	1°	59	66
	2°	51	36
	3°	71	103
Totale		181	205
Corso di Laurea in Fisioterapia	1°	20	30
	2°	20	20
	3°	22	26
Totale		62	76
Corso di Laurea in Educazione Professionale	1°	31	35
	2°	32	30
	3°	47	59
Totale		110	124
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	1°	28	30
	2°	24	27
	3°	54	58
Totale		106	115
Totale complessivo		459	520

L'A.A. 2011/2012 ha registrato un incremento di 14 unità rispetto all'analogo periodo del 2011.

Tabella 6.3 - Incarichi didattici nell'ambito dei corsi universitari dell'AUSL di Imola. Anno 2012

Corsi di laurea	Incarichi didattici	N.ro incarichi didattici	Impegno nell'attività
Corso di Laurea in Infermieristica	Coordinatore Tecnico Pratico	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	4	3 incarichi: 36 ore/settimana 1 incarico: 24 ore/settimana
Corso di Laurea in Fisioterapia	Coordinatore Tecnico Pratico	1	36 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	1	36 ore/settimana (dipendente M.R.I.)
Corso di Laurea in Educazione Professionale	Coordinatore Tecnico Pratico	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	2 incarichi: 12 ore/settimana 1 incarico: 38 ore/settimana in convenzione
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	Coordinatore Tecnico Pratico	1	6 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	2	18 ore/settimana

Si confermano i dati relativi agli incarichi didattici assegnati per i corsi di Laurea attivati, che vengono evidenziati in Tabella 6.3, per ciò che attiene i Coordinatori Tecnico Pratici ed i Tutor di Corso. I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono pari a 29 unità affiancati da 12 unità di Montecatone R.I. e 15 docenti esterni provenienti da altre Strutture sanitarie della Regione. Ci sono ulteriori 37 professionisti coinvolti nella gestione delle attività seminariali o di laboratorio in qualità di esperti della materia. Complessivamente sono state erogate circa 1.321 ore di docenza da parte di personale dipendente, così distribuite:

- Corso di Laurea in Infermieristica: 43 operatori, impegno complessivo circa 679 ore;

- Corso di Laurea in Fisioterapia: 16 operatori, impegno complessivo circa 260 ore;
- Corso di Laurea in Educazione Professionale: 7 operatori, impegno complessivo 250 ore;
- Corso di Laurea in Tecniche Prevenzione: 22 operatori, impegno complessivo di 540 ore.

L'aumento degli studenti in carico, unito al fatto che le ore di tirocinio sono parte sostanziale e qualificante del percorso di studio e che devono essere svolte al 100% da parte dello studente, ha generato la necessità di mantenere costantemente alto il livello di attenzione sul reclutamento e sostegno dei professionisti che formano la rete delle guide di tirocinio, soprattutto costruendo relazioni e forme di sinergia e collaborazione con altre aziende sanitarie o strutture private convenzionate confinanti. I dipendenti incaricati di ricoprire la Funzione di Guida di tirocinio (Tutor Aziendali di Tirocinio) sono stati 514 di cui 226 dipendenti aziendali.

Tabella 6.4 - Guide attive per i tirocini curriculari dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2012

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	164	12	176
Corso di Laurea in Fisioterapia	22	116	138
Corso di Laurea in Educazione Professionale	18	77	95
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	22	83	105
Totale	226	288	514

Con DGR 13/2012 il contributo regionale assegnato all'AUSL di Imola per il 2012, per la gestione dei Corsi di Laurea, ammonta a € 932.732. Grazie alla presenza di modelli organizzativi flessibili, basati sulla forte integrazione tra l'area della formazione e l'area dell'organizzazione, i costi che l'azienda sostiene per garantire le necessarie attività ai percorsi formativi sono stimati in € 703.380 per una presenza media pari a 480 studenti (Tabella 6.5).

Tabella 6.5 - Stima costi gestione dei Corsi di Laurea presenti nell'AUSL di Imola. Anno 2012

Tipologia costi	tecnico prevenzione	educazione prof.le	infermieristica	fisioterapia	totale corsi
Altri beni sanitari	€ 159,00	€ 64,00	€ 256,00	€ 256,00	€ 735,00
Beni non sanitari	€ 1.589,00	€ 545,00	€ 3.103,00	€ 2.394,00	€ 7.631,00
Manutenzioni	€ 7,00	€ 7,00	€ 27,00	€ 27,00	€ 68,00
Servizi tecnici	€ 6.617,00	€ 6.300,00	€ 32.709,00	€ 21.215,00	€ 66.841,00
Service	€ 177,00	€ 177,00	€ 710,00	€ 710,00	€ 1.774,00
Altri servizi non sanitari/Costi amm.vi	€ 10.883,00	€ 53.496,00	€ 19.770,00	€ 21.151,00	€ 105.300,00
Ammortamenti	€ 626,00	€ 938,00	€ 2.504,00	€ 2.504,00	€ 6.572,00
Altro	€ 463,00	€ 364,00	€ 9.412,00	€ 4.861,00	€ 15.100,00
Totale Personale	€ 95.524,00	€ 61.264,00	€ 218.042,00	€ 60.583,00	€ 435.413,00
Totale parziale	€ 116.045,00	€ 123.155,00	€ 286.533,00	€ 113.701,00	€ 639.434,00
10% costi generali	€ 11.605,00	€ 12.316,00	€ 28.653,00	€ 11.370,00	€ 63.944,00
Totale costi	€ 127.650,00	€ 135.471,00	€ 315.186,00	€ 125.071,00	€ 703.378,00

Sulle disponibilità economiche residue vengono annualmente definiti gli investimenti per progetti di ricerca da sviluppare, attrezzature, didattica (manichini, apparecchi elettromedicali, presidi, ecc.) e per gli ambienti che ospitano le lezioni dei corsi di laurea a disposizione degli studenti.

Considerando l'azienda in termini di sistema, è importante 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. I percorsi sviluppati ed implementati nel 2012 seguono due piste di lavoro: rafforzare l'integrazione multi professionale e le opportunità di sinergia tra i 4 diversi Corsi di Laurea e garantire uniformità di formazione in ingresso sull'esercizio della funzione a tutti i tutor di tirocinio reclutati per i 4 Corsi di Laurea. È continuato quindi il percorso di formazione-azione di "manutenzione" dei professionisti che svolgono attività di docenza/tutoraggio nei 4 corsi di Laurea e rappresentativi di tutte le professionalità coinvolte (Infermieri, Educatori Professionali, Medici, Fisioterapisti, Tecnici della Prevenzione). Per sostenere anche l'offerta formativa di qualità delle diverse sedi di tirocinio, nel 2012, sono stati realizzati tre percorsi: due di prima formazione dedicati a circa 60 professionisti equamente provenienti dalle 4 professioni coinvolte e uno dedicato a chi già ricopre la funzione di guida di tirocinio (circa 30 professionisti). Grazie alla forte integrazione e collaborazione con la Cooperazione Sociale, con la sede di Montecatone e con l'ARPA, questi corsi sono stati frequentati, in forma gratuita, anche da operatori che in quelle sedi ricoprono la funzione di guida di tirocinio per gli studenti.

È continuato, poiché attivato a partire dall'A.A. 2010/2011, dalla sezione formativa di Imola il Corso di Laurea infermieristica in collaborazione con l'Università di Ferrara, sezione formativa di Pieve di Cento, stesso Corso di Laurea, uno studio osservazionale analitico sulla valutazione del livello di raggiungimento delle competenze esito in relazione ai fattori predittivi negli studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica. Il campione costituito da 120 studenti iscritti al corso di Laurea delle due sezioni formative sarà osservato per l'intera durata degli studi.

Oltre ai Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie, nel 2012, sono stati attivati in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna:

- un corso di Alta Formazione in "Strumenti metodologici e operativi per la prevenzione e promozione della salute" rivolto alle Assistenti Sanitarie della Regione E.R.;
- un corso di Alta Formazione in "Strumenti per la valutazione dell'inquinamento negli ambienti di vita e di lavoro" rivolto a Tecnici della Prevenzione della Regione E.R.;
- un corso di Alta Formazione in "Assistenza Infermieristica in Endoscopia digestiva".

Nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali, l'attività formativa vede nel 2012 presenti 4 medici in formazione specialistica, anche se in presenza alternata e non continuativa, provenienti dalla Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Ateneo di Bologna.

Le strutture aziendali sono state sede di altri tirocini universitari, come si evidenzia in Tabella 6.6.

