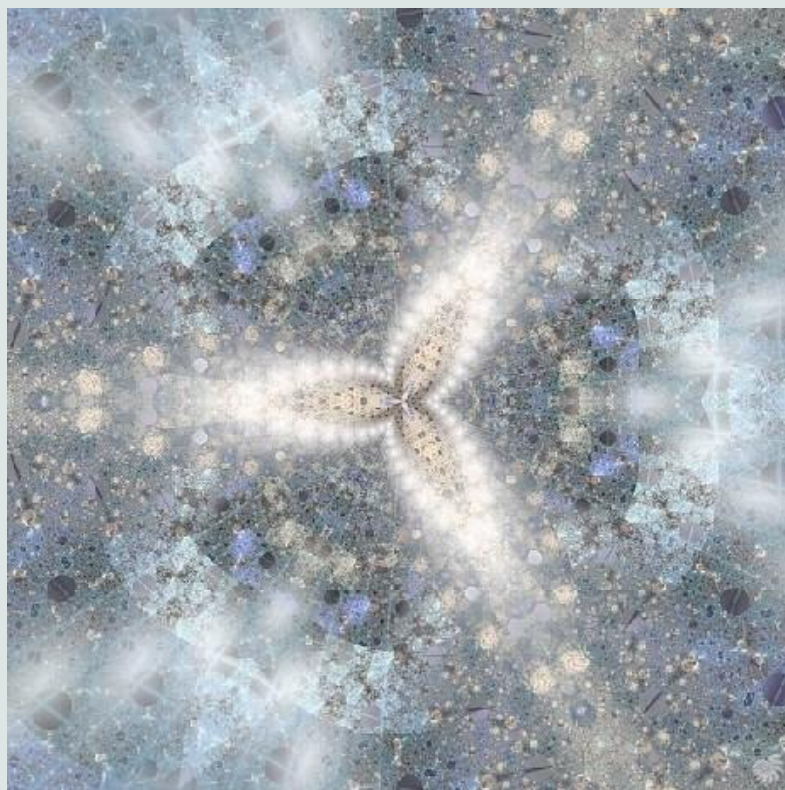




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola



# **Bilancio di Missione**

## **2004**

**Giugno 2005**

**Ausl di Imola**

Hanno collaborato alla redazione ed alla stesura grafica del documento:

Susanna Alberici, Anna Baroncini, Alice Bonoli, Cristina Carraro, Vittorio Chioma, Angela Dalla Casa, Anna Darchini, Alessandra Dell'Orto, Silvana Faccani, Orazio Ferro, Corrado Fini, Stefano Gardenghi, Alberto Gasparri, Lorena Landi, Nicoletta Langiano, Marilia Maci, Cosetta Marani, Maria Mastroianni, Morena Mazzotti, Alberto Minardi, Guido Pirazzoli, Rita Poletti, Roberto Rangoni, Andrea Rossi, Gianni Rossi, Nicoletta Scaranaro, Elisabetta Tassinari, Orietta Valentini, Laura Valvassori

## Sommario

<b>Presentazione del Direttore Generale .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Contesto di riferimento .....</b>	<b>11</b>
1.1. Contesto di riferimento .....	11
Premessa.....	11
1.1.1. Territorio .....	11
1.1.2. Ambiente.....	13
1.1.3. Popolazione .....	14
1.1.4. Condizioni socio-economiche .....	20
1.1.5. Osservazioni epidemiologiche .....	25
1.1.6. Stili di vita.....	28
1.1.8. Sicurezza .....	31
<b>2. Profilo aziendale.....</b>	<b>35</b>
2.1 Profilo aziendale.....	35
Premessa.....	35
2.1.1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale .....	35
Analisi economico finanziaria dell'azienda .....	35
Sostenibilità economica.....	35
Composizione percentuale dei costi aziendali .....	36
Assorbimento dei principali fattori produttivi delle risorse disponibili.....	37
Capacità di attrazione delle strutture aziendali .....	37
Sostenibilità finanziaria .....	37
Sostenibilità patrimoniale .....	38
2.2.2. Impatto sul contesto territoriale.....	38
Impatto economico culturale e sociale.....	38
Impatto economico .....	39
Impatto culturale .....	39
Impatto sociale .....	41
2.2.3. Livelli essenziali di assistenza.....	41
Assistenza distrettuale .....	45
Assistenza ospedaliera .....	52
Donazione di sangue .....	55
<b>3. Gli obiettivi istituzionali e le strategie aziendali .....</b>	<b>58</b>
3.1. Gli obiettivi di salute .....	58
Premessa.....	58
3.1.1. I determinanti della salute.....	60
Fumo .....	60
Alimentazione e obesità .....	60
Ambienti di vita .....	62
Ambienti di lavoro .....	62
Diseguaglianze sociali .....	63
3.1.2. Le patologie prevalenti.....	64
Malattie dell'apparato circolatorio.....	64
Tumori .....	68
Malattie respiratorie.....	71
Diabete Mellito .....	73
Malattie genito-urinarie.....	74
Dipendenze patologiche.....	76
Disturbi mentali.....	81
3.1.3. I gruppi vulnerabili .....	85
Anziani .....	85

Immigrati .....	85
Gravi disabili .....	86
Maternità e infanzia .....	87
3.2. La partecipazione delle scelte in sanità .....	88
I Piani per la Salute .....	88
La "concertazione" del PAL .....	90
Il ruolo di programmazione e verifica strategica della CTSS .....	91
Il CCM .....	92
Il ruolo del volontariato .....	92
L'educazione sanitaria e la comunicazione per la salute .....	93
Le scelte informate e consapevoli .....	93
3.3. Equità di accesso e di trattamento .....	93
La distribuzione dei servizi sul territorio e le reti integrate di servizi .....	93
La medicina "proattiva" .....	96
I percorsi assistenziali e la presa in carico .....	97
Le liste di attesa .....	97
Il nuovo modello di ospedale .....	98
<b>4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione .....</b>	<b>101</b>
4.1. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione .....	101
Premessa .....	101
4.1.1. Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa .....	101
Collegio di Direzione .....	101
Coordinamento dei Dipartimenti .....	102
Governo Clinico .....	102
Area Efficacia Clinica (CESU) .....	104
4.1.2. Gestione del rischio e della sicurezza .....	105
Gestione del rischio (626) .....	105
Andamento infortunistico .....	106
Sorveglianza Sanitaria .....	107
Livello di contenzioso con la "clientela" .....	108
4.1.3. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti .....	109
Sistemi premianti .....	109
Strumenti di Valutazione .....	111
La valutazione annuale dei risultati di gestione .....	111
Modalità di utilizzo dei risultati della valutazione nei percorsi di carriera .....	111
4.1.4. Formazione .....	113
Il piano formativo 2004 .....	114
4.1.5. Sistema informativo del personale .....	115
Sistema gestionale integrato .....	115
Sistema Praxi .....	115
Archiviazione Ottica matricolare .....	115
4.1.6. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze .....	116
<b>5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione .....</b>	<b>118</b>
Premessa .....	118
5.1.1. La comunicazione per l'accesso ai servizi .....	119
Obiettivi di miglioramento .....	119
Obiettivi di sviluppo .....	119
Obiettivi di sostenibilità .....	119
5.1.2. La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza .....	120
Obiettivi di miglioramento .....	120

5.1.3. La comunicazione per le scelte di interesse della comunità.....	122
Obiettivo di miglioramento .....	122
Obiettivo di sviluppo .....	123
Obiettivo di sostenibilità.....	124
5.1.4. La comunicazione interna aziendale .....	125
Obiettivo di miglioramento .....	125
Obiettivi di sviluppo .....	126
<b>6. Ricerca e innovazione .....</b>	<b>128</b>
6.1. Ricerca e innovazione .....	128
Premessa.....	128
6.1.1. Creazione della infrastruttura per la ricerca e l'innovazione.....	128
Sviluppo della infrastruttura locale .....	128
Integrazione tra i vari sotto-sistemi aziendali .....	128
Collaborazioni con altre aziende.....	128
Capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie .....	128
Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche.....	129
Attività di formazione del personale .....	129
Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica .....	129
Supporto allo sviluppo di progetti e di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie.....	129
Sostegno dell'integrazione tra diverse discipline/professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali .....	129
6.1.2. Garanzie di trasparenza .....	130
Attività di ricerca, risorse organizzative e finanziarie dedicate e valutazione dei risultati .....	130
Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati .....	131
<b>7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale.....</b>	<b>132</b>
Premessa.....	132
7.1.1. Dimissioni Protette.....	133
7.1.2. Assistenza domiciliare integrata (ADI) .....	134
7.1.3. Servizi residenziali e semiresidenziali - SAD.....	135
Progetto di miglioramento dell'assistenza .....	136
7.1.4. Contributi alle famiglie .....	138
7.1.5. Progetto demenze .....	138
7.1.6. Assistenza ospedaliera del paziente anziano.....	140
Area Intensiva .....	141
Area Intermedia .....	141
<b>Conclusioni del Direttore Generale .....</b>	<b>144</b>
<b>Indice grafici</b>	
Grafico 1 – Distribuzione percentuale della popolazione residente dell'AUSL di Imola per zona altimetrica – Anno 2003 .....	12
Grafico 2 – Variazione assoluta della popolazione anni 1999-2003 .....	15
Grafico 3 – Variazione percentuale della popolazione anni 1999-2003 .....	15
Grafico 4 – Indice di invecchiamento della popolazione Ausl di Imola in confronto con dati regionali anni 2000/2004.....	16
Grafico 5 – Percentuale di anziani – ultra 75 anni della popolazione Ausl di Imola in confronto con dati regionali anni 2000/2004 .....	16
Grafico 6 – Percentuale di grandi anziani – ultra 85 anni della popolazione Ausl di Imola in confronto con dati regionali anni 2000/2004 .....	16
Grafico 7 – Percentuale di famiglie unipersonali sul totale della famiglie dell'Ausl di Imola a confronto con dati regionali, censimenti 1991-2001 .....	17

Grafico 8 - Percentuale popolazione straniera su tot. popolazione residente anni 1999-2003.	18
Grafico 9 – Tasso grezzo di natalità dell’ Ausl di Imola in confronto con dati regionali - Anni 1999-2003 .....	20
Grafico 10 - Percentuale popolazione residente per grado di istruzione dell’Ausl di Imola a confronto con dati provinciali e regionali, censimento 2001 .....	21
Grafico 11 - Tasso di attività per sesso dell’Ausl di Imola a confronto con dati provinciali e regionali, censimento 2001.....	21
Grafico 12 - Tasso di occupazione per sesso dell’Ausl di Imola a confronto con dati provinciali e regionali - censimento 2001.....	22
Grafico 13 - Tasso di disoccupazione per sesso dell’Ausl di Imola a confronto con dati provinciali e regionali - censimento 2001 .....	22
Grafico 14 - Numero lavoratori con contratto interinale anni 2000 – 2003 .....	23
Grafico 15 - Numero lavoratori extracomunitari anni 2000 – 2003 .....	24
Grafico 16 - Reddito e consumo medio pro-capite per province della regione Emilia Romagna anno 2003 .....	24
Grafico 17 - Tasso standardizzato di mortalità per grandi cause, distinto per sesso, nell’Ausl di Imola (inclusa Medicina) anno 2003.....	26
Grafico 18 - Infortuni domestici nel territorio dell’Ausl di Imola anni 2001- 2003.....	34
Grafico 19 – Percentuale di adesione nell’anno allo screening per la prevenzione dei tumori .	42
Grafico 20 – Tasso di copertura vaccinale antiinfluenzale nella popolazione anziana con più di 65 anni.....	43
Grafico 21 - 1 Piano delle azioni 2003-2006 per il miglioramento della sicurezza nei luoghi di lavoro - Sintesi impegno economico .....	106
Grafico 22 - Prevalenza patologie muscolo-scheletriche ASP 2003 .....	107
Grafico 23 - Idonei con Limitazioni distribuzione per patologia al 31/12/03.....	108
Grafico 24 – Livello di contenzioso con la clientela Anni 2002-2004.....	108
Grafico 25 - Percentuale di copertura crediti ECM per categoria professionale anno 2004 – rapporto di lavoro dipendente .....	114
Grafico 26 - Percentuale di copertura crediti ECM per categoria professionale anno 2004 – rapporto di lavoro convenzionato .....	115

## Indice tabelle

Tabella 1 – Superficie e densità demografica nei comuni dell’AUSL di Imola con distribuzione della popolazione residente x sesso x zona altimetrica al 31/12/2003 .....	12
Tabella 2 - Polveri ultrafini (PM10) nel territorio dell’Ausl di Imola nell’anno 2004 .....	13
Tabella 3 – Popolazione residente nei Comuni dell’AUSL di Imola al 31/12 degli anni indicati e variazione assoluta e percentuale.....	14
Tabella 4 – Permessi di soggiorno degli Stranieri nell’Ausl di Imola, percentuali sulla popolazione totale e variazioni percentuali anni 2000-2003 .....	18
Tabella 5 – Speranza di vita alla nascita su base triennale per provincia di residenza .....	19
Tabella 6 - Speranza di vita a 65 anni su base triennale per provincia di residenza.....	19
Tabella 7 - Numero occupati per sesso ed attività economica nei comuni dell’Ausl di Imola censimento 2001 .....	23
Tabella 8 - Anni di vita potenzialmente persi per grandi cause, distinto per sesso , nell’Ausl di Imola anni 1998, 2000, 2002.....	26
Tabella 9 - Malattie infettive e tassi di incidenza nell’Ausl di Imola anni 2002-2004 .....	27
Tabella 10 - Nuovi casi di AIDS per Ausl di residenza in Emilia – Romagna, Tassi di incidenza e di prevalenza anno 2003 .....	27
Tabella 11 - Nuovi casi di AIDS registrati nell’Ausl di Imola anni 1993 – 2003.....	28
Tabella 12 - Attività del settore Medicina dello sport: visite mediche a seconda delle discipline sportive dei praticanti anni 2001-2003.....	30
Tabella 13 - Settore Alcooldipendenze Ausl di Imola: utenti distribuiti per fasce d’età anni 2001-2003 .....	31