Tabella 6.6 - Tipologia di tirocinio e numero studenti per altri corsi di Laurea. Anno 2012

Altri corsi di laurea	Tipologia tirocinio	N.ro studenti
Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche	Curriculare presso Staff Formazione	2
Master in Management	Curriculare presso Direzione SIT	2
Scienze del Comportamento	Curriculare presso Consultorio	1
Laurea in Scienza dei consumi Alimentari e della ristorazione	Curriculare presso DSP	1
Laurea Magistrale Scienze della Riabilitazione	Curriculare presso Staff Formazione	2
Laurea in Psicologia	Curriculare presso Consultorio	2
Laurea in Economia e Commercio	Curriculare presso Programmazione e controlli direzionali	1
Laurea in Fisioterapia (da altra Università)	Curriculare presso Medicina Riabilitativa	2
Totale		13

Anche i medici convenzionati, in particolare i Medici di Medicina Generale (MMG), hanno svolto un ruolo importante per quanto attiene la formazione universitaria, svolgendo funzione di tutoraggio: nel 2012 sono 4 i MMG che hanno esercitato tale ruolo.

Tabella 6.7 - Attività di Tutor dei MMG e numero tirocinanti in carico. Anno 2012

Corsi di Laurea	Tipologia Tirocinio	n. tirocinanti
Laurea in Medicina e Chirurgia	Tutor pre-laurea presso ambulatorio MMG	9
Laurea in Medicina e Chirurgia	Preabilitazione Medicina ambulatorio MMG	3
Totale		12

Il numero dei tirocinanti frequentanti il corso di formazione specialistica in Medicina Generale è concordato direttamente con il MMG e quindi non ricompreso in tale rendicontazione. Durante il 2012 i dipendenti che hanno partecipato a corsi universitari sono stati complessivamente 13.

Tabella 6.8 - Dipendenti frequentanti corsi universitari, per profilo professionale. Anno 2012

Corso Universitario	Profilo	n. dipendenti
Corso di Alta Formazione	Infermiere/Assistente Sanitario	3
Master	Infermiere/Fisioterapista	5
Laurea Magistrale	Pedagogista	1
	Infermieri	2
	Fisioterapista	2
Totale		13

6.3 Information and Communication Technology

La sanità si avvale fortemente del contributo delle tecnologie innovative come la telemedicina, la teleassistenza e più in generale l'*ICT (Information and Communication Technology)* per garantire la gestione e la continuità assistenziale a tutti i livelli: ospedaliero, territoriale e di sanità pubblica. L'approccio teorico organizzativo su cui si fonda l'*ICT* è quello della modalità operativa a rete che integra attori e professionisti coinvolti in un unico sistema informativo. In questo senso il Sistema informativo aziendale è inteso come un tutto con l'organizzazione dell'azienda, secondo un

approccio sinergico tra strategia, organizzazione, processi aziendali e sistemi informativi. Si ricorda, inoltre, che lo sviluppo dei sistemi informatici/informativi pone un'attenzione particolare a tre variabili determinanti: le persone, i processi e le tecnologie.

Gli sviluppi prioritari del sistema informativo si collocano nell'area della "produzione" aziendale, in particolare 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. Il processo di ricovero in accesso programmato o in urgenza e l'attività ambulatoriale devono essere supportati in ogni fase da strumenti *hardware* e *software*, sempre più integrati tra loro e con gli strumenti elettromedicali.

Il piano degli investimenti 2012, come ogni anno, ha previsto il *turn-over* delle postazioni di lavoro con la sostituzione di 170 PC, 70 stampanti ed altre attrezzature (*scanner*, *barcode*, stampanti termiche, ecc.). Nel 2012 è stato, inoltre, realizzato un importante aggiornamento dell'infrastruttura server, *storage* e di rete: l'introduzione delle nuove tecnologie di virtualizzazione ha permesso di ottimizzare gli spazi occupati dai server e di riportare i server all'interno dell'azienda, permettendo autonomia gestionale e riduzione dei costi del servizio di *outsourcing*.

Sempre in riferimento all'attrezzatura hardware e software, di particolare rilievo, in ambito di innovazione tecnologica è stato l'[allestimento della Banca delle Cornee](#), collocata in una nuova struttura situata presso il blocco operatorio dell'Ospedale. In riferimento al sistema software, come dettagliato in Sezione 2 (par. 2.3.3 Assistenza ospedaliera), è stato installato un sistema informatizzato di monitoraggio delle temperature dei sistemi (incubatori, frigoriferi e congelatori) a temperatura controllata, atto a certificare la corretta conservazione del materiale contenuto e a fornire segnalazioni tempestive di allarme in caso di malfunzionamenti (innalzamento o abbassamento critico della temperatura).

Per quanto riguarda le implementazioni software in ambito **ospedaliero** sono proseguite le attività iniziate gli anni precedenti ed attivate nuove funzionalità:

- implementata la nuova versione SW di gestione dei ricoveri, che comprende la messa a regime della lettera di dimissione *compliant* SOLE;
- informatizzazione dei day service con attivazione dei percorsi nelle Unità operative di Neurologia e Pediatria;
- proseguita l'implementazione della Cartella Infermieristica con l'attivazione della Chirurgia Generale che ha comportato la realizzazione del sistema Wireless al 4° piano;
- attivato il [modulo sicurezza RIS/PACS](#) e la gestione dello *screening* senologico con il SW RIS;
- implementato il sistema SW di gestione dell'attività della Gastroenterologia con l'acquisto delle integrazioni necessarie alle attrezzature installate presso la nuova sede di Imola e di un nuovo *storage* per la gestione delle immagini e dei filmati;

- attivata la firma digitale dei referti di Radiologia e iniziati i percorsi di analisi per l'attivazione nei referti ambulatoriali, e per l'invio dei documenti al PARER (Polo Archivistico Regionale) individuato come ente gestore della conservazione sostitutiva.

La sanità sul **territorio** deve invece aver garantita la comunicazione con le strutture aziendali e la comunicazione paritetica attraverso meccanismi di interazione strutturati, sicuri e nella gran parte dei casi automatici. Le scelte di soluzioni tecnologiche adottate in azienda sono state fatte nell'ottica di supportare gli obiettivi descritti, tramite un percorso in essere ancora lungo e oneroso dal punto di vista economico, tecnologico e organizzativo, che comporta una profonda revisione procedurale e culturale. Nel 2012, nell'ambito delle tecnologie informatiche, si è conclusa l'implementazione, partita nel 2011, del software gestionale del Consultorio ed è iniziata la fase di analisi e progettazione per l'implementazione del day service Ostetrico-ginecologico.

E' proseguita, inoltre, l'implementazione del [SW per la gestione dell'assistenza domiciliare](#) che ha tenuto conto delle disposizioni delle linee guida regionali, garantendo le attività di supporto per l'implementazione della rete SOLE; in particolare l'AUSL di Imola ha partecipato all'analisi e allo studio delle implementazioni tecnico-organizzative del progetto regionale in fase sperimentale *ADI-online*, fornendo le basi per la gestione integrata dei pazienti domiciliari che prevede l'utilizzo di nuovi dispositivi mobili (*tablet*) e la creazione della scheda sanitaria individuale del paziente (*Pazient Summary*) e del *Summary ADI*.

I Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS) dell'azienda, nel 2012, risultano tutti collegati alla rete SOLE e alle reti orizzontali sono collegati 105 medici su 115 (91%). Il collegamento hardware e software non garantisce di per sé la fruizione delle informazioni, tuttavia, nel 2012 sono stati scambiati sulla rete SOLE: 156.979 referti di Laboratorio, 114.981 referti di Specialistica ambulatoriale, 18.131 di Radiologia e 38.663 di Pronto Soccorso; 13.125 notifiche di ricovero, 13.052 notifiche di dimissione e 4.235 lettere di dimissione. Un'altra implementazione significativa ha riguardato l'analisi e la definizione della modalità di produzione di una lettera di dimissione "specificata" per i pazienti affetti da scompenso cardiaco da utilizzare in Cardiologia e nel Dipartimento Medico. Negli ultimi mesi del 2012 è stato, inoltre, attivato l'invio ai MMG del referto di Diabetologia per i pazienti che accedono al centro antidiabetico dell'ospedale.

Nel 2012 le attivazioni delle credenziali per l'accesso al [Fascicolo Sanitario Elettronico \(FSE\)](#) sono state 515 per un totale di 1.423 FSE attivati. Le attivazioni del FSE possono avvenire tramite tre diverse modalità: preregistrazione e riconoscimento *de visu*; abilitazione dell'account direttamente allo sportello CUP; tramite la Carta Nazionale dei Servizi (CNS).

Nell'ambito della **Sanità Pubblica** sono iniziate le attività per l'avvio del [Sistema informativo](#) integrato di gestione del Dipartimento. Tale sistema, aggiudicato a inizio 2012, ha coinvolto la quasi totalità delle Unità operative/Programmi della Sanità Pubblica: Igiene e Sanità Pubblica e le sue articolazioni funzionali; Prevenzione delle Malattie Infettive ed Epidemiologia; Settore

Medicina Legale Individuale e Polizia Mortuaria; Centro Pubblico di Medicina dello Sport; Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro.

Come attività trasversale rispetto ai livelli di assistenza, va evidenziata la partecipazione dell'AUSL di Imola ai gruppi di lavoro organizzati dal servizio ICT regionale per analizzare tutti gli aspetti tecnici e organizzativi del percorso di attivazione della dematerializzazione della ricetta, per adempiere a quanto previsto dal DM del 2/11/2011 "Dematerializzazione della ricetta medica cartacea", che ha comportato le prime analisi e valutazioni in merito alle modifiche dei sistemi prescrittivi, prenotativi e di accettazione.

6.4 Accredитamento istituzionale

Il mantenimento dei requisiti per l'accreditamento istituzionale dei Dipartimenti aziendali è stato verificato nel corso 2012 attraverso l'utilizzo dello strumento delle verifiche ispettive interne.

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

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

Nel corso del 2012 le unità operative oggetto di verifica ispettiva interna sono state quelle afferenti al Dipartimento Medico ed al Dipartimento dei Servizi. 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 La Casa della Salute

7.1.1 Progetto organizzativo e funzionale

La [Casa della Salute \(CdS\)](#) è la sede pubblica dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale e i Servizi Sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In questa sede, inoltre, vengono realizzate iniziative rivolte alla prevenzione individuale e della comunità locale e si attuano i programmi per la promozione della salute e del benessere sociale.

Il 2012 ha visto l'avvio nel territorio imolese - in coerenza agli indirizzi strategici contenuti nel Piano Attuativo Locale 2010-2013 ed alle indicazioni regionali D.G.R. 291/2010 - della CdS di Castel San Pietro Terme classificata, in base ai servizi presenti, nello standard regionale medio-grande e la CdS di Medicina classificata nello standard regionale medio.

Il progetto organizzativo e funzionale delle due Case della Salute, tenendo conto degli indirizzi regionali, è stato sviluppato ed adattato al contesto territoriale. Si tratta, infatti, di un concreto progetto di servizi territoriali messi in rete allo scopo di qualificare l'assistenza e garantire una stabile ed effettiva presa in carico dell'assistito, attraverso l'integrazione delle risposte ai bisogni sanitari e sociali, la continuità, la prossimità, l'accessibilità e la fruibilità delle cure e delle tutele.

La realizzazione di una CdS comporta un radicale cambiamento della strategia sanitaria, finora improntata prevalentemente sulla centralità dell'ospedale, spostando l'attenzione sul cittadino e sulla complessità dei suoi bisogni, individuando nel territorio il luogo della prima risposta. Rappresenta la più naturale conseguenza evolutiva del percorso di maturazione dell'assistenza primaria, iniziato con lo sviluppo dell'associazionismo dei Medici di Medicina Generale e progredito con la realizzazione delle sedi dei Nuclei delle Cure Primarie; rispetto a questi modelli precursori il valore aggiunto è rappresentato dalla garanzia di uniformità ed equità di accesso all'assistenza per tutti i cittadini e da una dimensione di scala adeguata per un sostenibile decentramento delle risorse necessarie allo sviluppo. Gli elementi che contraddistinguono la CdS possono essere sintetizzati nel decalogo che segue.

Centralità del cittadino. E' l'asse strategico intorno al quale si struttura tutta l'attività. I servizi devono accogliere e assistere la persona nella sua globalità, includendo in ciò anche i contesti di vita e di cura e coloro che ne fanno parte, l'aiuto "a chi aiuta", nelle forme più diverse del sostegno e della mediazione; la dimensione umana, emotiva e relazionale deve guidare gli interventi, prima di qualsiasi altro criterio manageriale o professionale.

Riconoscibilità. Deve essere visibile sul territorio come luogo fisico nel quale si concentrano servizi e attività attualmente dispersi e frammentati. **Accessibilità.** La contraddistingue dal punto di vista strutturale e organizzativo, in termini di fruibilità non solo dei servizi propri, ma anche di informazioni allargate ad altri ambiti. **Unitarietà dei servizi.** Raccoglie, integra e mette a disposizione attività e prestazioni che resterebbero frammentate sul territorio, garantendo una organizzazione a rete, tra sanitario e sociale; rappresenta un contesto per un lavoro multidisciplinare di un team di operatori, favorito dalla contiguità e dalla prossimità spaziale e funzionale. **Continuità dei processi assistenziali.** Deve essere garantita sin dall'accesso, con una presa in carico omnicomprensiva degli assistiti, anche e soprattutto laddove gli attori che concorrono alle cure sono diversi; va assicurata la dimensione trasversale della continuità, cioè il coinvolgimento puntuale e contemporaneo di tutti gli interlocutori necessari, e la dimensione longitudinale: la prosecuzione degli interventi nel tempo, coerentemente alla evoluzione dei problemi. **Appropriatezza clinica ed organizzativa.** E' la misura di quanto rispettivamente un intervento diagnostico/terapeutico o una scelta sia adeguato/a rispetto alle esigenze del paziente ed al contesto sanitario, è determinata dalle dimensioni combinate dell'efficacia, della sicurezza e dell'efficienza degli interventi posti in essere dalla CdS. **Semplificazione dei processi clinici, assistenziali ed amministrativi.** Si traduce nella eliminazione di passaggi procedurali, controlli, adempimenti inutili al buon funzionamento dei servizi; in altri casi può significare trovare modi diversi, più rapidi ed efficienti per ottenere lo stesso risultato.

Personalizzazione dell'assistenza. Ferma restando la standardizzazione degli interventi laddove siano in gioco bisogni elementari ed omogenei di gruppi di popolazione, riguarda la risposta ai bisogni più complessi e articolati, che richiedono attenzioni particolari da parte di diverse componenti del sistema di tutela e di cura, rispetto di specifiche prerogative, culture e valori oltre che di privacy, di ascolto e di restituzione di informazioni. **Adattamento ai bisogni del territorio.** Garantito con una adeguata reattività dell'intero sistema che si deve adeguare ai mutevoli bisogni della popolazione di riferimento; l'attenzione va posta sull'evoluzione del contesto, con riferimento alle transizioni epidemiologiche e demografiche, ai mutamenti sociali, ai processi di instabilità e di crisi, ecc. **Partecipazione dei cittadini.** Concreta costruzione di una reciprocità del sistema delle cure, superando le logiche assistenziali e riparative; gli individui e le famiglie, messi opportunamente nelle adeguate condizioni di conoscenza, competenza e di autodeterminazione, diventano risorse per sé (autocura) e per il contesto sociale (auto e reciproco aiuto); con la partecipazione delle associazioni di volontariato, la CdS offre la possibilità di organizzare attività quali ad esempio la donazione del sangue.

Il processo di strutturazione della CdS è funzionale *in primis* a migliorare l'accessibilità delle cure per la risposta verso le condizioni morbose acute di primo livello (continuità assistenziale diurna) anche attraverso la progressiva inclusione nelle sedi dedicate dei Medici di Medicina Generale, dei Medici della Continuità Assistenziale prefestiva e festiva e notturna e della componente infermieristica. Ulteriori obiettivi concernono lo sviluppo della presa in carico e della gestione

proattiva delle patologie croniche (continuità assistenziale longitudinale), secondo linee guida e percorsi diagnostico terapeutici condivisi con la componente medica e specialistica, con il coinvolgimento diretto della componente infermieristica e la stratificazione degli interventi per severità e intensità assistenziale. Sono, inoltre, previsti punti di accoglienza e di accesso all'assistenza sociale e socio sanitaria unificati (sportelli socio-sanitari, punti unici di accesso) in modo da favorire la semplificazione dei percorsi, la coerenza degli interventi dei servizi sociali e sanitari e l'integrazione delle relative prassi operative.