Tabella 14 - Incidenti stradali, morti, feriti e indici di incidenza nell'Ausl di Imola anni 1998- 2003.....	32
Tabella 15 - Infortuni sul lavoro avvenuti nell'Ausl di Imola (esclusa Medicina) e indennizzati dall'Inail anni 2000-2003.....	32
Tabella 16 - Tasso standardizzato infortuni indennizzati nelle province E.R. anni 2000-2002	33
Tabella 17 - Infortuni domestici nel territorio dell'Ausl di Imola distinti per esito anni 2001-2003.....	33
Tabella 18 – Andamento Risultati d'esercizio (valori in migliaia di euro) .....	36
Tabella 19 – Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali .....	36
Tabella 20 – Principali aggregati di fattori produttivi/"ricavi disponibili" dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento, a confronto con valori medi regionali.....	37
Tabella 21 – Mobilità attiva/mobilità passiva.....	37
Tabella 22 – Indicatori di Sostenibilità finanziaria.....	38
Tabella 23 – Stato Patrimoniale riclassificato - 2003.....	38
Tabella 24 – Grado di rinnovo e obsolescenza del patrimonio aziendale .....	38
Tabella 25 – Numero dipendenti suddiviso per ruolo, presenti in azienda, al 31 dicembre di ogni anno .....	39
Tabella 26 – Numero di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici Ambulatoriali presenti in Azienda, al 31 dicembre di ogni anno.....	39
Tabella 27 – Volume emolumenti (importi netti) erogati per personale dipendente e convenzionato.....	39
Tabella 28 – Lasciti e donazioni ricevuti.....	41
Tabella 29 – Costo pro-capite ponderato a confronto con quello medio regionale .....	41
Tabella 30 – Costo pro-capite ponderato per livelli di assistenza a confronto con quello medio regionale .....	42
Tabella 31 – Tasso di copertura per 100 bambini di 2 anni per le vaccinazioni contro alcune malattie.....	43
Tabella 32 – Controlli sugli ambienti di vita e di lavoro: percentuale di Aziende controllate e di aziende con infrazioni .....	44
Tabella 33 – Controlli sulle aziende alimentari.....	45
Tabella 34 – Sopralluoghi per allevamento .....	45
Tabella 35 – Mappa delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.....	46
Tabella 36 – Numero di posti letto in assistenza Residenziale e Semiresidenziale .....	47
Tabella 37 – Numero di posti letto in assistenza Residenziale e Semiresidenziale per 1000 abitanti.....	47
Tabella 38 - Composizione percentuale dell'assistenza domiciliare per livello di intensità assistenziale.....	48
Tabella 39 - Tipologia di assistenza erogata a domicilio .....	48
Tabella 40 – Indicatori di attività dei Consultori Familiari .....	49
Tabella 41 - Distribuzione percentuale della tipologia di prestazioni erogate dai Consultori Familiari.....	49
Tabella 42 - Indicatori di attività della Salute Mentale.....	50
Tabella 44 - Consumo pro-capite di alcune categorie terapeutiche di farmaci .....	51
Tabella 45 - Indice di consumo standardizzato per età specifica per raggruppamenti.....	51
Tabella 46 - Struttura dell'offerta Assistenza ospedaliera: numero posti letto.....	52
Tabella 47 - Equazione - PL/1.000 abitanti .....	53
Tabella 48 - Indice di attrazione da altre regioni e da altre aziende della regione.....	53
Tabella 49 – Trend del tasso di ospedalizzazione standardizzato per età - Azienda UsI Imola	54
Tabella 50 - Tempi di attesa per ricoveri programmati secondo l'accordo Stato-Regioni.....	54
Tabella 51 - Piano sangue: raccolta nell'ultimo triennio.....	56
Tabella 52 – Qualità dell'assistenza.....	57
Tabella 53 – Tavola riepilogativa Infortuni con indici e rapporto con n.ro dip. Ore lavorate.	107
Tabella 54 - Obiettivi e modalità della comunicazione.....	127

Tabella 55 - Popolazione anziana del territorio Aziendale - Anno 2003 .....	132
Tabella 56 - Posti convenzionati e numero di anziani – fine 2003 e 2004.....	136
Tabella 57 - Attività del consultorio - Anno 2003 .....	139

**Indice figure**

Figura 1 - Fasi del processo di negoziazione aziendale - Gantt generico .....	110
Figura 2 – Metodo di calcolo del premio in relazione al raggiungimento degli obiettivi .....	111
Figura 3 - Percorso per la realizzazione del progetto.....	137



## Presentazione del Direttore Generale

Accountability delle Amministrazioni Pubbliche	<p>La necessità di accrescere il livello di accountability delle Amministrazioni Pubbliche, ed in particolare delle Aziende Sanitarie, è da tempo manifesta e ben presente alle Direzioni Generali.</p> <p>Tale necessità è evidente e non è finalizzata ad implementare i tipici strumenti contabili in senso stretto (Bilancio Preventivo, Bilancio d'Esercizio, Bilancio Pluriennale ecc.), bensì a realizzare uno o più strumenti atti a promuovere forme di maggior trasparenza e partecipazione alle decisioni, nonché comunicare in modo chiaro ad altri soggetti istituzionali e non, quali obiettivi e finalità sono stati concretamente realizzati dall'Ente, quali possibili ricadute sociali si possono determinare rispetto gli interventi e le azioni poste in essere e quali prospettive future si prefigurano.</p>
Legge regionale 29/2004	<p>Con l'approvazione della Legge regionale 29/2004, quale riforma del Servizio Sanitario Regionale e l'introduzione del Bilancio di Missione tra gli atti di programmazione delle Aziende Sanitarie, <i>"da presentare unitamente al Bilancio d'Esercizio"</i>, la Regione Emilia-Romagna ha ottemperato all'esigenza di <i>"rendere conto del perseguimento degli obiettivi di salute assegnati alle Aziende Sanitarie dalla Regione stessa e dalle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie"</i>.</p>
Bilancio di Missione come strumento operativo	<p>La redazione del Bilancio di Missione ha quindi il duplice obiettivo, a livello locale, di creare uno strumento operativo che sviluppi le relazioni costanti e proficue già esistenti con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, a livello regionale, di fornire un'analisi dell'azione dell'Azienda correlata alle sue peculiarità sotto il profilo sociale, economico, demografico, ambientale e geografico.</p> <p>E' in questa ottica che l'Azienda USL di Imola ha redatto, in via sperimentale, partecipando insieme ad altre Aziende al gruppo di progetto pilota avviato nel maggio 2004, il primo Bilancio di Missione quale forma di rendicontazione sociale da presentare unitamente al Bilancio d'Esercizio per l'anno 2004.</p>
Documento guida per i Bilanci di Missione delle Aziende USL	<p>L'Azienda ha attivamente collaborato nella redazione del documento guida per la redazione dei Bilanci di Missione delle Aziende USL emiliano-romagnole (approvato con deliberazione della Giunta regionale n° 213 del 14.02.2005) attraverso una relazione costante con l'alta dirigenza aziendale e pertanto i principi, i contenuti e l'impostazione complessiva del suddetto documento risultano ampiamente condivisi.</p>
Redazione e veste grafica	<p>Per questo primo Bilancio di Missione quindi, non si è ritenuto opportuno apportare integrazioni rispetto lo standard di riferimento regionale, mantenendo quindi un'impostazione, sia in termini di contenuti sia in termini di struttura del documento, molto aderente alle indicazioni regionali.</p> <p>Nella redazione del documento e nella veste grafica è stata scelta un'impostazione finalizzata a rendere facilmente leggibili i testi, attraverso la puntualizzazione dei concetti chiave e l'uso più frequente di grafici, per la comunicazione degli indicatori richiesti, in alternativa a semplici ed anonime tabelle riepilogative.</p>

**Modalità di rapporto e comunicazione con i soggetti istituzionali**

Come più ampiamente descritto nei Capitoli 3 e 5 seguenti, la Direzione aziendale ha attivato modalità di rapporto e comunicazione con i vari soggetti istituzionali, in primis gli Enti Locali, con modalità improntate alla massima disponibilità e trasparenza con particolare riguardo agli eventi e alle azioni di più forte impatto sul sistema delle relazioni con gli interlocutori istituzionali.

Dall'inizio dell'anno 2004 l'Azienda di Imola si è infatti trovata impegnata, sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Regionale, nella definizione del Piano Attuativo Locale per il triennio 2004-2006 che si connota, tra l'altro, per interessare l'assetto organizzativo globale dei servizi.

Nella logica di massima condivisione delle scelte nonché di disponibilità e trasparenza suddette, è stato quindi avviato un percorso di consultazione, caratterizzato da una fase di ampia discussione, ascolto e concertazione con i Comuni del Circondario imolese e con i Rappresentanti delle OO.SS. Confederali, di categoria e degli utenti che ha portato la Direzione aziendale a presentare la Bozza del PAL in innumerevoli incontri, preliminari alla definitiva approvazione, con Consigli Comunali, Forum cittadini ed Organizzazioni Sindacali.

**Bilancio di Missione supporto alla Direzione aziendale**

E' in questa logica concertativa che si ritiene opportuno evidenziare il profondo convincimento di questa Direzione rispetto la possibilità che il Bilancio di Missione possa assumere anche il ruolo di utilissimo supporto alla Direzione aziendale non soltanto limitato ai rapporti con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e con la Regione Emilia-Romagna, ma anche con altri stakeholder quali le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni di Volontariato, i Comitati degli Utenti ed i cittadini più in generale.

**Percorso di informazione, comunicazione e ascolto**

Già a partire dall'anno in corso, quindi, in momenti successivi alla presentazione del Bilancio d'Esercizio e all'approvazione da parte della Giunta Regionale, sarà impegno di questa Direzione avviare un percorso di informazione/comunicazione/ascolto rispetto i contenuti del Bilancio di Missione attraverso l'organismo tipico di rappresentanza degli utenti e dei cittadini, ossia il Comitato Consultivo Misto Aziendale.

**Bilancio di Missione come vademecum**

Prima di rinviare alla lettura del documento si ritiene opportuno sottolineare la volontà della Direzione di rendere il Bilancio di Missione, all'interno dell'organizzazione dell'Azienda di Imola, uno strumento non limitato meramente alla rendicontazione e alla pianificazione di breve periodo, bensì un punto di riferimento, un vero e proprio vademecum, da consultare nell'esercizio delle attività e funzioni da parte dei Dirigenti e di tutto il personale dell'Azienda.

## 1. Contesto di riferimento

### 1.1. Contesto di riferimento

*Indicazione generale  
del documento  
regionale*

#### Premessa

Il "contesto di riferimento" costituisce lo "sfondo" sul quale l'azienda agisce. È scomposto in sette "ambiti" di illustrazione, ognuno dei quali è volto a cogliere caratteristiche e aspetti del territorio di afferenza aziendale che incidono sulle scelte programmatiche, influenzano l'andamento dei consumi dei servizi, condizionano il perseguimento degli obiettivi.

#### 1.1.1. Territorio

**I Confini**

**Distribuzione strutture  
ospedaliere e sanitarie**

Il rapporto che esiste tra ubicazione di servizi ospedalieri e/o sanitari e il territorio nei quali essi insistono, non è certamente univoco, varie essendo le cause che agiscono sul grado di attrazione.

E' innegabile, tuttavia, che le condizioni geografiche del territorio hanno un notevole rilievo, sia sulla estensione dell'area di influenza dei centri ospedalieri e delle strutture sanitarie, sia sulle possibilità di corrispondere ad una precisa funzione assistenziale organicamente distribuita su un determinato territorio.

L'ambito territoriale dell'AUSL di Imola si è dimostrato, già da parecchi anni, un forte polo di attrazione migratoria, non solo per la sua posizione geografica, ma anche e soprattutto per il suo tessuto socio-economico al punto di giustificare la recente autonomia con l'istituzione del Circondario.

Tale territorio, com'è noto, che insiste nella provincia di Bologna, confina a sud con la Regione Toscana e a nord -est con la Provincia di Ravenna.

C'è da dire, inoltre, che le strutture ospedaliere e sanitarie sono principalmente presenti nel comune di Imola e di Castel San Pietro mentre le strutture sanitarie sono presenti anche in altri comuni (Borgo Tossignano, Medicina, Mordano).

La maggior parte di tali strutture stanno su una ipotetica direttrice complanare con alcune grosse direttrici a nord come la via Emilia, l'asse Ferroviario Bari- Bologna, l'autostrada e la S. Vitale.

**Tabella 1 – Superficie e densità demografica nei comuni dell’AUSL di Imola con distribuzione della popolazione residente x sesso x zona altimetrica al 31/12/2003**

COMUNE e Zona Altimetrica	SUPERF. KMQ.	DENSITA'	POPOLAZIONE		%	
			M	Totale		
<b>Pianura</b>						
IMOLA	204,94	321,23	32.057	53,62%	65.832	53,62%
MEDICINA	159,11	89,91	7.020	11,65%	14.305	11,65%
MORDANO	21,46	201,40	2.173	3,52%	4.322	3,52%
CASTEL GUELFO	28,55	126,90	1.819	2,95%	3.623	2,95%
<b>TOTALE 1 (pianura)</b>	<b>414,06</b>	<b>212,73</b>	<b>43.069</b>	<b>71,74%</b>	<b>88.082</b>	<b>71,74%</b>
<b>Collina</b>						
CASTEL S. PIETRO	148,48	131,49	9.675	15,90%	19.524	15,90%
DOZZA	24,24	238,99	2.880	4,72%	5.793	4,72%
CASALFIUMANESE	81,97	37,20	1.545	2,48%	3.049	2,48%
BORGO TOSSIGNANO	29,12	110,37	1.604	2,62%	3.214	2,62%
FONTANELICE	36,57	51,41	956	1,53%	1.880	1,53%
CASTEL DEL RIO	52,56	23,46	608	1,00%	1.233	1,00%
<b>TOTALE 2 (collina)</b>	<b>372,94</b>	<b>93,03</b>	<b>17.268</b>	<b>28,26%</b>	<b>34.693</b>	<b>28,26%</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>787,00</b>	<b>156,00</b>	<b>60.337</b>	<b>62.438</b>	<b>122.775</b>	
ITALIA (anno 2002)		190,00				
REGIONE E.R.(anno 2002)		182,00				

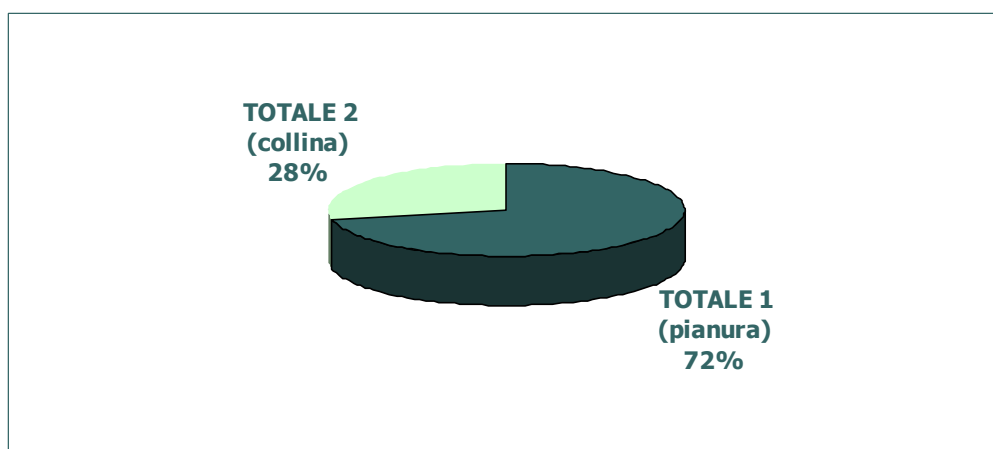
Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati CED Comune di Imola ed Anagrafi Comuni di Castel S. Pietro e Medicina

La popolazione residente nel territorio per l’anno 2003, ammonta in termini assoluti a 122.775 unita’ di cui 60.337 maschi e 62.438 femmine distribuiti per il 71,74 % in pianura (Imola, Medicina, Mordano e Castel Guelfo) e per il 28,26% in collina (Castel S.Pietro, Dozza, Casalfiumanese, Borgo Tossignano, Fontanelice e Castel del Rio).

Il comune con la maggior superficie è Imola, seguito da Medicina e Castel S. Pietro.

La densità massima si registra ad Imola (321ab.x KMQ) e quella minima a Castel Del Rio (24 ab. X KMQ).

**Grafico 1 – Distribuzione percentuale della popolazione residente dell’AUSL di Imola per zona altimetrica – Anno 2003**



### 1.1.2. Ambiente

Dal mese di novembre 2003 è attivo nella centralina SARA di Viale De Amicis a Imola lo strumento di misura delle polveri ultrafini di diametro inferiore a 10  $\mu\text{m}$  ( PM10 ): queste polveri, per le piccole dimensioni, sono in grado di raggiungere le parti più profonde dell'albero respiratorio, con conseguenze molto rilevanti per la salute pubblica ( malattie acute e croniche dell'apparato respiratorio e circolatorio) .

Il Comitato tecnico provinciale per l'inquinamento atmosferico in cui sono rappresentati ARPA, AUSL, Comune di Imola e Provincia di Bologna ha valutato infatti la centralina di Viale de Amicis quella fra le tre presenti più rappresentativa per il parametro PM10 di un'area del centro urbano caratterizzata da intenso traffico veicolare.

Inoltre, tenuto conto che le polveri fini hanno un'area di distribuzione molto vasto rispetto alla sorgente emissiva ( in primis il traffico veicolare), i valori di concentrazione di PM10 misurati a Imola, si possono senz'altro ritenere rappresentativi di tutto il territorio del Circondario Imolese.

**Tabella 2 - Polveri ultrafini (PM10) nel territorio dell'Ausl di Imola nell'anno 2004**

VALORI LIMITE DI RIFERIMENTO	NUMERO DI SUPERAMENTI ANNUALI	PERCENTUALI DI GIORNATE/ANNO CON VALORI NELLA NORMA
<b>&lt;= 50 (limite al 2005)</b>	290	84,06%
> 50	55	
<b>&lt;=40 (limite al 2010)</b>	249	72,17%
> 40	96	
dati validi	345	

Fonte: ARPA sezione di Bologna

Le percentuali sono state calcolate sulla base dei dati validi rilevati nell'anno.

Nel corso del 2004 la percentuale delle giornate in cui il valore medio misurato di PM10 è stato inferiore a 50 $\mu\text{m}$  /m<sup>3</sup> è stata pari al 84% ; tale valore medio corrisponde al limite fissato dalla vigente normativa al 1/01/2005 .

Se invece si considera il valore fissato dalla normativa per il 2010 che è pari a 40 $\mu\text{m}$  /m<sup>3</sup>, la percentuale di valori misurati entro il valore limite scende al 72% nel 2004; tale valore viene indicato dalla normativa vigente come discriminante, tuttavia dal punto di vista strettamente sanitario, gli effetti nocivi sulla salute di questo inquinante sono proporzionali alle concentrazioni e non sono noti meccanismi di soglia, cioè valori al di sotto dei quali non si verifica un danno alla salute .

Non appena saranno disponibili i dati del PM10 2004 relativi alla restante Provincia di Bologna, saranno possibili ulteriori confronti e considerazioni in rapporto ai livelli di esposizione della popolazione.

### 1.1.3. Popolazione

Il quadro demografico-sociale di una comunità, assume oramai a fattore di primaria importanza non solo perché "fotografia" del movimento naturale della popolazione ivi residente, ma anche perché solo attraverso il suo studio è possibile capire ed interpretare i fenomeni sociali ad esso correlati nel contesto del nostro quadro di riferimento (nel 2002 nove comuni che sono diventati dieci con l'entrata del comune di Medicina alla fine del 2003).

L'attenzione maggiore è stata posta sul trend storico demografico, sulla struttura per sesso ed età della popolazione e sulla dinamica demografico-sociale. La nuova mappa geo-politica del territorio aziendale vede ora una superficie complessiva di 787 Km<sup>2</sup>, una densità abitativa di 156 abitanti per Km<sup>2</sup> ed una popolazione residente che sfiora le 123.000 unità.

Grazie ai Medicinesi, il numero di famiglie del Circondario imolese per la prima volta ha superato la soglia delle 50.000. Inoltre, dal censimento 2001, emerge un dato significativo: l'aumento delle famiglie è più che proporzionale rispetto ai residenti. Probabilmente anche il nostro territorio inizia ad essere toccato dal fenomeno riscontrato già su base nazionale ovvero l'aumento delle cosiddette "famiglie di fatto".

**Tabella 3 – Popolazione residente nei Comuni dell'AUSL di Imola al 31/12 degli anni indicati e variazione assoluta e percentuale**

ANNI	1999	2000	2001	2002	2003	Var Assol e %	Var Assol e %	Var Assol e %	Var Assol e %
<b>COMUNI</b>						2000/ 1999	2001/ 2000	2002/ 2001	2003/ 2002
IMOLA	64.576	64.901	65.213	65.454	65.832	325 0,50%	312 0,48%	241 0,37%	378 0,58%
MORDANO	4.097	4.165	4.242	4.283	4.322	68 1,66%	77 1,85%	41 0,97%	39 0,91%
C. S. PIETRO	19.163	19.382	19.508	19.548	19.524	219 1,14%	126 0,65%	40 0,21%	24 -0,12%
CASTEL GUELFO	3.377	3.451	3.513	3.573	3.623	74 2,19%	62 1,80%	60 1,71%	50 1,40%
DOZZA	5.471	5.602	5.664	5.733	5.795	131 2,39%	62 1,11%	69 1,22%	62 1,08%
MEDICINA	13.184	13.365	13.593	14.061	14.305	181 1,37%	228 1,71%	468 3,44%	244 1,74%
CASALFIUMANESE	2.866	2.889	2.942	2.989	3.049	23 0,80%	53 1,83%	47 1,60%	60 2,01%
BORGO TOSS.	2.917	2.955	3.037	3.148	3.214	38 1,30%	82 2,77%	111 3,65%	66 2,10%
FONTANELICE	1.767	1.785	1.816	1.873	1.880	18 1,02%	31 1,74%	57 3,14%	7 0,37%
CASTEL DEL RIO	1.190	1.217	1.246	1.221	1.233	27 2,27%	29 2,38%	25 -2,01%	12 0,98%
<b>TOTALE</b>	<b>118.608</b>	<b>119.712</b>	<b>120.774</b>	<b>121.883</b>	<b>122.777</b>	<b>1.104 0,93%</b>	<b>1.062 0,89%</b>	<b>1.109 0,92%</b>	<b>894 0,73%</b>

Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati CED Comune di Imola ed Anagrafi Comuni di Castel S. Pietro e Medicina

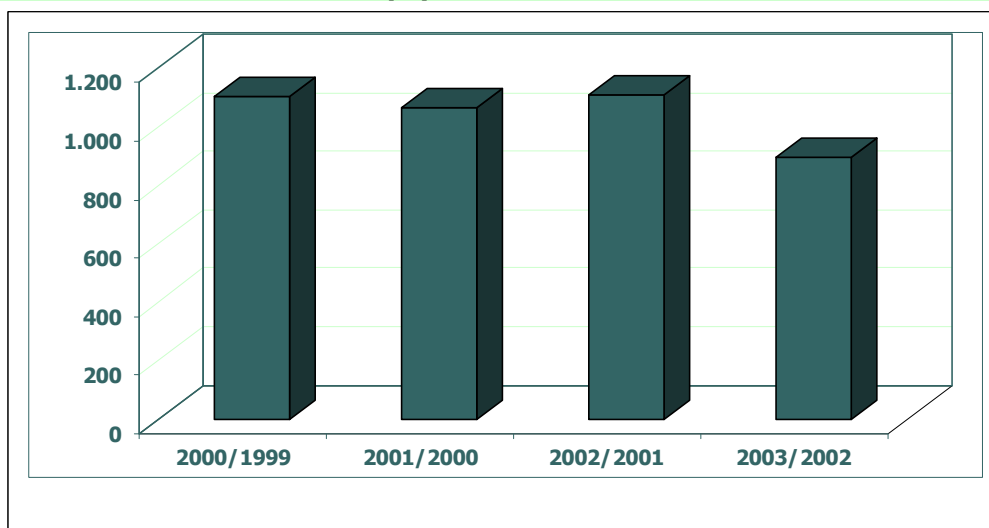
Grazie all'entrata del comune di Medicina, la popolazione residente nell'ambito territoriale dell'AUSL di Imola, ha fatto registrare al 31/12/2003, rispetto al 1999, tenendo conto sempre nel trend della popolazione di Medicina, un aumento assoluto di 4.169 unità attestandosi a 122.777 abitanti.

La chiave di lettura non è relazionata unilateralmente all'afflusso di stranieri (seppur causa primaria), ma anche agli spostamenti di autoctoni e/o residenti regionali, dovuti a variazioni di residenze legate principalmente al mercato del lavoro, ad eventi nuziali, ecc..

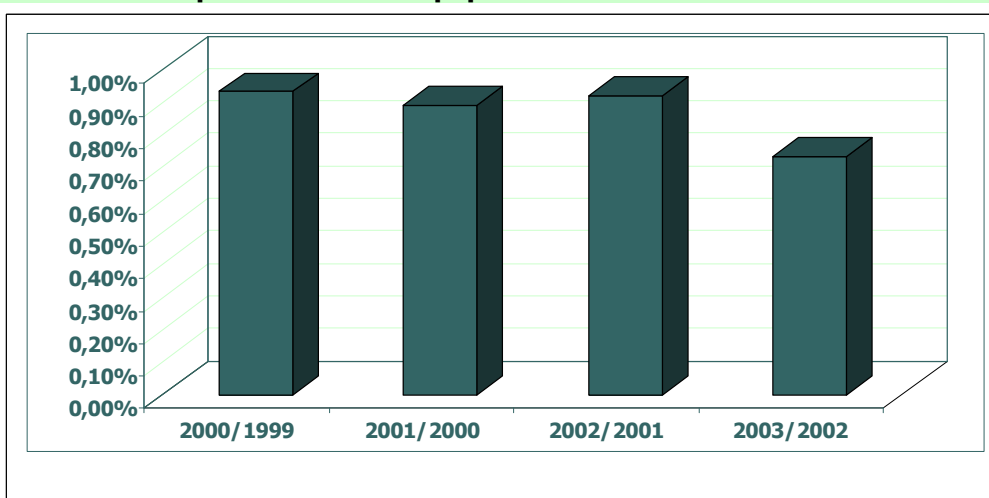
L'aumento è stato costante negli anni (attorno all'1% circa), e generalizzato nei Comuni dell'AUSL, eccezion fatta per il comune di Castel del Rio nel biennio 2002/2001.

Per la prima volta nell'ultimo decennio, il Comune di Castel S. Pietro non vede crescere la propria popolazione: - 0,12% rispetto al 2002.

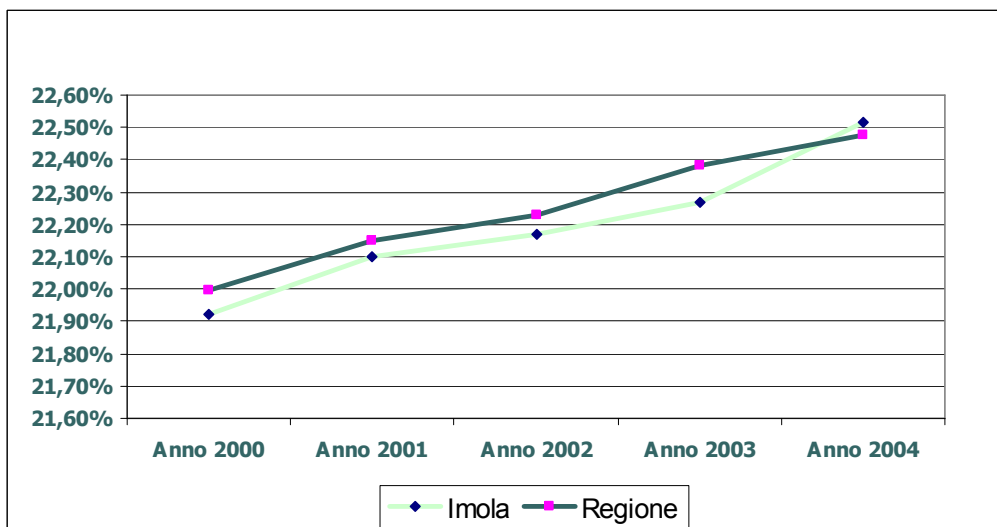
**Grafico 2 – Variazione assoluta della popolazione anni 1999-2003**



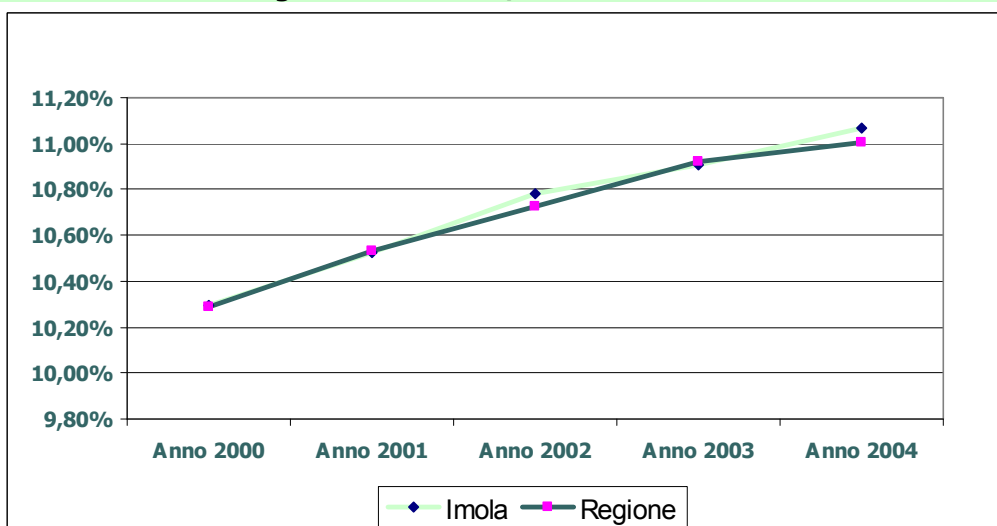
**Grafico 3 – Variazione percentuale della popolazione anni 1999-2003**



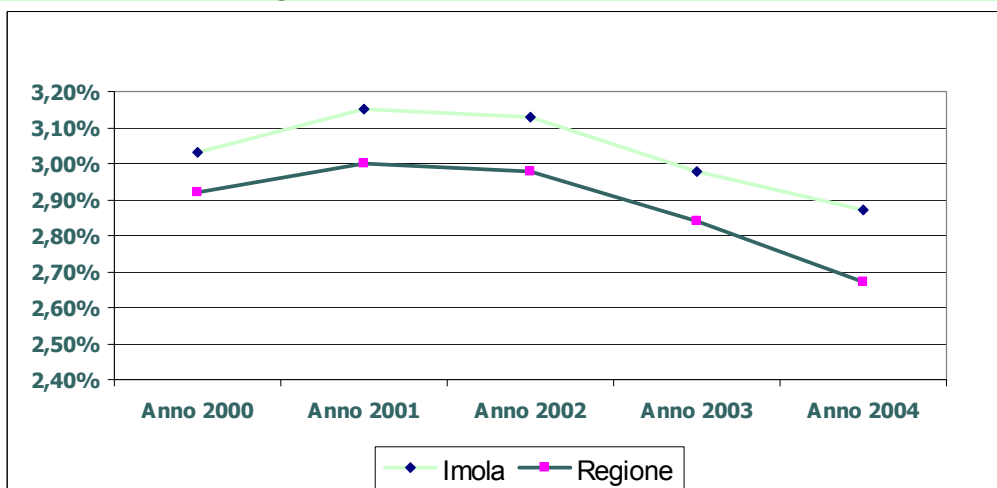
**Grafico 4 – Indice di invecchiamento della popolazione Ausl di Imola in confronto con dati regionali anni 2000/2004**