In tale contesto le Case della Salute avviate nel territorio imolese garantiscono: continuità assistenziale e terapeutica H24 e sette giorni su sette; punto unico di accesso alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda; programmi condivisi di integrazione sociale e sanitaria; programmi di prevenzione basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini; collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate; controllo collegiale delle attività e valutazione degli *outcomes* interno ed esterno ai servizi; occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

Nell'ambito della CdS di Castel San Pietro Terme e di Medicina sono previste anche **funzioni di Ospedale di Comunità**, con posti letto di degenza territoriale e attività ambulatoriali specialistiche integrate all'assistenza primaria, finalizzate ad assicurare una risposta clinico-assistenziale tempestiva ed esaustiva. La degenza territoriale prevede posti letto gestiti da Medici di Medicina Generale, destinati alle fasce deboli della popolazione, prevalentemente anziani non autosufficienti che non necessitano del ricovero ospedaliero in struttura per acuti (ovvero di terapie intensive o di diagnostica ad elevato impegno tecnologico), ma hanno bisogno di procedure clinico assistenziali a media o bassa complessità.

Tabella 7.2 – Logo regionale della Casa della Salute



7.1.2 Struttura per grandi aree omogenee

Dal punto di vista strutturale la Casa della Salute include differenti tipi di spazio, suddivisi per grandi aree omogenee (pubblica, clinica e di staff) che raggruppano gli spazi per funzione, così da creare zone separate, riconoscibili dall'utente e rendere il più possibile chiari i percorsi.

Area pubblica: comprende l'ingresso, le aree di attesa, il punto di informazioni e il punto di ristoro: è il più possibile aperta per dare sensazione di accoglienza all'utente. Il fulcro dell'area accettazione è il banco informazioni principale, snodo dei percorsi all'interno della Casa della Salute. Nella *reception* l'utente viene accolto e preso in carico e può richiedere informazioni generali, accedere ai servizi del presidio, ottenere ulteriori informazioni per il proseguimento del percorso di cura ecc.. Anche l'area esterna, che comprendente l'ingresso del presidio e i parcheggi per gli utenti, è parte dell'area pubblica ed è progettata per consentire un facile raggiungimento dell'ingresso con lo studio delle pavimentazioni e con l'uso della segnaletica esterna.

Area clinica: rappresenta il cuore della Casa della Salute e al suo interno si trovano ambienti aperti al pubblico (ambulatori, ecc.) e ambienti riservati al solo personale (locali tecnici, ecc.). I servizi simili sono organizzati in raggruppamenti basati sulle attività comuni: zone di ambulatori per prestazioni di medicina generale, ambulatori specialistici, zone per trattamenti fisioterapici, zone dedicate ai servizi per l'infanzia, ecc.

Area di staff: comprende la zona amministrativa, gli spogliatoi, gli ambienti di relax del personale, aule e sale riunioni dedicate, aree direzionali del Dipartimento di Cure primarie, e del Servizio Infermieristico, sedi di associazioni di volontariato, ecc. In generale gli utenti e gli accompagnatori non debbono raggiungere la zona dello staff che ha una funzione prevalentemente di servizio. Pertanto questa macro area è collocata in una zona periferica della struttura lontana dai percorsi principali. In questa macroarea sono presenti anche gli spazi dedicati alla gestione degli approvvigionamenti e allo smaltimento dei rifiuti, ecc..

Il modello assistenziale della CdS, per la sua piena realizzazione presuppone un percorso di innovazione culturale condiviso ed agito dai professionisti, centrato sulla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra tutti i professionisti coinvolti. Soffermandoci per un istante sui significati linguistici del termine comune "casa", risulta del tutto evidente come essa non rappresenti solo il luogo fisico, costruito ed abitato dagli uomini, ma simboleggi piuttosto le fondamenta della vita sociale e del benessere e in questa accezione "essere a casa" significa soprattutto stare bene ed essere socialmente integrati.

7.1.3 Le componenti fondamentali della CdS

In particolare preme qui sottolineare l'importanza di alcune componenti chiave, che trovano nell'ambito della CdS la loro piena affermazione, in particolare la componente sociale, quella clinica e quella assistenziale, che costituiscono il nucleo fondamentale del lavoro in team.

La **componente sociale** comprende in questa accezione sia la componente dell'accesso (Sportello Sociale) che il Servizio Sociale Professionale. Inoltre, è importante che vi sia corrispondenza fra gli ambiti territoriali di intervento del sociale e dell'assistenza primaria, in quanto, non vi è dubbio che l'affermazione delle CdS dipenderà anche dalla capacità di garantire qualità nella risposta ai bisogni socio-sanitari complessi.

Per fronteggiare gli elementi di scenario in termini di mutamenti demografici ed epidemiologici e di cambiamenti di struttura del tessuto sociale, occorre tentare di sviluppare un nuovo paradigma assistenziale: in un contesto fortemente vocato verso risposte puntiformi di tipo specialistico, vi è la necessità di garantire e promuovere una visione più integrata ed olistica del benessere, dei problemi di salute e dei relativi processi di cura. Occorre ripensare i modelli organizzativi puntando a definire contenuti assistenziali integrati in un contesto organico di ruoli e funzioni. Da sola l'offerta sanitaria si rivela del tutto insufficiente ad affrontare tali importanti problematiche, poiché tali situazioni sono spesso sostenute e amplificate anche da condizioni quali la povertà e l'esclusione sociale. E' quindi fondamentale coniugare le competenze sanitarie con quelle sociali e l'integrazione può rappresentare un fattore fondamentale di qualificazione dell'offerta dei servizi della CdS, in quanto tende a strutturare risposte unitarie e compositive pur a fronte di bisogni di cura e assistenza diversificati. L'integrazione genera maggiore efficacia di cura e di sostegno e appropriatezza ed efficienza d'uso delle risorse professionali. E' volta ad assicurare una presa in carico nel tempo specie per le persone con bisogni altamente complessi, a sostenere la rete di chi aiuta e offre cure. L'integrazione tende infine a realizzare condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie, sociali, formali ed informali) nell'affrontare bisogni di natura multidimensionale, la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, coordinata e strutturata. Gli utenti sono presi in carico in maniera congiunta, affidando ad un *case-manager* la regolazione del sistema complessivo della presa in carico, il coinvolgimento della pluralità dei servizi e dei professionisti e l'interfaccia unica con l'utente ed i suoi familiari. Per quanto riguarda la **componente clinica**, la CdS costituisce la sede del coordinamento per le attività comuni di tutti i medici, sia che operino esclusivamente all'interno, sia che mantengano la propria attività al di fuori. Queste attività comuni vanno dalla raccolta di dati clinici, statistici ed epidemiologici, alla definizione di programmi e protocolli terapeutici, dalle forme di consulto agli approfondimenti sul buon uso dei farmaci, dall'educazione alla salute dei cittadini, alla formazione professionale. I MMG, i PLS, i Medici della Continuità Assistenziale e gli Specialisti potranno disporre di studi medici all'interno della CdS, con spazi di attesa e accoglienza, spazi per attività collegiali, disponibilità di tecnologie diagnostiche ed informatiche (telemedicina, teleconsulto), servizi d'informazione direttamente collegati con il CUP, archivi digitali comuni, ecc. L'organizzazione collegiale delle attività tutela da un lato le scelte e l'autonomia professionale di ogni medico e garantisce al tempo stesso tutte quelle possibilità di scambio di informazione, di consulenza, di lavoro comune, di aggiornamento, che rappresentano la miglior profilassi ed il più efficace rimedio ai rischi di isolamento professionale. La **componente assistenziale** deve trovare piena affermazione della propria autonomia, sia nella fase della valutazione all'accesso, sia nei processi assistenziali di continuità di tipo trasversale (attività a libero accesso rivolta alle urgenze) che di tipo longitudinale (*follow-up* delle condizioni di cronicità). Ferma restando la responsabilità clinica del medico, cui competono le scelte diagnostiche e terapeutiche e la supervisione delle attività, lo svolgimento delle articolate attività

previste nei percorsi assistenziali, per il livello di specificità e l'impegno richiesto, non può prescindere dalla valorizzazione delle competenze dei professionisti sanitari dell'assistenza e della riabilitazione e dal coinvolgimento degli operatori socio-sanitari. In particolare l'infermiere viene ad assumere autonomia e responsabilità proprie per funzioni specifiche attinenti alla educazione sanitaria, all'autocura ed alla gestione assistenziale del paziente, individuate in maniera concordata e sulla base di protocolli condivisi con i clinici, consentendo a questi ultimi l'acquisizione di maggiore tempo per la diagnosi e la terapia dei pazienti. Il Terapista della Riabilitazione sarà anch'esso chiamato a giocare un ruolo da protagonista nei processi di *empowerment* dei pazienti e dei *care-givers*, con riferimento alla promozione di stili di vita sani e dell'attività fisica adattata, a qualificare ulteriormente le prestazioni di recupero e riabilitazione funzionale previste nei diversi *setting* di cura (lungodegenza, residenze, domicilio, ambulatorio). Gli operatori socio-sanitari, opportunamente coordinati con le altre componenti, saranno prevalentemente impegnati in attività entro le residenze e le semi-residenze, nonché a domicilio.