**Grafico 5 – Percentuale di anziani – ultra 75 anni della popolazione Ausl di Imola in confronto con dati regionali anni 2000/2004**



**Grafico 6 – Percentuale di grandi anziani – ultra 85 anni della popolazione Ausl di Imola in confronto con dati regionali anni 2000/2004**



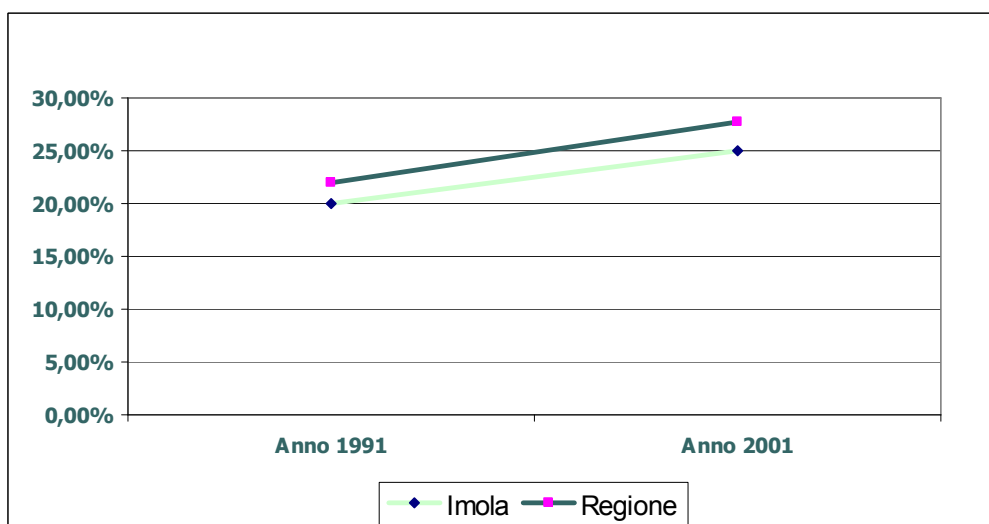
Fonte: Elaborazioni UOSSIS da Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – regione E.R.



La popolazione anziana dell'Ausl di Imola alla fine del 2003 ammonta a 27.643 unità e fa registrare, nel panorama delle Ausl della Regione e nel periodo di riferimento 2000/2004 una variazione percentuale del 6,3% superiore di un punto percentuale al valore regionale sia per gli ultra 65enni che per gli ultra 75enni mentre per gli ultra 85enni si delinea un trend negativo del -2,8% comunque più basso del valore regionale (-5,8%).

L'Ausl di Imola, sempre alla fine del periodo 2000/2004, fa registrare un indice di invecchiamento degli ultra 65enni pari a il 22,51% della popolazione residente, degli ultra 75enni pari a 11,07% della stessa e degli ultra 85enni pari a 2,87 % in generale con un lievissimo incremento rispetto al 2002, ma praticamente sui livelli regionali e sopra il livello nazionale (18,6% nel 2002) e in linea con il valor medio delle Ausl della regione.

**Grafico 7 – Percentuale di famiglie unipersonali sul totale della famiglie dell'Ausl di Imola a confronto con dati regionali, censimenti 1991-2001**

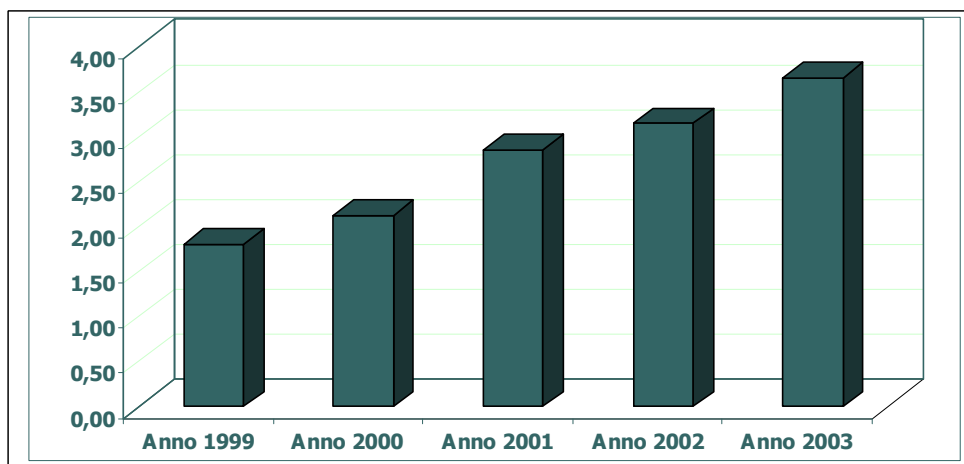


Il numero di famiglie residenti con uno o più componenti nell'Ausl di Imola è passato dal valore di 41.715 unità del 1991 al valore di 48.128 del 2001.

Di queste 8.340 rappresenta il dato delle famiglie uni personali nel 1991 mentre ammonta a 12.016 il valore del 2002.

La % di famiglie uni personali dell'Ausl di Imola nel 1991 era di 19,99 mentre nel 2001 registra il 24,97% contro, rispettivamente per gli anni, il 21,99% e il 27,68% del livello Regionale.

**Grafico 8 - Percentuale popolazione straniera su tot. popolazione residente anni 1999-2003**



FONTE: Elaborazione U.O.S.S.I.S. per il 1999 Serv.Soc. il 2000 dati sito ISTAT e dal 2001 in avanti dati Consorzio Servizi Sociali.

N.B. La popolazione è censita al 31/12 anno indicato

Il trend relativo agli stranieri residenti dalla AUSL di IMOLA ha un andamento crescente sin dal 1999 e la diff. % 2003/2002 è = 16,78%. Il comune che ha registrato più immigrazione in termini assoluti è stato, naturalmente, Imola con il 45,6% del totale degli stranieri residenti, seguono CSPT con il 14%, Medicina con circa il 12% e Borgo Tossignano con il 6,2% circa.

Ma è il comune di Casalfiumanese ad essere in termini di scostamento percentuale (209%) uno dei più "appetiti" nell'ultimo quadriennio, tra i comuni della nostra azienda, seguito da Mordano, da Borgo Tossignano e da Dozza.

La % di popolazione straniera su popolazione residente dell'Ausl di Imola registra valori crescenti nel periodo di riferimento e dal minimo di 1,80% del 1999 passa al valore di 3,65% del 2003.

La presenza in termini assoluti della popolazione straniera nell'Ausl di Imola passa di 2.138 unità del 1999 ai 4.482 del 2003, un trend costantemente in crescita come si vede

Nella popolazione straniera complessiva, rappresentata dal 3,65% della popolazione residente totale dell'Ausl, le femmine sono il 54,39% e i maschi il 45,61%, i minorenni il 23,88% del totale stranieri.

**Tabella 4 – Permessi di soggiorno degli Stranieri nell'Ausl di Imola, percentuali sulla popolazione totale e variazioni percentuali anni 2000-2003**

ANNO	2000	2001	2002	2003	Δ % 03/02	Δ % 02/01	Δ % 01/00	Δ % 03/00
N. PERMESSI DI SOGGIORNO	1879	2368	2736	3204	17,11	15,54	26,02	60,20
% PERMESSI / POPOLAZ. RES.	1,77	2,21	2,54	2,61	2,84	14,85	25,04	47,70

FONTE: Elaborazione U.O.S.S.I.S. su dati Comune di Imola

N.B. non contiene Medicina

**Tabella 5 – Speranza di vita alla nascita su base triennale per provincia di residenza**

Province di residenza	Anni			
	1997-1999		2000-2002	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	75,78	82,52	76,80	83,48
Parma	76,12	82,84	77,29	83,65
Reggio Emilia	76,49	83,04	77,74	83,93
Modena	76,30	82,69	78,07	83,87
Bologna	77,00	82,98	77,99	83,58
Ferrara	75,43	81,99	76,27	83,05
Ravenna	77,09	83,24	78,47	84,12
Forlì-Cesena	77,72	83,31	78,20	84,35
Rimini	77,57	83,66	78,75	84,63
REGIONE	76,62	82,88	77,78	83,78

**Tabella 6 - Speranza di vita a 65 anni su base triennale per provincia di residenza**

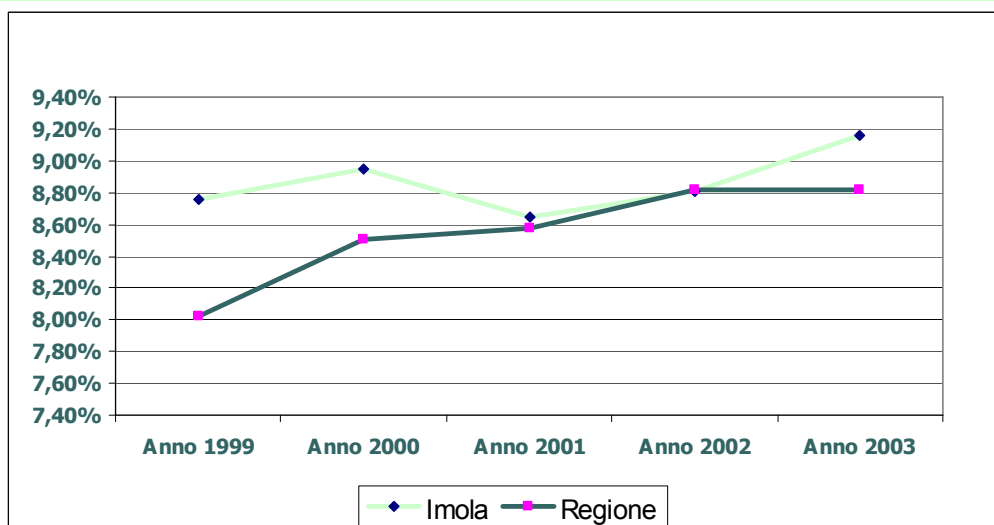
Province di residenza	Anni			
	1997-1999		2000-2002	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	16,13	20,57	16,79	21,21
Parma	16,33	20,85	17,00	21,35
Reggio Emilia	16,57	21,02	17,13	21,62
Modena	16,46	20,82	17,33	21,57
Bologna	16,85	20,83	17,53	21,41
Ferrara	15,85	20,32	16,74	20,83
Ravenna	17,26	21,46	17,91	21,97
Forlì-Cesena	17,25	21,38	17,63	21,95
Rimini	16,84	21,46	17,76	21,95
REGIONE	16,63	20,92	17,33	21,50

FONTE: Registro di mortalità regionale (REM)

Per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita e a 65 anni su base triennale 1997/1999 e 2000/2002 non sono disponibili dati a livello aziendale ma solo a livello regionale e provinciale e pertanto la sola curiosità statistica potrebbe essere rappresentata da tali dati soprattutto per la provincia di Bologna che è quella a noi più vicina e che registra dati tutto sommato sui livelli di quelli regionali e cioè dai 76,62 anni per i maschi del primo triennio si è passati ai 77,78 anni del secondo e dagli 82,88 anni per le femmine a 83,78 anni per le stesse del secondo periodo per la speranza di vita alla nascita.

Analogo discorso, anche se evidentemente con dati diversi, per la speranza di vita a 65 anni che nel secondo periodo ammonta a 17,33 anni per i maschi e a 21,50 per le femmine.

**Grafico 9 – Tasso grezzo di natalità dell' Ausl di Imola in confronto con dati regionali - Anni 1999-2003**



FONTE: Elaborazione UOSSIS su pop. Residente (dati Anagrafi comuni Ausl Imola)

Il "Qn" (quoziente di natalità) complessivo nei Comuni dell'AUSL, che in passato aveva fatto registrare valori altalenanti, dal '99 in poi ha segnato quasi un lento ma costante aumento.

Per la prima volta da 15 anni a questa parte ha superato il 9 x mille abitanti residenti, attestandosi sul 9,1 (sia computando il Comune di Medicina che non) contro l'8,8 del livello regionale e 9,4 del livello nazionale.

#### 1.1.4. Condizioni socio-economiche

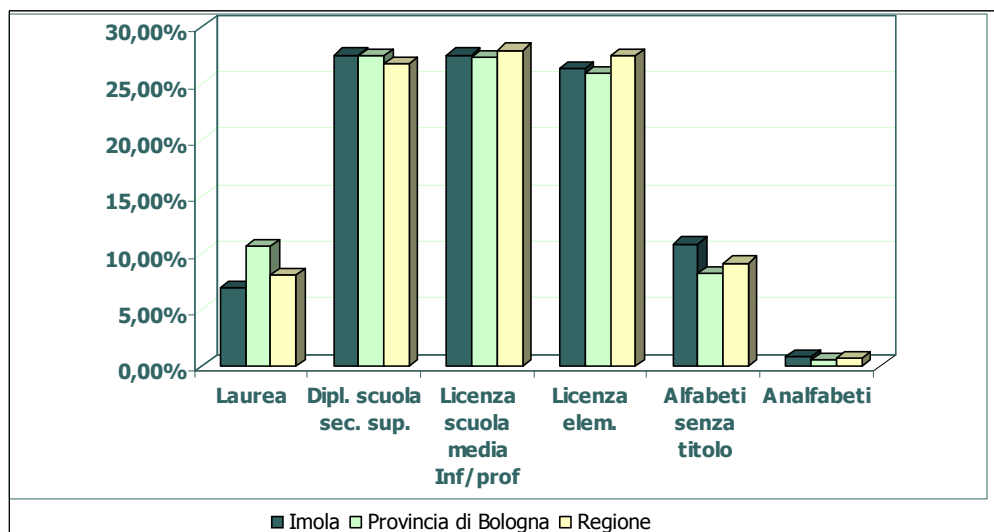
E' indubbio che il tessuto produttivo, il mercato del lavoro e la cultura rappresentano per un territorio e per le comunità interessate le colonne portanti dello sviluppo, del progresso e del tenore di vita.

La più recente dinamica demografica nel nostro territorio rispecchia almeno in parte, il mutamento intervenuto nelle vicende socio-economiche.

Le tabelle e i grafici collegati al contesto non sono e non vogliono sicuramente essere esaustivi dei succitati aspetti, che correlati ai diversi livelli, rivestono sicuramente una primaria importanza per il nostro territorio.

Tuttavia anche da questi pochi dati appare emergere un solido tessuto economico-sociale con realtà di prim'ordine sia per quanto riguarda Industria e Agricoltura che per il settore Terziario.

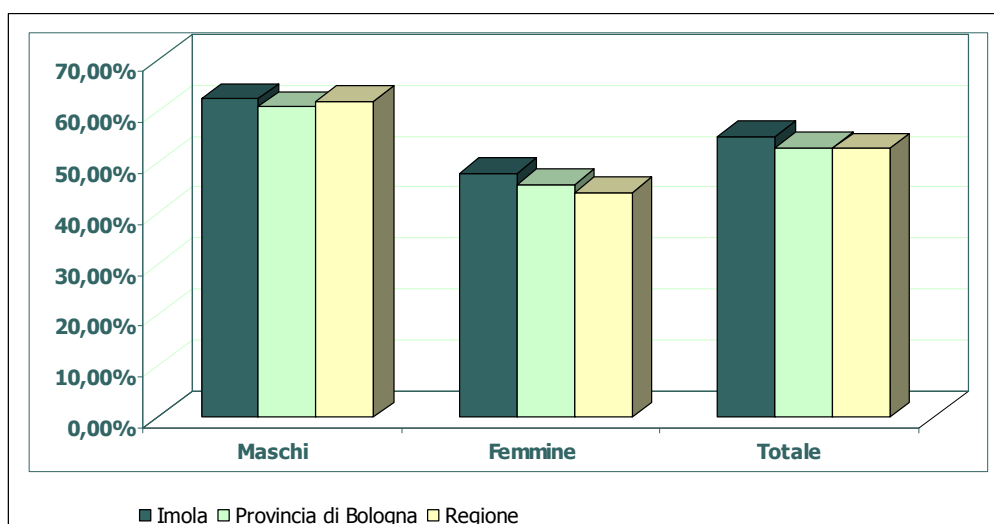
**Grafico 10 - Percentuale popolazione residente per grado di istruzione dell'Ausl di Imola a confronto con dati provinciali e regionali, censimento 2001**



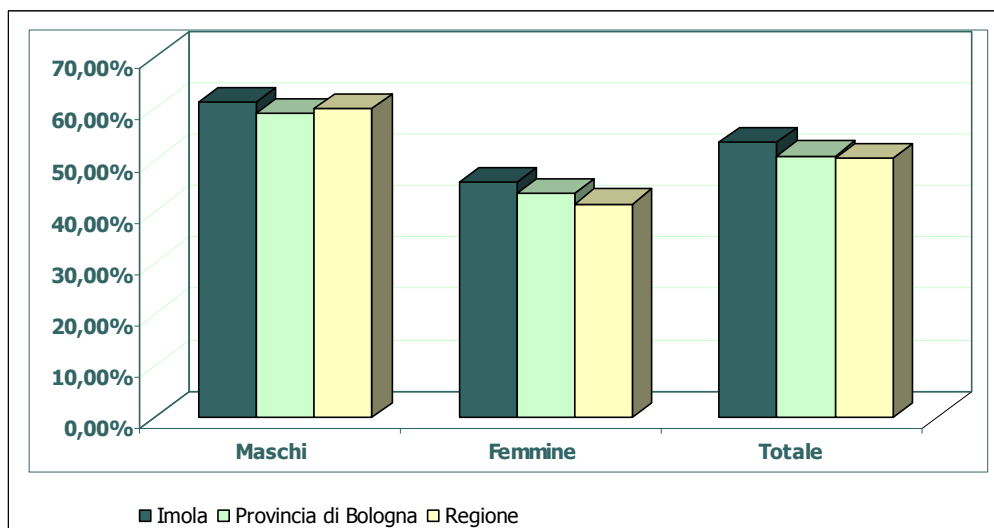
FONTE: Elaborazione UOSSIS dati censimento 2001 ISTAT  
N.B. Viene considerata la popolazione avente età  $\geq 6$  anni

Per quanto riguarda il livello di istruzione, c'è da dire che la nostra realtà territoriale è più o meno livellata con quella provinciale e regionale eccezion fatta per i laureati dove si registrano valori più bassi per la realtà Imolese rispetto alla provincia di Bologna e alla regione e agli alfabeti senza titolo e analfabeti dove si registrano valori più alti.

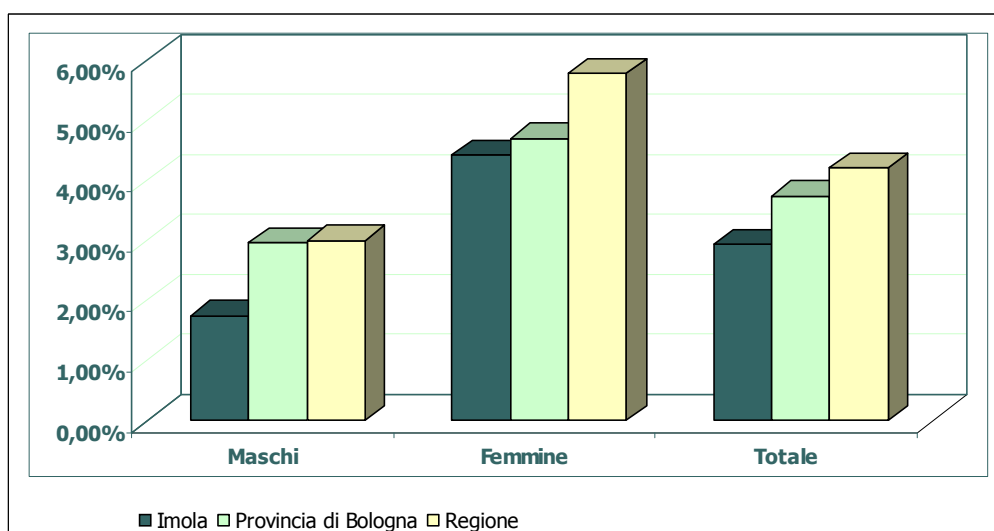
**Grafico 11 - Tasso di attività per sesso dell'Ausl di Imola a confronto con dati provinciali e regionali, censimento 2001**



**Grafico 12 - Tasso di occupazione per sesso dell'Ausl di Imola a confronto con dati provinciali e regionali - censimento 2001**



**Grafico 13 - Tasso di disoccupazione per sesso dell'Ausl di Imola a confronto con dati provinciali e regionali - censimento 2001**



FONTE: Elaborazione UOSSIS dati censimento 2001 ISTAT

Per quanto riguarda il tasso di attività, il tasso di occupazione e il tasso di disoccupazione, a livello della Ausl di Imola nell'ultimo censimento (2001), si può dire che i dati relativi al tasso di attività e di occupazione presentano valori allineati a quelli del livello provinciale e regionale anche se lievemente superiori mentre per i tassi di disoccupazione i valori risultano molto inferiori a quelli dei livelli Provinciale e Regionale per i maschi, più allineati per le Femmine.

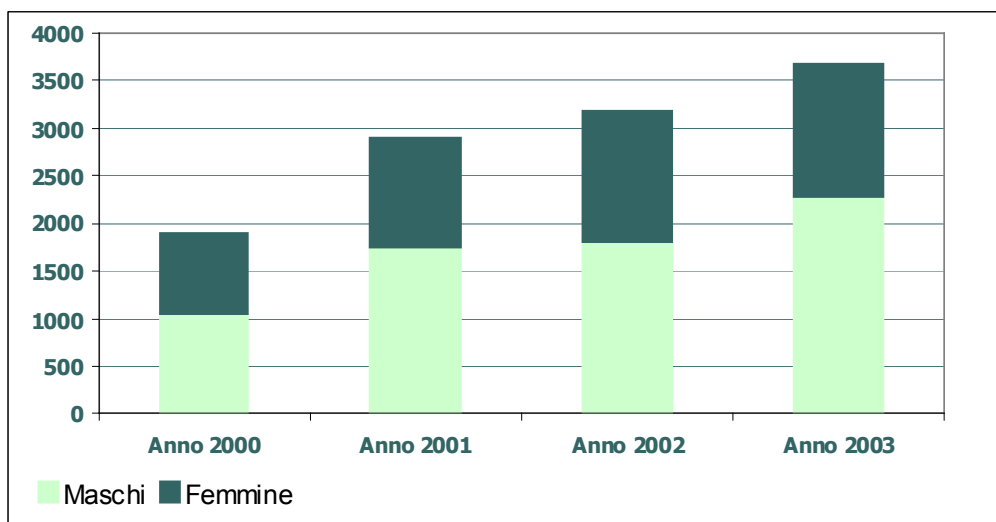
**Tabella 7 - Numero occupati per sesso ed attività economica nei comuni dell'Ausl di Imola censimento 2001**

Settore Attività COMUNI	Agricoltura		Industria		Altre attività		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Borgo Tossignano	107	63	457	174	242	345	806	582
Casalfiumanese	135	82	412	206	256	321	803	609
Castel del Rio	31	27	135	32	126	155	292	214
Castel Guelfo di Bologna	146	70	476	242	382	467	1.004	779
Castel San Pietro Terme	295	140	2.420	1.230	2.245	2.595	4.960	3.965
Dozza	111	62	797	366	636	788	1.544	1.216
Fontanelice	99	59	252	85	146	201	497	345
Imola	1.196	726	7.639	2.955	7.061	9.132	15.896	12.813
Medicina	433	225	1.562	802	1.453	1.764	3.448	2.791
Mordano	197	118	649	297	326	464	1.172	879
<b>Totale Ausl Imola</b>	<b>2.750</b>	<b>1.572</b>	<b>14.799</b>	<b>6.389</b>	<b>12.873</b>	<b>16.232</b>	<b>30.422</b>	<b>24.193</b>
% SUL TOTALE	9,04	6,50	48,65	26,41	42,31	67,09	100,00	100,00

FONTE: Elaborazione UOSSIS dati censimento 2001 ISTAT

La principale attività economica risulta l'agricoltura e caccia con il 24,76%, il commercio ingr. e dett. con il 21,45% e l'attività manifatturiera con il 14,20%.

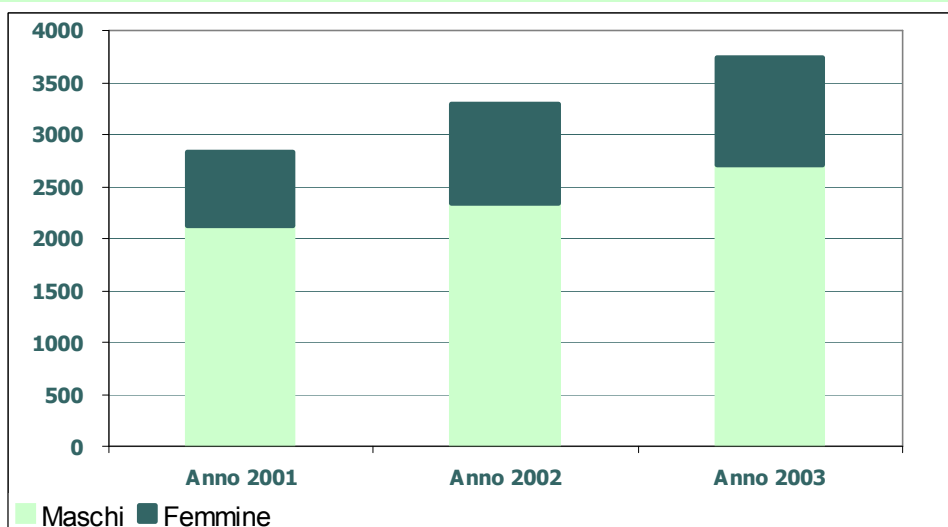
**Grafico 14 - Numero lavoratori con contratto interinale anni 2000 – 2003**



FONTE: Osservatorio mercato del lavoro Provincia di Bologna  
N.B. contiene Medicina

I contratti interinali nel nostro Territorio presentano un trend crescente nel periodo 2000/2003 con il valore max. di 3.653 contratti registrati nel 2003.

**Grafico 15 - Numero lavoratori extracomunitari anni 2000 – 2003**



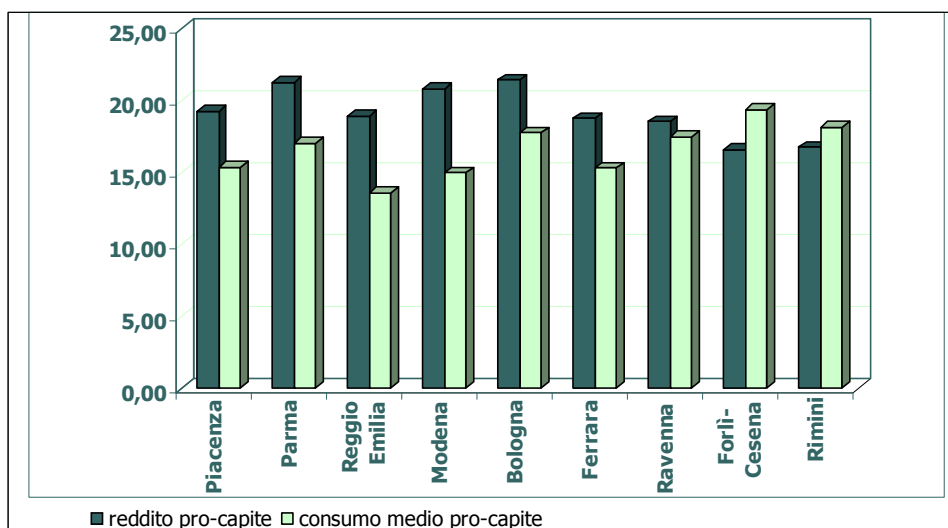
FONTE: Elaborazione UOSSIS su dati centro per l'impiego di Imola

N.B. contiene Medicina

I lavoratori stranieri extracomunitari hanno un trend crescente con un passo di circa 500 unità/anno.

La percentuale sulla popolazione residente nel periodo 2001/2003 è passata dal 1,75% per i maschi e dal 0,59% per le femmine nel 2001, al 2,21% per i maschi e al 0,83% per le femmine nel 2003.

**Grafico 16 - Reddito e consumo medio pro-capite per province della regione Emilia Romagna anno 2003**



FONTE: Agenzia Emilia-Romagna Lavoro

Per quanto riguarda il reddito medio pro-capite (rapporto fra il reddito disponibile delle famiglie in milioni di euro e la popolazione residente in migliaia) e il consumo medio-pro-capite (rapporto fra la spesa per consumi finali delle famiglie e la popolazione residente in migliaia) a livello provinciale, c'è da dire che Bologna ha il reddito più alto mentre Forlì-Cesena e Rimini rispettivamente i consumi più alti.



### 1.1.5. Osservazioni epidemiologiche

Com'è noto l'Epidemiologia, che non è una nuova scienza ma un metodo, studia i fenomeni sanitari basandosi su opportune osservazioni in gruppi di popolazioni e non sul singolo malato come la medicina clinica, per trarre conclusioni sulle cause e sulla prevenzione delle malattie.

Le problematiche più importanti, oggi, riguardano maggiormente le malattie cronic-degenerative che costituiscono le cause più frequenti di morte e di invalidità.

Lo studio della Mortalità e lo studio della Morbosità rappresentano, oggi, i principali filoni di investigazione per la salute pubblica e per la prevenzione.

La mortalità totale nel territorio dell'Ausl di Imola (Medicina inclusa) nel periodo 2003/1998 è aumentata del 3,8 %.

Nell'anno 2003 tra le cause di morte a livello Ausl si rilevano in cima alla graduatoria i decessi dovuti alle malattie del Sistema Circolatorio con il 36,99% (% in calo negli ultimi anni), seguono i Tumori con il 30,27%, le malattie dell'Apparato Respiratorio con l'9,27%.

Comunque nel 2003 almeno a livello di totale generale pare che per i due sessi i dati si equivalgano.