La **componente preventiva** potrà finalmente trovare un contesto di collaborazione ed interdipendenza con gli attori dedicati alla cura ed alla riabilitazione. Nella CdS potranno costruirsi occasioni di collaborazione fra servizi sociosanitari, si potranno sviluppare programmi partecipati di intervento sui principali fattori di rischio, promuovere gli *screening*, i programmi di educazione alla salute, anche attraverso la scuola, le organizzazioni di utenti e cittadini e le associazioni di volontariato. Troveranno collocazione le proiezioni funzionali del Dipartimento di Sanità Pubblica, che devono integrarsi con le attività dei MMG.

La **componente amministrativa** garantisce lo svolgimento di tutte quelle attività necessarie al governo della struttura, all'informazione, alla comunicazione con i cittadini, ed al supporto alle attività sanitarie e sociali. Un obiettivo particolare posto in capo a questa componente è quello della semplificazione dei percorsi, in modo da sgravare gli assistiti dalle incombenze burocratiche non necessarie e liberare tempo-lavoro degli operatori sanitari, che possono in questo modo arricchire la qualità del loro lavoro professionale.

La **componente di farmacia**, ed in particolare le farmacie del territorio, rappresentano già oggi punti erogativi e di primo contatto con il SSN e spesso, nelle piccole comunità, anche quelli più prossimi al cittadino. Dunque sono anche un luogo di *counselling* per gli utenti che possono ivi ricevere consigli e indicazioni. Le farmacie ed i loro operatori devono diventare una risorsa da valorizzare: oltre alle collaudate attività di prenotazione di prestazioni specialistiche, alla messa in rete di servizi aziendali di informazione, di educazione sanitaria e di refertazione, rientreranno le attività di supporto all'autocura (monitoraggio dell'adesione alle terapie prescritte) ovvero all'autodiagnosi degli assistiti (misurazioni non invasive della PA, auto-spirometria, ecc.).

La **componente tecnologica** può essere distinta in tecnologie informatiche e di rete già di supporto all'attività sanitaria, ed in prospettiva, offrire servizi quali il teleconsulto, la telediagnosi clinica, la teleassistenza ed il telemonitoraggio, (collaborazione a distanza fra CdS e centri diagnostici di alta qualificazione). L'ICT è, inoltre, in grado di garantire una modalità operativa a

rete che integri i diversi attori deputati alla gestione del caso, con la consultazione e ricezione di referti laboratoristici, radiologici e specialistici informatizzati, notifiche sui ricoveri e sui decessi degli assistiti, referti di Pronto Soccorso e della Continuità assistenziale, disponibilità delle informazioni cliniche contenute nelle Cartelle Informatizzate e sul Fascicolo Elettronico Individuale. Potranno, inoltre, essere sviluppati sistemi automatici di allerta e richiamo per rispettare rigorosamente i modi ed i tempi del *follow-up*. Le tecnologie diagnostiche più semplici, disponibili ambulatorialmente presso la CdS sono la radiologia tradizionale, l'ecografia, la spirometria e la elettrocardiografia.

7.1.4 Il coordinamento della Casa della Salute

Il Coordinamento della Casa della Salute è garantito da un Coordinatore Responsabile, affiancato da un *Board* Direttivo, composto da: Coordinatore Infermieristico, Medico di Medicina Generale Coordinatore del NCP, Medico di Organizzazione dei Servizi Territoriali e dall'Assistente Sociale Coordinatore di Area. Il Coordinatore Responsabile è individuato fra i membri del Board Direttivo, sentito il parere del Comitato di Coordinamento della CdS. Tutte le professionalità operanti nella equipe territoriale sono rappresentate nell'ambito del Comitato di Coordinamento, presieduto dal Coordinatore Responsabile, e costituito, oltre ai membri del *Board* Direttivo, da un medico referente della: Direzione Medica di Presidio, Continuità Assistenziale, Pediatria di Libera Scelta, Specialistica convenzionata interna; si aggiungono una ostetrica e una psicologa referenti per le attività consultoriali, un terapeuta della riabilitazione e un medico fisiatra per la Medicina riabilitativa; un medico referente rispettivamente per la Salute mentale adulti, la Neuropsichiatria infantile, la Pediatria di comunità, la Sanità pubblica e da un coordinatore per l'area amministrativa. Il comitato potrà al bisogno avvalersi di altre figure professionali qui non citate.

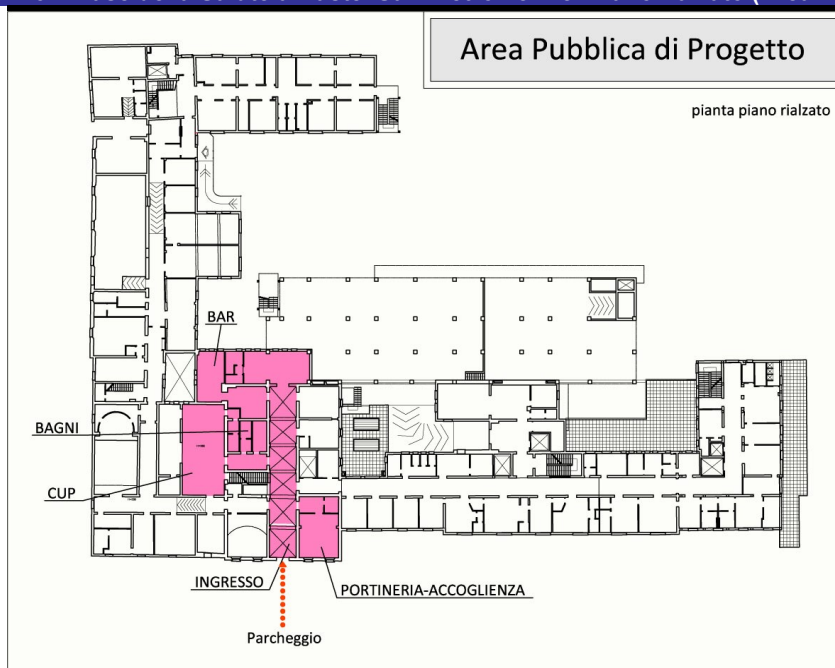
7.2 La Casa della Salute di Castel San Pietro Terme

La Casa della Salute che ha trovato collocazione all'interno dello stabilimento ospedaliero di Castel San Pietro Terme, rappresenta un grande investimento di carattere strategico, finalizzato ad una forte integrazione tra i servizi ed in particolare delle attività sanitarie e socio-sanitarie afferenti al Dipartimento delle Cure Primarie, ma anche luogo privilegiato di erogazione di servizi collegati alla prevenzione (Dipartimento di Sanità Pubblica) ed all'erogazione di prestazioni e servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, configurando un profilo completo dell'offerta di servizi territoriali. Le soluzioni adottate tengono conto di evidenti esigenze di flessibilità modulare in rapporto al contesto di riferimento per inserire la Casa della Salute nel complesso delle relazioni interne ed esterne al territorio, per fare di essa un centro che rafforza le relazioni tra i cittadini e la rete dei servizi sociosanitari. La Casa è articolata su due livelli del presidio: piano rialzato e piano primo, in modo da avere un accesso diretto e essere in contatto immediato con gli utenti. A partire dai due ingressi sarà possibile interagire tra i livelli mediante sistemi di collegamento verticali disposti in quattro punti dell'edificio. Come già accennato, in coerenza con le linee guida, le funzioni inserite