Tasso standardizzato di mortalità

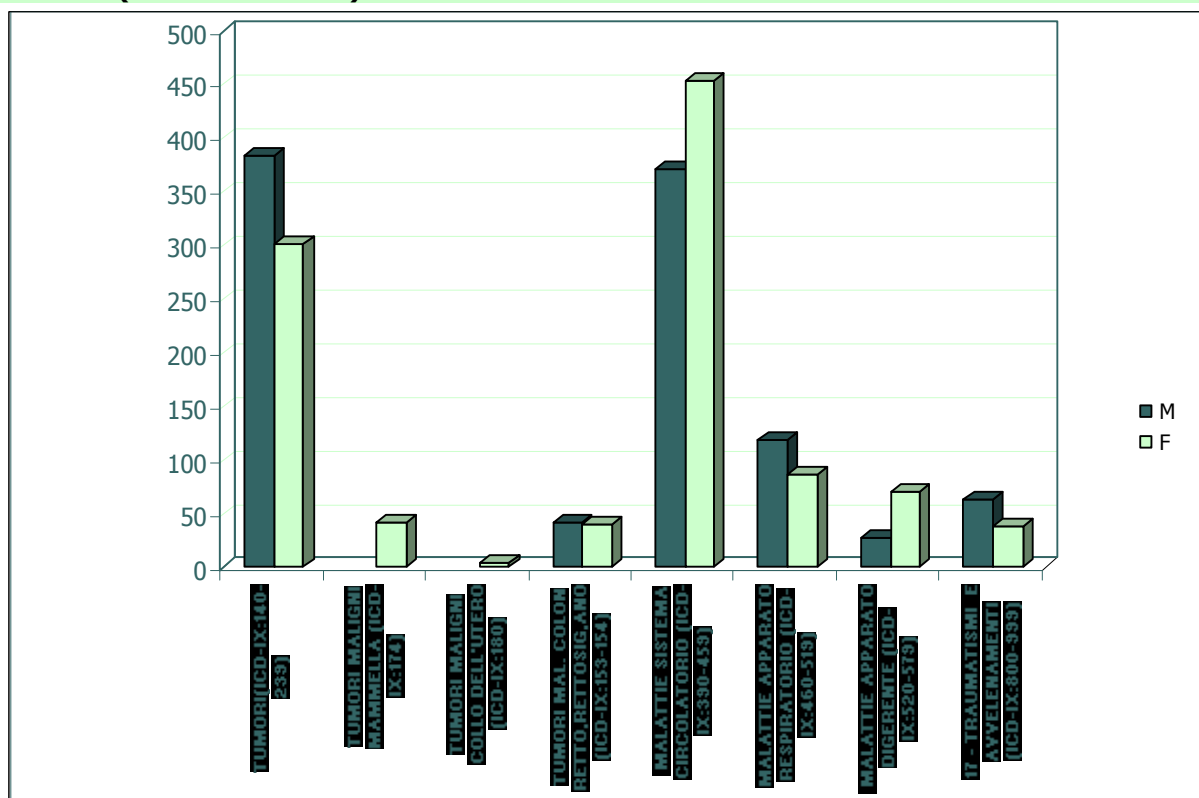
A livello del territorio imolese (Medicina inclusa) i tassi standardizzati per sesso secondo la declinazione prospettata dalla Regione nel bilancio di missione, denotano differenze % registrate nel periodo 2000/1998 negative, anche se su livelli di valori diversi, per la quasi totalità delle cause di morte.

Per il periodo 2003/2000, invece, le differenze % positive tra le cause di morte predominano su quelle negative (-18% per traumatismi e avvelenamenti).

In quest'ultimo periodo, infatti, aumentano percentualmente i tumori in totale (+3,4%): il tumore dell'utero (+39%) e quello del colon retto per Maschi e Femmine (+44%); diminuiscono i tumori alla mammella e per i maschi le cause relative al sistema circolatorio, digerente e i traumatismi; aumentano per le stesse cause nei riguardi delle femmine, sempre in termini di differenze %.

I tassi standardizzati di mortalità (che ricordiamo eliminano le distorsioni apportate da sesso ed età), per tutte le cause e per sesso, nel territorio aziendale, nel 2003, risultano essere per le femmine al di sopra del valore regionale e per i maschi decisamente sotto e nel periodo 2003/2000 presentano una differenza percentuale negativa (-1%) per i Maschi e positiva (+15%) per le Femmine.

**Grafico 17 - Tasso standardizzato di mortalità per grandi cause, distinto per sesso, nell'Ausl di Imola (inclusa Medicina) anno 2003**



**Tabella 8 - Anni di vita potenzialmente persi per grandi cause, distinto per sesso , nell'Ausl di Imola anni 1998, 2000, 2002**

Anno/sesso	1998		2000		2002		Δ% 2000 - 1998		Δ% 2002 - 2000	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Cause										
Tumori (ICD-IX:140-239)	11,68	14,19	10,4	14,71	11,19	14,1	-10,96	3,66	7,60	-4,15
Tumori maligni mammella (ICD-IX:174)		19,00		18,1		12,6		-4,74		-30,39
Tumori maligni collo dell'utero (ICD-IX:180)				3,48						-100,00
Tumori mal. Colon retto, rettosig., ano (ICD-IX:153-154)	10,23	10,6	10	17,48	4,07	12,7	-2,25	64,91	-59,30	-27,35
Malattie sistema circolatorio (ICD-IX:390-459)	9,54	9,28	9,14	9,96	9,33	6,02	-4,19	7,33	2,08	-39,56
Malattie apparato respiratorio (ICD-IX:460-519)	9,64	6,98	12,13	15,83	17,78	15,58	25,83	126,79	46,58	-1,58
Malattie apparato dirigente (ICD-IX:520-579)	14,6	10,98	13,55	11,81	11,68	12,01	-7,19	7,56	-13,80	1,69
17 - Traumatismi e avvelenamenti (ICD-IX:800-999)	29,27	36,48	29,44	18,58	33,35	26,31	0,58	-49,07	13,28	41,60
T O T A L E (per tutte le cause di morte)- Ausl Imola	14,66	12,31	15	12,67	13,7	10,79	2,32	2,92	-8,67	-14,84
T O T A L E (per tutte le cause di morte)- Regione ER	13,39	11,99	13,54	11,42	13,63	10,97	1,12	-4,75	0,66	-3,94

Fonte: Elaborazioni UOSSIS da base dati REM regione Emilia Romagna

**Mortalità evitabile**

La mortalità evitabile è espressa attraverso il numero di anni di vita potenzialmente persi dai residenti nell'azienda.  
Le differenze % di periodo per le cause di morte declinate fanno registrare valori altalenanti +/- a seconda delle cause.

**Tabella 9 - Malattie infettive e tassi di incidenza nell'Ausl di Imola anni 2002-2004**

Malattia	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004	
	N° casi	Incidenza	N° casi	Incidenza	N° casi	Incidenza
Epatiti virali	1		3		3	
Meningiti	9		10		25	
Malattie trasmesse da alimenti	41		66		128	
Tubercolosi	15	13,91	13	10,59	14	11,28
Malaria	0	0,00	2	1,63	2	1,61
Malattie sessualmente trasmesse	6		5		1	
Malattie esantematiche	888		528		1004	
Parassitosi cutanee	228		187		220	

Fonte: Elaborazioni UOSIS su dati Dipartimento Salute Pubblica

**Malattie infettive**

Per le malattie infettive, sono forniti i dati relativi ai casi registrati e ai relativi tassi di incidenza per il periodo 2004/2002 per ogni malattia che ha interessato il nostro territorio.  
Tra tutte sveltano i casi relativi alle malattie esantematiche seguiti dalle parassitosi cutanee e dalle malattie trasmesse da alimenti.

**AIDS**

I casi di AIDS registrati nel nostro territorio dal 1993 al 2003 come si può vedere sono in diminuzione.

**Tabella 10 - Nuovi casi di AIDS per Ausl di residenza in Emilia – Romagna, Tassi di incidenza e di prevalenza anno 2003**

AZIENDA USL	Totale casi Residenti 1984-2003	2003	2003	AL 31/12/2003	
		N. nuovi casi	Tasso d'incidenza su 100.000 ab.	N.casi prevalenti	Tasso di prevalenza su 100.000 abit.
PIACENZA	278	5	3,7	73	27,2
PARMA	363	13	4,5	120	29,6
REGGIO EMILIA	398	17	3,0	107	22,8
MODENA	599	20	2,5	172	26,7
BOLOGNA SUD	195	3	1,6	53	21,5
<b>IMOLA</b>	<b>181</b>	<b>2</b>	<b>4,2</b>	<b>57</b>	<b>52,9</b>
BOLOGNA NORD	182	4	1,5	46	23
BOLOGNA CITTA'	853	16	3,8	174	46,6
TOTALE PROVINCIA BO	1.411	25	2,8	330	35,6
FERRARA	420	10	4,6	90	25,9
RAVENNA	750	19	3,7	192	53,8
FORLI'	280	10	7,2	82	47,2
CESENA	212	5	3,2	52	27,6
TOTALE PROV.FORLI'-CES	492	15	5,1	134	37
RIMINI	418	20	5,8	120	42,9
<b>TOTALE</b>	<b>5.129</b>	<b>144</b>	<b>3,7</b>	<b>1.338</b>	<b>33,0</b>

Fonte: Elaborazioni UOSSIS da Assessorato Sanità e Serv. Sociali Regione Emilia Romagna – anno 2004  
Tassi per 100.000 abitanti, popolazione di riferimento al 31-12-2003

**Tabella 11 - Nuovi casi di AIDS registrati nell'Ausl di Imola anni 1993 – 2003**

ANNO	CASI
1993	15
1994	19
1995	26
1996	22
1997	11
1998	9
1999	8
2000	12
2001	7
2002	3
2003	2

Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati Dipartimento Salute Pubblica

### 1.1.6. Stili di vita

In tema di stili di vita, a livello del territorio dell'AUSL di Imola, non si dispone a tutt'oggi di studi e di ricerche specifici, eccezion fatta per una indagine dell'Ausl di Imola sullo stato dell'abitudine al fumo da parte dei dipendenti della stessa azienda e di un'altra indagine della stessa sugli "stili di vita e comportamenti di consumo di sostanze nocive tra i giovani di Imola".

Occorre quindi far riferimento a studi ed investigazioni fatti da altri livelli (Provincia di Bologna e Regione E.R.) come, per esempio, lo Studio So.N.I.A.I (I, II, III) sulla Sorveglianza Nutrizionale Infanzia Adolescenza svolto nelle quattro Ausl della Provincia di Bologna sugli stili alimentari dei giovani, quello regionale, a cura della "emmeerre", sulla valutazione degli interventi di educazione alla sessualità all'interno delle scuole, e non ultima l'indagine "multi scopo" 1999/2000 Istat-Regione E.R. sulle condizioni di salute delle persone e sul ricorso ai servizi sanitari.

La suddetta documentazione è disponibile sul sito della Regione EMILIA-ROMAGNA.



**Tabella 12 - Attività del settore Medicina dello sport: visite mediche a seconda delle discipline sportive dei praticanti anni 2001-2003**

<b>ATTIVITA' SPORTIVA</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
ATLETICA LEGGERA	46	56	32
AUTOMOBILISMO-AUTOOCR.	1		
BASEBALL	46	37	6
BOCCE	3		1
CALCIO	587	616	617
CICLISMO	196	171	132
MOTOCROSS -ENDURO-TRIAL	2		
GINNASTICA ARTISTICA E NON	51	47	47
GOLF	1		
HOCKEY A ROTELLE	97	65	91
JUDO	62	53	74
KARATE	4	3	5
KARTING	0	3	
KUNG-FU – LOTTA	0	3	
NUOTO	219	213	192
PALLACANESTRO	343	334	349
PALLAMANO	4	3	3
PALLANUOTO	36	43	53
PALLAVOLO	101	78	144
RUGBY	22	32	27
SCHERMA	12	29	13
SCI	2	2	2
SPORT EQUESTRI	30	31	37
SPORT SUBACQUEI	12	24	12
TENNIS DA TAVOLO	15		
TIRO CON L'ARCO	2	2	
TENNIS	96	87	64
ALTRI	61	83	68
Non Idonei (Attivita' varie)	3		3
<b>T O T A L E</b>	<b>2051</b>	<b>2015</b>	<b>1972</b>

Risorse: 2 Medici convenz. di cui: 1 a 10 ore/sett. e 1 a 25 ore/sett.; 1 Inf. Prof. a tempo pieno; 1 Amm.vo a 1 ora/sett.

Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati ambulatorio Medicina dello Sport

**Visite mediche sportive**

Il ricorso a visite mediche per le varie discipline sportive ha fatto registrare dei dati stabili negli ultimi anni (attorno alle 2000 visite) con una lieve diminuzione nel 2003, (dovuta principalmente all'organizzazione in proprio di alcune associazioni sportive).

**Tabella 13 - Settore Alcoolipendenze Ausl di Imola: utenti distribuiti per fasce d'età anni 2001-2003**

	UTENTI	NUOVI UTENTI				GIA' IN CARICO O RIENTRATI			
	ETA'	M	F	M+F	%	M	F	M+F	%
<b>2001</b>	< 19	0	0	0	0,0	0	0	0	0,00
	20 - 29	4	1	5	7,9	1	0	1	1,12
	30 - 39	15	3	18	28,6	18	4	22	24,72
	40 - 49	7	3	10	15,9	12	11	23	25,84
	50 - 59	14	5	19	30,2	14	8	22	24,72
	> 60	10	0	10	15,9	16	4	20	22,47
	NR	1				1			
	<b>TOTALE</b>	<b>51</b>	<b>12</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>62</b>	<b>27</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>
<b>2002</b>	< 19	1	0	1	1,3	0	0	0	0,00
	20 - 29	8	0	8	10,5	3	1	4	3,10
	30 - 39	17	5	22	28,9	22	7	29	22,48
	40 - 49	17	4	21	27,6	19	11	30	23,26
	50 - 59	9	3	12	15,8	26	13	39	30,23
	> 60	6	3	9	11,8	23	4	27	20,93
	NR	1	2		0,0	0	0		0,00
	<b>TOTALE</b>	<b>59</b>	<b>17</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>	<b>36</b>	<b>129</b>	<b>100,00</b>
<b>2003</b>	< 19	1	0	1	0,8	0	0	0	0,00
	20 - 29	21	3	24	20,2	9	1	10	5,08
	30 - 39	27	8	35	29,4	35	11	46	23,35
	40 - 49	29	2	31	26,1	32	13	45	22,84
	50 - 59	16	3	19	16,0	34	20	54	27,41
	> 60	8	1	9	7,6	34	8	42	21,32
	NR								
	<b>TOTALE</b>	<b>102</b>	<b>17</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>53</b>	<b>197</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati SERT

#### Alcool-dipendenza

Sull'alcool-dipendenza, nel periodo 2001/2003, si registra un numero di nuovi utenti sempre in aumento (Diff. % +88,8%), i maschi sono molto più numerosi delle femmine e le classi di età più rilevanti sono la 30-39, seguita da 40-49, 20-29, 50-59 e >60.

#### 1.1.8. Sicurezza

In tema di sicurezza, sicuramente il fenomeno degli incidenti stradali e più in generale il fenomeno infortunistico riveste da sempre un'attenzione particolare da parte delle istituzioni preposte alla tutela della salute pubblica.

L'OMS infatti ha posto tra i suoi obiettivi la diminuzione della mortalità per gli infortuni domestici e l'Italia ha inserito nel proprio PSN l'obiettivo di ridurre la pericolosità domestica.

Un'analoga iniziativa è stata presa dall'UE che ha istituito un programma di raccolta di informazioni fra gli Stati membri per elaborare strategie comuni più efficaci.

Lo stesso ISPESL in quanto organo preposto alla prevenzione e sicurezza in ambienti di vita e lavoro, sta realizzando una serie di iniziative volte a conoscere nel modo più completo e dettagliato possibile il fenomeno in questione al fine di predisporre piani di intervento più efficaci e mirati alle singole realtà.

Attualmente la fonte principale di informazioni sulla tematica è quella dell'ISTAT.

A livello territoriale anche la nostra azienda è stata sensibile nei

confronti della sicurezza e assieme alle altre istituzioni locali ha dato vita ad un tavolo di lavoro da cui è scaturito un Piano per la Salute dove proprio gli argomenti della sicurezza, hanno trovato largo spazio.

**Tabella 14 - Incidenti stradali, morti, feriti e indici di incidenza nell'Ausl di Imola anni 1998- 2003**

Anno	Incidenti	Morti	Feriti	Rapporto di mortalità	Rapporto di lesività	Rapporto di Pericolosità
1998	816	24	1192	2,94%	146,08%	1,97%
1999	639	20	953	3,13%	149,14%	2,06%
2000	869	30	1289	3,45%	148,33%	2,27%
2001	705	21	1052	2,98%	149,22%	1,96%
2002	750	18	1121	2,40%	149,47%	1,58%
2003	760	17	1213	2,24%	159,61%	1,38%

Fonte: ISTAT

#### Infotuni stradali

Da un esame della tabella sugli infotuni stradali si può rilevare che nel periodo 1998-2003 il numero di incidenti stradali sul nostro territorio ha registrato dati altalenanti, il numero dei morti da una fase altalenante fino al 2000 è passato ad una fase decrescente negli ultimi anni e i feriti hanno rimarcato un andamento altalenante.

Il rapporto di mortalità ed l'indice di gravità sono diminuiti nel periodo in esame, mentre il "rapporto di lesività" (riferito ai feriti/tot.incidenti) risulta aumentato.

Nel panorama regionale i suddetti indicatori si presentano come valori altalenanti nella comparazione con i rispettivi valori di altre realtà territoriali provinciali.

**Tabella 15 - Infotuni sul lavoro avvenuti nell'Ausl di Imola (esclusa Medicina) e indennizzati dall'Inail anni 2000-2003**

gruppo	Infotuni indennizzati				addetti				tasso grezzo infotuni indennizzati			
	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003
AGRICOLTURA	315	312	293	258	4.970	5.041	5.107	N.D.	6,34	5,81	5,74	
INDUSTRIA E SERVIZI	2.121	2.280	2.260	2.217	34.071	36.622	36.196	N.D.	6,23	6,17	6,24	
<b>TOTALE Ausl Imola</b>	<b>2.436</b>	<b>2.592</b>	<b>2.553</b>	<b>2.475</b>	<b>39.041</b>	<b>41.663</b>	<b>41.303</b>	<b>N.D.</b>	6,24	6,13	6,18	
TOTALE REGIONE E.R.									5,68	5,33	5,21	
TOTALE ITALIA									3,92	3,76	3,58	

Fonte: INAIL (Consulenza tecnica regionale) sede di Bologna, INPS Sede territoriale di Imola, Osservatorio regionale infotuni E.R.

#### Infotuni sul lavoro

Gli infotuni sul lavoro, sempre nel territorio aziendale, nel periodo 1982/2003 anche se in modo altalenante sono via via diminuiti registrando una differenza percentuale del 42% circa. Riguardo ai comparti, nell'anno 2003, il 54% si registra nell'industria, il 36% nel terziario, il 9% in agricoltura.



**Tabella 16 - Tasso standardizzato infortuni indennizzati nelle province E.R. anni 2000-2002**

Province	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002
Bologna	4,66	4,39	4,19
Ferrara	4,57	4,51	4,98
Forlì-Cesena	6,48	6,45	6,04
Modena	4,87	4,63	4,43
Parma	5,62	5,16	4,42
Piacenza	4,66	4,14	4,07
Ravenna	6,05	5,52	5,68
Reggio Emilia	5,07	4,55	4,30
Rimini	6,53	6,04	5,87
Totale regione	5,15	4,83	4,63

Fonte: regione Emilia-Romagna

**Tasso standardizzato infortuni indennizzati**

Il tasso standardizzato degli infortuni indennizzati, non disponibile al momento per il territorio dell'Ausl di Imola, registra un valore per la provincia di Bologna di 4,66% per il 2000, scendendo a 4,39% per il 2001 e a 4,19% per il 2002, sempre sotto il dato regionale (rispettivamente 5,15%, 4,83%, 4,63%), valori tra i più bassi nel panorama delle province della Regione.

**Tabella 17 - Infortuni domestici nel territorio dell'Ausl di Imola distinti per esito anni 2001-2003**

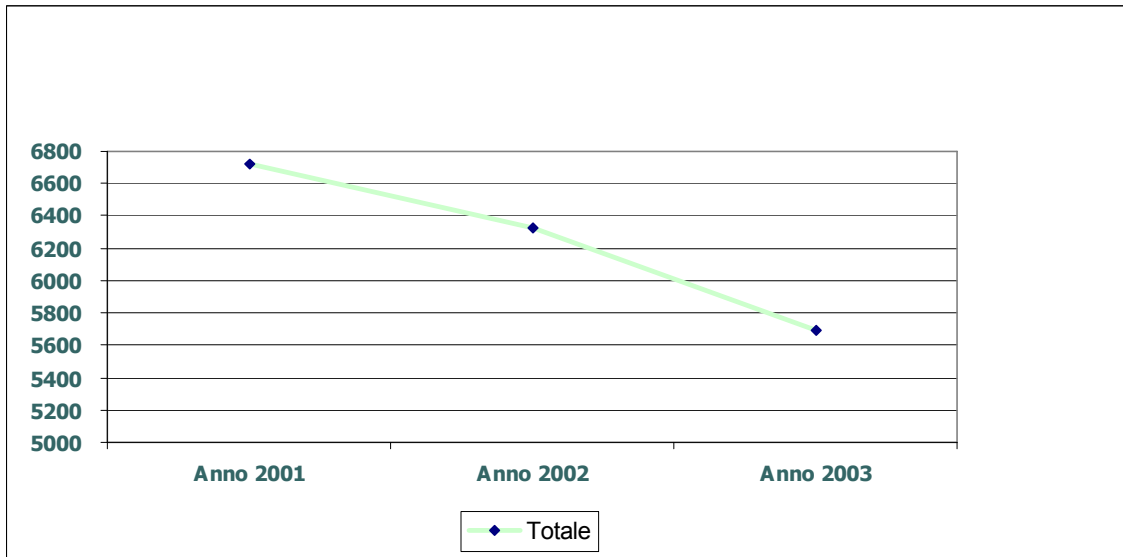
ANNO	2001	%	2002	%	2003	%
<b>ESITO</b>						
Al curante per proseguire cure	5868	87,30	5510	87,09	5129	90,12
Ricoverato	352	5,24	365	5,77	273	4,80
Abbandona P.S	73	1,09	82	1,30	79	1,39
Non si ripresenta in PS	130	1,93	134	2,12	64	1,12
Al curante per competenza	205	3,05	124	1,96	3	0,05
Giunto cadavere					1	0,02
Osservazione in Medicina Urgenza	80	1,19	91	1,44	125	2,20
Trasferito	2	0,03	4	0,06	5	0,09
Rifiuta ricovero	12	0,18	17	0,27	12	0,21
Totale	6722	100,00	6327	12,00	5691	100,00
DIFF%2002/2001			-5,88			
DIFF%2003/2002					-10,05	

Fonte: Elaborazione UOSSIS su dati TIR da procedura di Pronto Soccorso

**Infortuni domestici**

Gli infortuni domestici verificatisi sempre nel territorio aziendale, hanno avuto un trend discendente nel periodo 2001-03 registrando differenze percentuali 2003/02 del -10,05%.

**Grafico 18 - Infortuni domestici nel territorio dell'Ausl di Imola anni 2001- 2003**



## 2. Profilo aziendale

### 2.1 Profilo aziendale

*Indicazione generale  
del documento  
regionale*

#### Premessa

La finalità del presente capitolo è quella di rappresentare, attraverso informazioni sul passato e sul presente dell'azienda, l'effetto di decisioni strategiche pregresse su alcuni aspetti ritenuti particolarmente rilevanti per valutare lo stato dell'azienda, e per cogliere le tendenze evolutive in atto in relazione alle scelte strategiche in divenire.

A tale scopo, così come indicato nel documento predisposto dal gruppo di progetto regionale, gli aspetti trattati in questa sezione riguardano: sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale; impatto sul contesto territoriale; Livelli Essenziali di Assistenza.

Le informazioni di seguito esposte sotto forma di tabelle e grafici servono per rappresentare l'azione aziendale nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un'analisi dell'attività istituzionale e delle condizioni economiche finanziarie.

#### 2.1.1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

**Andamento risultati  
economici d'esercizio**

##### Analisi economico finanziaria dell'azienda

Le informazioni economiche di seguito evidenziate traggono origine dal bilancio d'esercizio e vengono riproposte sotto forma di indicatori per una più efficace rappresentazione delle dinamiche economiche e finanziarie in atto e del loro impatto patrimoniale. Seguendo lo schema del documento proposto dal gruppo di progetto regionale il sistema di indicatori di seguito rappresentati si articolerà in indicatori di: *sostenibilità economica*, al fine di individuare le cause che hanno determinato il risultato d'esercizio; *sostenibilità finanziaria* composizione delle entrate e delle uscite e durata media dei debiti verso i fornitori; *sostenibilità patrimoniale* per una chiara rappresentazione degli investimenti e finanziamenti in atto.

##### Sostenibilità economica

Per la descrizione dell'andamento economico sono stati utilizzati i seguenti indicatori: risultato d'esercizio, incidenza del risultato della gestione caratteristica e non sul risultato netto, incidenza del risultato netto d'esercizio su il risultato netto complessivo del sistema regionale, risultato della gestione caratteristica sui ricavi disponibili.

L'andamento del risultato netto d'esercizio evidenzia negli anni un calo del disavanzo tra il 2002 e il 2003 pari a circa il 17%.

L'incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto d'esercizio aumenta per effetto del saldo positivo tra proventi e oneri straordinari verificatosi a partire dal 2002.

L'apporto della gestione aziendale alla performance complessiva del Sistema Regionale risulta avere un andamento positivo. A fronte di un peggioramento complessivo della performance regionale (aumento del disavanzo dal 2002 al 2003 del 17,8%), l'Azienda Usl di Imola migliora il suo risultato netto di circa il 17,4%.

L'incidenza del risultato della gestione caratteristica sui Ricavi disponibili aumenta nel triennio da -1,9% del 2001 a -5,8% del 2003.

**Tabella 18 – Andamento Risultati d'esercizio (valori in migliaia di euro)**

INDICATORE	INFORMAZIONE	2001	2002	2003	2004
Risultato netto d'esercizio	Rispetto del vincolo di bilancio assegnata dalla programmazione regionale	-3.547	-5.990	-4.948	
Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto	Contributo della gestione <u>caratteristica</u> nella formazione del risultato netto	-70,6%	-109,3%	-168,6%	
	Contributo della gestione <u>non caratteristica</u> nella formazione del risultato netto	-29,4%	9,3%	68,6%	
Risultati netti d'esercizio dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento/risultati complessivi regionali	Risultato netto A.U.S.L. Imola	-3.547	-5.990	-4.948	
	Risultato complessivo regionale	-94.753	-184.639	-217.417	
	Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema: Incidenza	3,74	3,24	2,28	
Risultati della gestione caratteristica (ROC) dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento/"ricavi disponibili", a confronto con i medesimi indicatori di livello regionale	Trend della performance della gestione caratteristica dell'azienda	-1,9%	-4,9%	-5,8%	

Composizione percentuale degli aggregati di fattori produttivi aziendali

Composizione percentuale dei costi aziendali

La struttura dei costi aziendali evidenzia, per i fattori produttivi più rilevanti, un'incidenza: per il costo del personale di circa il 49%, negli anni 2001 e 2002, e del 46% nel 2003, rispetto a valori medi regionali di 44,6% nel 2001 43,8% nel 2002 e 42,7% nel 2003; per l'acquisto di servizi sanitari di circa il 30% nel triennio 2002-2003, rispetto a un valore medio regionale del 32%; per consumo di beni sanitari e non sanitari del 9,6% nel 2001, 10,3% e 10,8% rispettivamente nel 2002 e nel 2003, rispetto al valore medio regionale di 12,4% nel 2001, 12,7% nel 2002 e 13,4% nel 2003.

**Tabella 19 – Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali**

Struttura dei costi aziendali	ANNO 2001		ANNO 2002		ANNO 2003	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Consumo beni acquistati/Totale costi	9,6%	12,4%	10,3%	12,7%	10,8%	13,4%
Servizi sanitari/Totale costi	30,5%	32,5%	30,6%	32,7%	30,6%	31,8%
Servizi non sanitari/Totale costi	4,7%	5,5%	4,7%	5,4%	4,9%	5,3%
Beni strumentali/Totale costi	1,9%	2,3%	2,2%	2,6%	2,5%	2,8%
Manutenzioni/Totale costi	1,5%	1,5%	1,3%	1,5%	1,5%	1,4%
Costi amm.vi e generali/Totale costi	1,6%	1,2%	1,8%	1,3%	1,8%	1,5%
Accantonamenti/Totale costi	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	1,3%	0,9%
Costo del lavoro/Totale costi	49,9%	44,6%	49,1%	43,8%	46,7%	42,7%

Incidenza di assorbimento dei ricavi da parte dei principali aggregati di fattori produttivi

Assorbimento dei principali fattori produttivi delle risorse disponibili

Gli aggregati di fattori produttivi che assorbono maggiormente le risorse disponibili (Ricavi) sono: il costo del personale (50,8% nel 2001, 51,5% nel 2002 e 49,4% nel 2003); i servizi sanitari e non (37,3% nel 2001, 38,4% nel 2002 e 39,1% nel 2003); i beni di consumo (9,8% nel 2001, 10,9% nel 2002 e 11,4% nel 2003).

**Tabella 20 – Principali aggregati di fattori produttivi/"ricavi disponibili" dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento, a confronto con valori medi regionali**

	ANNO 2001		ANNO 2002		ANNO 2003	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Beni di consumo/Ricavi disponibili	9,8%	12,8%	10,9%	13,2%	11,4%	14,1%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	1,9%	2,4%	2,3%	2,7%	2,6%	3,0%
Servizi/Ricavi disponibili	37,3%	40,6%	38,4%	41,4%	39,1%	40,5%
Costi amministrativi, generali e accantonamenti/Ricavi disponibili	2,0%	1,3%	1,9%	1,5%	3,2%	2,6%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	50,8%	45,9%	51,5%	45,8%	49,4%	44,9%

Andamento mobilità passiva e attiva

Capacità di attrazione delle strutture aziendali

La mobilità attiva, così come evidenziato nella tabella di seguito riportata, risulta nel triennio essere sempre superiore a quella passiva. L'incidenza della mobilità attiva sulla passiva aumenta dall'1,2% del 2001 al 1,84% del 2003.