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

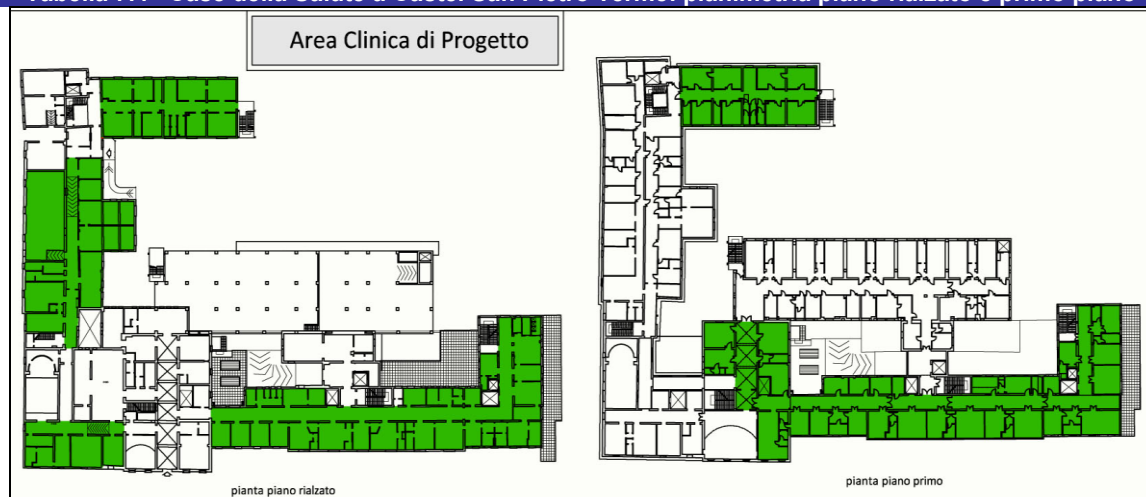
nella macro-area pubblica sono raggruppate negli spazi di primo contatto con gli utenti. Essendo un punto focale di raccolta e di raccordo, è immediatamente raggiungibile e visibile dall'ingresso, che a sua volta è ben identificabile e punto di arrivo di percorsi esterni provenienti dal parcheggio e dal centro città. Le considerazioni sopra riportate hanno indotto a localizzare l'**area pubblica**, comprendente l'ingresso, l'accettazione, il punto informazioni, il CUP e il punto di ristoro, al piano rialzato, frontalmente al parcheggio pubblico di pertinenza. Nella posizione di più semplice accoglienza si trovano i punti di accesso alla sanità (CUP) e all'assistenza sociale (Sportello Sociale); sono ivi collocati i punti di accesso alla valutazione multidimensionale degli utenti non autosufficienti, la cui attività è direttamente collegata alla rete dei servizi e definisce le procedure di effettiva presa in carico del paziente portatore di patologie complesse. Questi sono i punti ai quali si rivolgono i cittadini per le informazioni e le prenotazioni, per la presa in carico dei loro bisogni assistenziali e per l'organizzazione di risposte adeguate.

Tabella 7.3 – Case della Salute a Castel San Pietro Terme: Piano rialzato (Area Pubblica)



La Casa della Salute dispone di un'area dedicata alle attività amministrative per il governo della struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità, per l'informazione e la comunicazione con i cittadini, il supporto alle attività sanitarie e sociali, in modo da "liberare" gli operatori sanitari dalle incombenze burocratiche che limitano e complicano l'esercizio della professione. Si avvale inoltre fortemente del contributo delle tecnologie innovative, tra le quali la telemedicina, la teleassistenza e più in generale l'ICT, per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete. L'innovazione tecnologica e i sistemi di informatizzazione consentono di stabilire in tempo reale rapporti di consulenza e di collaborazione a distanza con centri diagnostici e di alta qualificazione. Il teleconsulto, la telediagnosi clinica, la teleassistenza ed il telemonitoraggio sono già oggi un sistema di conoscenze alla portata dei professionisti.

Tabella 7.4 –Case della Salute a Castel San Pietro Terme: planimetria piano rialzato e primo piano



L'area clinica rappresenta il cuore della Casa della Salute, in essa si raggruppano tutti i servizi clinici che l'utente potrà trovare all'interno della struttura. Le attività rientranti in tale ambito sono raggiungibili dall'area pubblica: in parte sono posizionate sullo stesso piano rialzato e in parte si trovano al piano primo, raggiungibile a partire dal punto di accoglienza e accettazione mediante collegamenti verticali. Nel dettaglio l'**area clinica** ricomprende: **prestazioni in emergenza e punto prelievi**. Alla porta della Casa della Salute è previsto un punto di soccorso 118 e uno spazio destinato alle attività di prelievo (lunedì - sabato dalle 7 alle 10) ivi compreso il servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti. L'**Assistenza Primaria** è rappresentata a sua volta dalle seguenti componenti: Medicina di Gruppo composta da 6 MMG con presenza ambulatoriale dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 12 e dalle 17 alle 20; ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie (attivo dal lunedì al venerdì dalle 12 alle 17 e il sabato dalle 8 alle 12), con rotazione di tutti i 21 medici del Nucleo, per piccoli interventi che non necessitano di assistenza in Pronto Soccorso, eseguiti in collaborazione da MMG e infermieri professionali; in tale sede è attivata la rete orizzontale SOLE di nucleo, grazie alla quale i medici in turno possono consultare la cartella sanitaria degli assistiti che si rivolgono all'ambulatorio, per una migliore appropriatezza nella risposta ai bisogni di salute; ambulatorio di Continuità Assistenziale (12 -20 sabato e prefestivi e 8 - 20 domenica e dei festivi); i medici di Continuità assistenziale svolgono anche attività domiciliare dalle ore 8 del sabato alle ore 8 del lunedì mattina e dei prefestivi e festivi infrasettimanali; Pediatria di Gruppo costituita da 3 medici di PdL (dal lunedì al venerdì 9-12 e 15-19); assistenza infermieristica ambulatoriale (dal lunedì al venerdì 8-17 e sabato 8-12), con infermieri assegnati stabilmente alla Casa della Salute; assistenza infermieristica domiciliare (dal lunedì e sabato 7- 19 e con reperibilità la domenica mattina); le Degenze Territoriali (Ospedale di Comunità), con alcuni posti letto nei quali ricoverare condizioni non trattabili al domicilio, con copertura infermieristica continuativa e tutela medica garantita dai MMG e dagli specialisti, secondo il bisogno, integrati con l'area delle cure *long-term* ospedaliera.

Sanità Pubblica e Prevenzione. Nella Casa della Salute si avrà la presenza dei servizi tipici della Sanità Pubblica, ma anche una presenza fisica di aspetti della Promozione della Salute come ad esempio uno "Sportello della Prevenzione" con la presenza di diversi professionisti a rotazione su diversi temi di salute, ma anche a periodiche campagne di prevenzione-promozione su temi di salute con il supporto di operatori esperti e mezzi audiovisivi. In quest'area trovano collocazione: Igiene e Sanità Pubblica, ambulatori settimanali di 4 - 5 ore per visite mediche (es. patenti, caccia, certificazioni varie), vaccinazioni (es. antitetaniche, antinfluenzali e viaggiatori internazionali), consulenze per viaggiatori internazionali, notifiche di malattie infettive adulti e bambini e informazioni sanitarie; Igiene Veterinaria, presenza di un punto di raccolta per richieste e consegna di documentazione per gli allevatori (es. documenti per trasporto animali da reddito e dati anagrafici degli animali) e apertura di un ambulatorio settimanale con un medico veterinario per ricevimento utenti (allevatori e cittadini). **Consultorio Familiare** con ambulatorio ostetrico-ginecologico (mercoledì mattina 5 ore); spazio giovani (mercoledì pomeriggio 2 ore); ambulatorio ostetrico puerperio (martedì mattina); ambulatorio Pap Test (da attivare); ambulatorio psicologico (lunedì mattina). **Attività Specialistica**, con ambulatori dedicati, in cui operano sia gli specialisti convenzionati che quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera; sono qui comprese prestazioni di tecnologia diagnostica semplice utilizzate o direttamente dai MMG o dagli specialisti, con il supporto di tecnici di radiologia presenti nella struttura in orari programmati.

Pediatria di Comunità (lunedì e mercoledì mattina 10 ore) e il mercoledì pomeriggio (4 ore) ogni 14 giorni. **Centro di Salute Mentale** con attività ambulatoriale medico/infermieristica al mattino per cinque giorni alla settimana (8-14) e con un pomeriggio settimanale dedicato (14-20) per attività programmate di visita e controllo. Gli infermieri svolgono servizio di accettazione, somministrazione terapie, erogazione e distribuzione farmaci, colloqui e visite domiciliari; ogni paziente viene seguito con un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato da uno psichiatra di riferimento, prevedendo anche l'integrazione di altre figure professionali del Dipartimento e/o la collaborazione con i servizi sanitari, sociali e le agenzie del territorio, anche nell'ottica di stabilire continuità e stabilità dell'equipe specialistica di riferimento (Progetto Leggeri). **Neuropsichiatria** dell'infanzia e dell'età evolutiva con attività ambulatoriale programmata per 3 pomeriggi alla settimana effettua prime visite e percorsi di valutazione diagnostica. La sede castellana già rappresenta la sede elettiva aziendale per le valutazioni dei pazienti 0-3 anni, con equipe composte da medico e/o psicologo e logopedista. Per l'area neuromotoria è ivi collocato il punto di riferimento per tutta l'azienda, come pure per l'orientamento scolastico e per il percorso di integrazione ai sensi della legge 104/92; l'ambulatorio in particolare si occupa di tutti i rapporti con le scuole superiori. **Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale** che garantisce attività rivolte sia agli utenti ricoverati presso l'Ospedale e sia ad utenti che accedono dall'esterno per visite e prestazioni riabilitative ambulatoriali. Le attività ambulatoriali sono articolate su cinque giorni alla settimana per complessive 31 ore di impegno medico, con controlli in palestra e visite domiciliari. Complessivamente sono dedicati 2 terapeuti della riabilitazione a tempo pieno, uno per

l'area di degenza ed uno per l'area riabilitativa ambulatoriale, che operano in due palestre distinte. Le attività di ricovero in riabilitazione estensiva constano di attività di consulenza, predisposizione e messa in atto dei progetti riabilitativi per gli utenti presi in carico presso l'Ospedale di Castel San Pietro Terme. **Servizi Sociali**, per i quali si prevede di integrare nella Casa della Salute l'attività di accoglienza e orientamento della cittadinanza, con la presenza dell'assistente sociale in orari da concordare con l'ASP ed il coordinamento dell'assistenza domiciliare di tipo sociale.

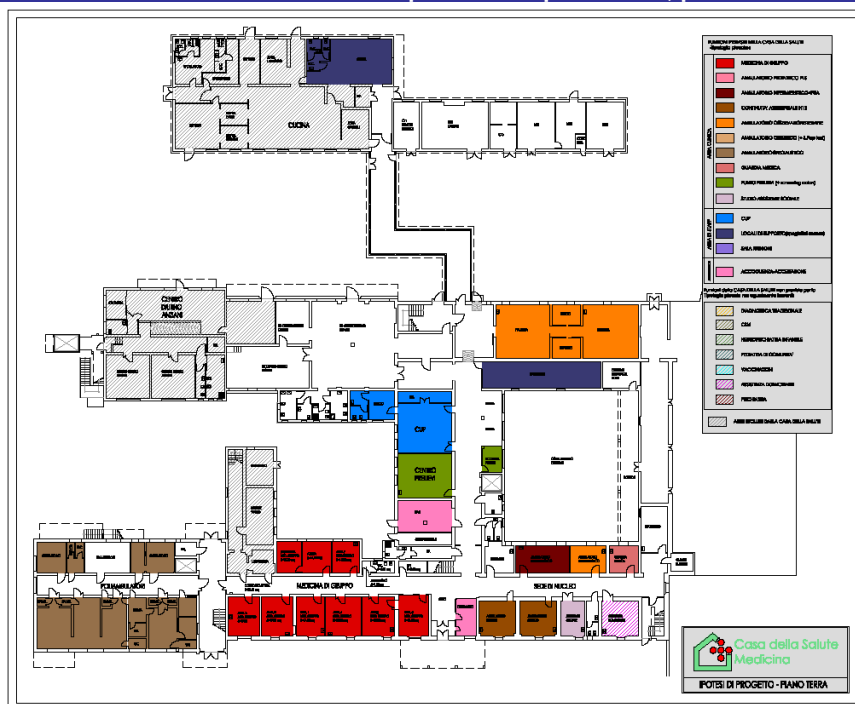
7.3 La Casa della Salute di Medicina

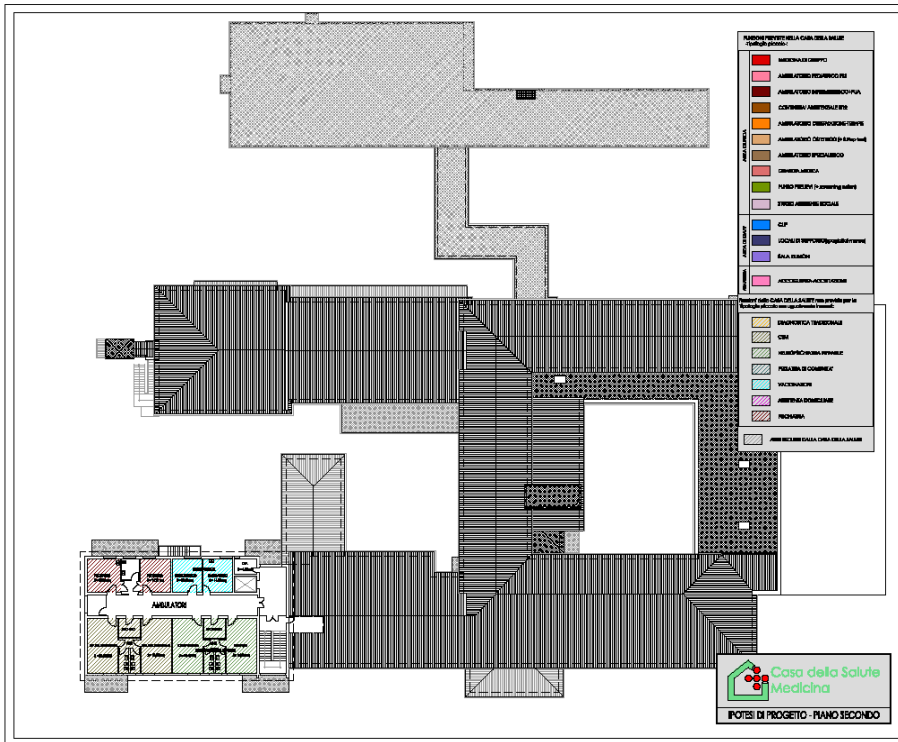
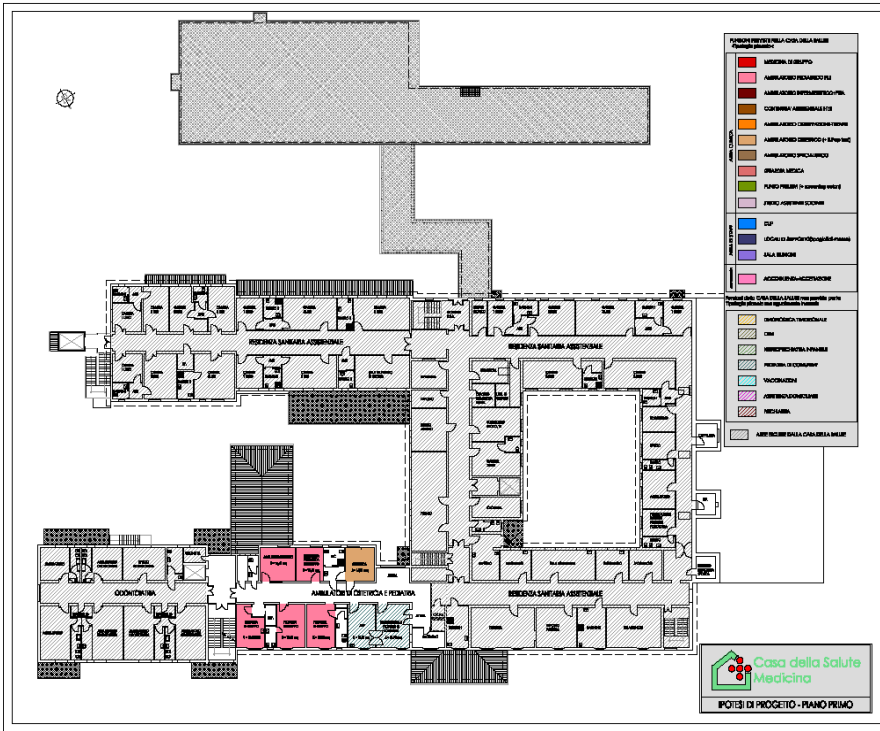
La struttura sanitaria che ospita la Casa della Salute è il polo ambulatoriale territoriale (ex Ospedale) di Medicina, ed al suo interno sono inserite attività di assistenza primaria, di specialistica ambulatoriale, residenziali, semiresidenziali e degenze territoriali, con l'obiettivo di garantire un'attività programmata ed integrata riferita al bacino di Nucleo della Cure Primarie di Medicina e Castel Guelfo. La CdS si avvale principalmente della presenza di una équipe multi professionale di **assistenza primaria** formata da MMG, infermieri e assistenti sociali. La sede è punto di riferimento dei medici del Nucleo di Cure Primarie, dei PLS e dei medici di continuità assistenziale. I medici presenti in questo territorio (16 MMG e 5 PLS) pur mantenendo il proprio ambulatorio dislocato sul territorio, svolgono a turno parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura, in modo da garantirne un'apertura continuativa durante l'arco della giornata, anche in integrazione coi medici di continuità assistenziale nei giorni prefestivi e festivi. Presso la CdS di Medicina manterrà la sua attività, pertanto, un **Ambulatorio di Nucleo** che garantisce la presenza di un MMG e una estensione della continuità assistenziale diurna per 5 ore, dal lunedì al venerdì e per 4 ore al sabato mattina. Le attività dei MMG sono supportate ed integrate da infermieri professionali: un **ambulatorio infermieristico** è aperto da lunedì a venerdì (8 - 17) ed il sabato (8 - 12). A questa sede possono rivolgersi tutti i cittadini di quell'ambito territoriale negli orari in cui il proprio medico non è presente nel suo ambulatorio, per un problema ambulatoriale urgente o per attività programmate. Il polo sanitario, inoltre, ospita una **Pediatria di gruppo**, composta da tre PLS, che garantisce una accessibilità ambulatoriale giornaliera di 7 ore per cinque giorni alla settimana e un **punto prelievi** aperto dal lunedì al sabato dalle 7 alle 10 con una disponibilità giornaliera di oltre 100 prelievi. Il polo sanitario di Medicina è uno dei quattro punti aziendali in cui si articola la presenza del Servizio di **Continuità Assistenziale** che opera per consulti telefonici o con interventi domiciliari notturni (20 - 8), il sabato e i prefestivi (10 - 20) e i festivi (8 - 20). E' possibile, inoltre, l'accesso diretto del cittadino presso l'ambulatorio di continuità assistenziale i prefestivi e i festivi dalle 8 alle 20. La rete del soccorso extraospedaliero prevede a Medicina una ambulanza 118 con equipaggio composto da autista soccorritore e infermiere professionale. Sarà, inoltre, garantita una importante e articolata attività di **Specialistica ambulatoriale**, con un impegno settimanale in base alle funzioni specialistiche. Presso la CdS medicinese è attivo un punto di distribuzione diretta di farmaci ad alto costo (ad uso ambulatoriale) e di presidi medico-chirurgici. L'attività di **riabilitazione**

fisiatrica, oltre a quella specialistica ambulatoriale, si articola in visite domiciliari, consulenze nelle strutture protette, ed attività in palestra sotto la guida di un terapista della riabilitazione, distribuite per 5 giorni alla settimana. Le attività di **Pediatria di Comunità** saranno articolate in forma ambulatoriale nella misura di 6 ore settimanali, con presenza del Medico Pediatra e dell'Assistente Sanitaria che svolgono prestazioni quali informazioni sulla salute, verifica dei calendari vaccinali nelle popolazioni immigrate, programmazione del test tubercolinico, consulenze ai genitori o al personale della scuola per problematiche sanitarie o connesse a malattie croniche in minori che frequentano le collettività, esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, visite per riammissione scolastica, ecc. Presso le scuole sono programmati interventi finalizzati a limitare la diffusione di talune patologie infettive, con sopralluoghi, interventi di educazione sanitaria diffusione di materiale informativo, ecc.. Il **Consultorio familiare** garantisce attività specialistica ostetrico-ginecologica, di tipo ostetrico, psicologico e di promozione della salute. La programmazione ambulatoriale ha previsto uno spazio per la salute della donna migrante (2 ore quindicinali), con la presenza di una mediatrice di etnia araba. L'attività ostetrica (5 ore settimanali) comprende il percorso di assistenza alla gravidanza fisiologica, l'esecuzione di pap-test, il puerperio ambulatoriale rivolto alle neomamme con sostegno all'allattamento al seno, il controllo della crescita neonatale, l'accudimento del neonato, ecc. L'attività psicologica (7 ore settimanali) comprende interventi psicodiagnostici e psicoterapeutici rivolti alle donne, alle coppie e alle famiglie; sono previste attività di consulenza rivolte agli utenti, alle scuole o ad altri servizi. Il **Centro di Salute Mentale**, cui competono funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disturbo psichico a favore della popolazione adulta, ha un profilo multi professionale rappresentato da medici specialisti psichiatri, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali, educatori, ed è presente a Medicina per attività cliniche programmate, come visite ambulatoriali, domiciliari, e distribuzione farmaci ad alto costo, per circa 14 ore settimanali. La **Neuropsichiatria** è presente a Medicina con attività ambulatoriale specialistica programmata, attività di psicologia (4 ore settimanali), logopedia (25 ore settimanali) e di fisioterapia (8 ore settimanali); il punto di erogazione ambulatoriale assicura le attività cliniche di base, diagnostiche e riabilitative; viene inoltre svolto l'iter diagnostico multi professionale per i piccoli da 0 a 3 anni, generalmente segnalati dai PLS. L'**Igiene e Sanità Pubblica** garantisce attività ambulatoriali per 5 ore settimanali finalizzate a visite mediche (patente di guida, licenza di caccia, certificazioni varie), vaccinazioni negli adulti, consulenze per viaggiatori internazionali, notifiche di malattie infettive, informazioni sanitarie, ecc.. I **Servizi Veterinari** garantiscono la presenza di un punto di raccolta per richieste e consegna di documentazione per gli allevatori (es. documenti per trasporto animali e dati anagrafici) e la copertura del territorio per le problematiche di sanità animale, igiene degli alimenti di origine animale ed igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche. Analoga copertura del territorio viene garantita dai servizi di prevenzione e sicurezza sul lavoro, per le priorità aziendali di sicurezza in particolare dei comparti industriali, agricoltura ed edilizia. Sotto l'aspetto strutturale

la Casa della Salute di Medicina è articolata su tre piani del polo sanitario, con un accesso diretto e semplificato. Al Piano terra è presente l'area pubblica con l'accettazione-accoglienza, punti di attesa e punto di ristoro. Sempre a questo piano è stata collocata una porzione consistente dell'area clinica: a destra dell'atrio principale è stata realizzata la sede degli Ambulatori di Nucleo, con due ambulatori infermieristici, uno spazio per la continuità assistenziale, due ambulatori medici e spazi per l'assistenza sociale, l'assistenza domiciliare e il 118. A sinistra dell'atrio principale sono stati ampliati gli spazi ambulatoriali della Medicina di Gruppo per dar modo ad altri medici di trasferire dentro il polo sanitario il loro ambulatorio principale. I locali in precedenza dedicati alla radiologia convenzionale, sono stati adeguatamente ristrutturati per realizzare un Nuovo Poliambulatorio Specialistico, in grado di ospitare anche nuove o più consistenti funzioni specialistiche. Invariate rispetto allo stato precedente le altre funzioni dell'area clinica: punto prelievi, spazi per la terapia fisica ed il centro diurno. Incrementa invece l'area di staff, che già vedeva presenti un punto CUP, spogliatoi e locali di supporto, con una nuova sala riunioni. Al Primo piano sono rimasti invariati gli spazi dedicati alla struttura residenziale per anziani non autosufficienti e quelli dedicati alla funzione ambulatoriale di odontoiatria privata e convenzionata. Sono stati invece riorganizzati gli spazi della pediatria di gruppo, di comunità, dell'ostetricia-ginecologia e consultorio familiare e di una comune sala di attesa, in modo da renderli maggiormente integrati e fruibili. Al secondo piano trovano spazio la sanità pubblica, il centro di salute mentale adulti e la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'età evolutiva.

Figure 7.5 –Case della Salute a Medicina: planimetria piano terra, primo e secondo piano





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