**Tabella 21 – Mobilità attiva/mobilità passiva**

	ANNO 2001		ANNO 2002		ANNO 2003	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Mobilità attiva/Mobilità passiva	1,22%	0,93%	1,85%	1,08%	1,84%	1,10%

Sostenibilità finanziaria

Gli indicatori relativi alla sostenibilità finanziaria forniscono informazioni relative alle modalità di acquisizione dei finanziamenti e alla tipologia di impiego delle fonti finanziarie, nonché informazioni concernenti la durata media dei tempi di pagamento nei confronti dei fornitori.

**Tabella 22 – Indicatori di Sostenibilità finanziaria**

	ANNO 2004	FONTE DATI
Dinamica dei flussi monetari - modalità di finanziamento e tipologia di impiego delle fonti finanziarie - relativi all'esercizio		Per l'anno 2004 si attende la chiusura definitiva del Bilancio di Esercizio; per gli anni 2001, 2002, 2003 sul sito della R.E.R. i dati non sono ancora disponibili.
Debiti medi per forniture in c/to esercizio/costi per beni e servizi/360		U.O. Contabilità e Finanza - Dr. Gambi - Bilancio di Esercizio

### Sostenibilità patrimoniale

Gli indicatori di sostenibilità patrimoniale costruiti sulla base dei dati contenuti nello Stato Patrimoniale, opportunamente riclassificato in chiave finanziaria, evidenziano: tempi di realizzo e di rimborso delle operazioni di investimento e/o finanziamento, il grado di copertura degli investimenti in immobilizzazioni materiali attraverso contributi pubblici, il grado di rinnovamento e di obsolescenza del patrimonio aziendale.

Il grado di copertura degli investimenti attraverso i contributi pubblici è stato dell'86% nel 2002 e del 91% nel 2003. Gli investimenti effettuati ammontano a € 4.063.651, nell'anno 2002 e € 5.118.140 nell'anno 2003.

**Tabella 23 – Stato Patrimoniale riclassificato - 2003**

	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	41%	64%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	1%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	58%	34%	Patrimonio netto
<b>TOTALE ATTIVITA'</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>TOTALE PASSIVITA'</b>

**Tabella 24 – Grado di rinnovo e obsolescenza del patrimonio aziendale**

	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali/totale investimenti lordi	3,90%	5,00%	
Valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi beni durevoli	68,70%	66,50%	

### **2.2.2. Impatto sul contesto territoriale**

*Indicazione generale del documento regionale*

#### Impatto economico culturale e sociale

Nello svolgimento delle proprie attività le aziende sanitarie producono un impatto sul territorio di riferimento che travalica quello direttamente connesso con il perseguimento della "mission istituzionale". A questo riguardo, il gruppo di progetto ha ritenuto opportuno cercare di esplorare alcuni aspetti ritenuti di particolare rilievo ai fini esterni e precisamente: l'impatto economico; l'impatto sociale; l'impatto culturale.

### Impatto economico

L'impatto economico viene espresso utilizzando informazioni volte a delineare il contributo che l'Azienda sanitaria offre all'economia del territorio in termini occupazionali e di risorse economico-finanziarie erogate. Gli indicatori individuati per tale scopo sono: il numero totale di dipendenti e quelli residenti nell'ambito territoriale di riferimento dell'Azienda; il numero dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di libera scelta e degli Specialisti in convenzione; gli emolumenti erogati per personale dipendente e convenzionato; volumi beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione (rispetto a quest'ultimo indicatore l'Azienda non dispone dei dati così suddivisi).

**Tabella 25 – Numero dipendenti suddiviso per ruolo, presenti in azienda, al 31 dicembre di ogni anno**

RUOLO	ANNO 2001		ANNO 2002		ANNO 2003		ANNO 2004	
Sanitario	1.105	di cui residenti nell'ambito territoriale	1.084	di cui residenti nell'ambito territoriale	1.081	di cui residenti nell'ambito territoriale	1.107	di cui residenti nell'ambito territoriale
Professionale	3		3		3		4	
Tecnico	378		344		341		343	
Amminist.vo	190		204		209		209	
<b>TOTALE</b>	<b>1.676</b>	<b>1.449</b>	<b>1.635</b>	<b>1.393</b>	<b>1.634</b>	<b>1.386</b>	<b>1.663</b>	<b>1.415</b>

**Tabella 26 – Numero di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici Ambulatoriali presenti in Azienda, al 31 dicembre di ogni anno**

CONVENZIONE	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
M.M.G.	86	87	98	98
P.L.S.	14	15	18	18
Medici amb.	19	19	22	29
<b>TOTALE</b>	<b>119</b>	<b>121</b>	<b>138</b>	<b>145</b>

**Tabella 27 – Volume emolumenti (importi netti) erogati per personale dipendente e convenzionato**

PERSONALE	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dipendente	31.417	35.722	36.461	34.840
Convenz.	6.713	6.494	6.540	7.937
<b>TOTALE</b>	<b>38.130</b>	<b>42.216</b>	<b>43.001</b>	<b>42.777</b>

### Impatto culturale

L'impatto culturale rappresenta il contributo che l'Azienda dà allo sviluppo di politiche di valorizzazione del patrimonio storico, artistico, culturale presente sul territorio.

Interventi effettuati sul patrimonio aziendale archivistico

In ambito aziendale, a partire dall'anno 2000, sono stati effettuati numerosi interventi sul patrimonio archivistico dell'Azienda. E' stata svolta un'attività di rilevazione/censimento degli archivi, sia sotto il profilo della consistenza quantitativa e qualitativa del materiale d'archivio, sia sotto il profilo della situazione dei locali adibiti a deposito, nella consapevolezza che qualsiasi intervento migliorativo (in

termini gestionali e/o organizzativi) richiede, in primis, la conoscenza di tali aspetti essenziali del patrimonio archivistico. Ciò anche in considerazione della complessità del materiale d'archivio conservato in Azienda che comprende fondi provenienti dagli Enti che hanno gestito la sanità e l'assistenza prima della nascita dell'Azienda (a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, si ricordano: la Congregazione di Carità; l'Ente Comunale di Assistenza; l'Amministrazione degli Ospedali e Istituzioni Riunite; l'Ente Ospedaliero S. Maria della Scaletta comprendente sia l'ospedale civile che quello psichiatrico; ecc.).

Il censimento è stato altresì utilizzato dalla Soprintendenza per una dettagliata relazione sulla consistenza quali-quantitativa degli archivi aziendali.

Inoltre, in un'ottica finalizzata a garantire una migliore conservazione della documentazione, nonché, una maggiore fruibilità della stessa, sono stati formalizzati, con il consenso della competente Soprintendenza, alcuni depositi all'esterno dell'Azienda di fondi archivistici:

l'archivio storico dell'Ospedale di Castel S. Pietro è stato trasferito, nel 2001, presso la biblioteca comunale di Castel S. Pietro; parte della documentazione storica di carattere amministrativo relativa agli Enti confluiti nell'Azienda sta per essere trasferita (sulla base di apposito contratto di deposito il cui schema è stato deliberato dall'Azienda in data 28.12.2004) presso l'Archivio storico della Biblioteca comunale di Imola. Il contratto di deposito ha l'obiettivo di regolamentare i rapporti tra l'Azienda quale ente proprietario del materiale storico e il Comune che garantisce la conservazione, anche con riferimento ad una parte importante e consistente dell'archivio storico aziendale che fu depositata presso la biblioteca comunale di Imola negli anni 80.

Il contributo dell'Azienda Usl di Imola allo sviluppo di politiche di valorizzazione del patrimonio storico, artistico, culturale presente sul territorio è stato compiuto negli anni 2001-2004 soprattutto mediante l'alienazione dei beni che meno si consideravano compatibili con gli obiettivi aziendali e che, però, rappresentavano un patrimonio disponibile alla fruizione da parte della collettività.

Pertanto gli interventi effettuati sono stati:

**Interventi effettuati sul patrimonio immobiliare**

1- Nell'anno 2000, l'alienazione dell'immobile di Via Appia 31, Via dei Giudei 26-28 a Imola, donato all'Azienda con la successione della sig.ra Zuffi Augusta e venduto alla "Via Appia Immobiliare s.r.l.". La nuova proprietà sta completando la ristrutturazione dello stabile per la realizzazione di appartamenti e uffici.

2- Nell'anno 2002, il trasferimento della Cappellania di S.Francesco di Via S. Francesco 18 nel Comune di Mordano all'Istituto Diocesano di Imola. Il bene è un piccolo fondo rustico con fabbricato rurale che sarà ristrutturato dalla nuova proprietà.

3- Nell'anno 2003, la vendita del complesso immobiliare "Osservanza" ex ospedale psichiatrico delimitato da Viale Zappi, Via Boccaccio, Via Tiro a Segno, Via Venturini, ecc. costituito da fabbricati, aree verdi, strade e parcheggi per complessivi 11 ettari circa, venduto al consorzio CON.AMI che provvederà alla realizzazione di aree di interesse collettivo e residenza.



4- Nell'anno 2004, la vendita della palazzina degli anni '30 di Via Montecatone 4 denominata "Casa di accoglienza Anna Guglielmi" al Comune di Imola che provvederà al recupero dell'immobile per l'ampliamento della ricettività riservata ai parenti dei ricoverati del complesso ospedaliero di Montecatone;  
il consolidamento delle fondazioni della palazzina monumentale e cappelletta dell'ospedale di Castel San Pietro Terme.

#### Impatto sociale

Il riconoscimento da parte della comunità della funzione sociale dell'Azienda viene rappresentato dal numero e dal relativo valore economico dei lasciti e delle donazioni effettuate dai cittadini e dalle Fondazioni.

**Tabella 28 – Lasciti e donazioni ricevuti**

	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>
Numero lasciti e donazioni ricevuti da cittadini	3.430	3.415	3.517	-
Importo lasciti e donazioni ricevuti da cittadini (in euro)	308.490	216.181	229.507	-
Numero donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti	6	156	245	-
Importo Donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti (in euro)	61.975	1.704.004	685.145	-

### **2.2.3. Livelli essenziali di assistenza**

*Indicazione generale del documento regionale*

In questa sezione vengono evidenziati indicatori di processo e di risultato relativi all'assistenza erogata dall'Azienda Sanitaria per livelli essenziali di assistenza.

**Costi aziendali per livelli essenziali di assistenza, trend storico e confronto con i valori medi regionali**

Le tabelle successive evidenziano l'andamento delle risorse finanziarie impiegate, dalla Azienda e dal Sistema Sanitario Regionale, per l'erogazione di servizi e prestazioni previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il primo indicatore evidenzia che l'azienda percepisce un finanziamento pro-capite sempre inferiore al valore medio regionale, mentre il costo pro-capite sostenuto risulta essere sempre superiore al costo pro-capite medio regionale.

**Tabella 29 – Costo pro-capite ponderato a confronto con quello medio regionale**

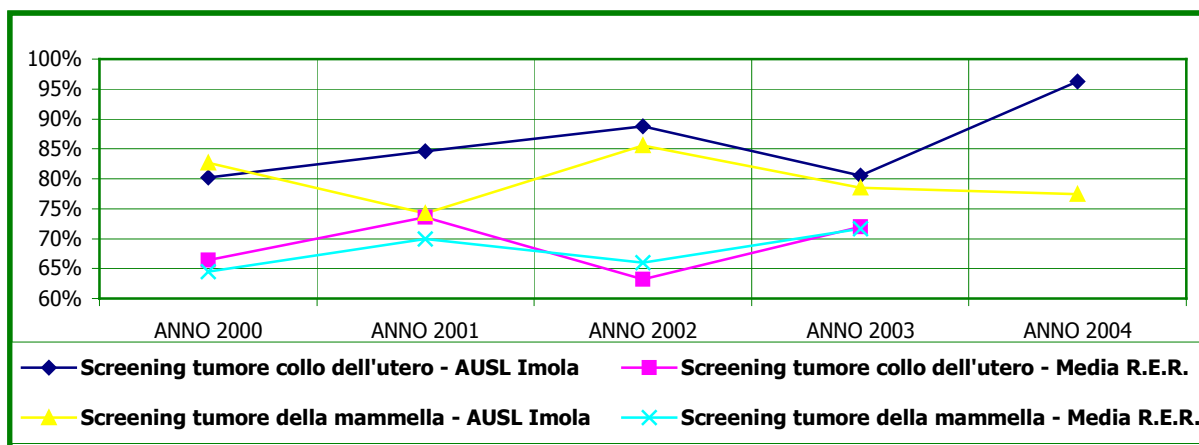
Finanziamento	ANNO 2002		ANNO 2003		ANNO 2004	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Finanziamento complessivo per livelli di assistenza	113.792.231	4.347.069.365	127.718.538	4.878.431.000	133.589.918	5.059.502.000
Popolazione al 1° gennaio	106.346	4.008.841	107.181	4.037.095	107.826	4.059.416
<b>Finanziamento pro-capite</b>	<b>1.070,02</b>	<b>1.084,37</b>	<b>1.191,62</b>	<b>1.208,40</b>	<b>1.238,94</b>	<b>1.246,36</b>
<b>Costi</b>						
Popolazione pesata	105.692	4.037.095	107.184	4.059.417		
Costi	144.061	5.358.265	149.970	5.548.909		
<b>Pro-capite</b>	<b>1.363,03</b>	<b>1.327,26</b>	<b>1.399,18</b>	<b>1.366,92</b>		

Il costo pro-capite dell'Azienda Usl di Imola articolato per livello di Assistenza ammonta a: € 580,28 rispetto ad un valore medio regionale di € 565,30 per l'Assistenza Ospedaliera; € 729,07 rispetto ad un valore medio regionale di € 715,57 per l'Assistenza Distrettuale; € 51,03 rispetto ad un valore medio regionale di € 46,38 per la Sanità Pubblica.

**Tabella 30 – Costo pro-capite ponderato per livelli di assistenza a confronto con quello medio regionale**

	ANNO 2002		ANNO 2003	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Costo Pro-Capite Assistenza Ospedaliera	580,28	565,30	576,58	573,22
Costo Pro-Capite Assistenza Distrettuale	729,07	715,57	769,88	747,97
Costo Pro-Capite Sanità Pubblica	51,03	46,43	49,21	45,73
Costo Assistenza Ospedaliera	60.847	2.282.177	61.145	2.326.924
Costo Assistenza Distrettuale	78.485	2.888.838	84.125	3.036.341
Costo Sanità Pubblica	4.729	187.429	4.700	185.644
Popolazione Assistenza Ospedaliera	104.858	4.037.095	106.047	4.059.416
Popolazione Assistenza Distrettuale	107.651	4.037.095	109.270	4.059.416
Popolazione Sanità Pubblica	92.675	4.037.095	95.502	4.059.416

**Grafico 19 – Percentuale di adesione nell'anno allo screening per la prevenzione dei tumori**



Copertura vaccinale nei bambini

La copertura vaccinale nei bambini ha interessato circa il 99% della popolazione target per le vaccinazioni obbligatorie. Così come evidenziato nella tabella successiva, le vaccinazioni presentano valori di copertura: che variano dal 94% del 2001 al 97% del 2004 per meningite da emofilo, pari a circa il 97% per il morbillo, pari al 98% per la pertosse e al 96% per la rosolia.

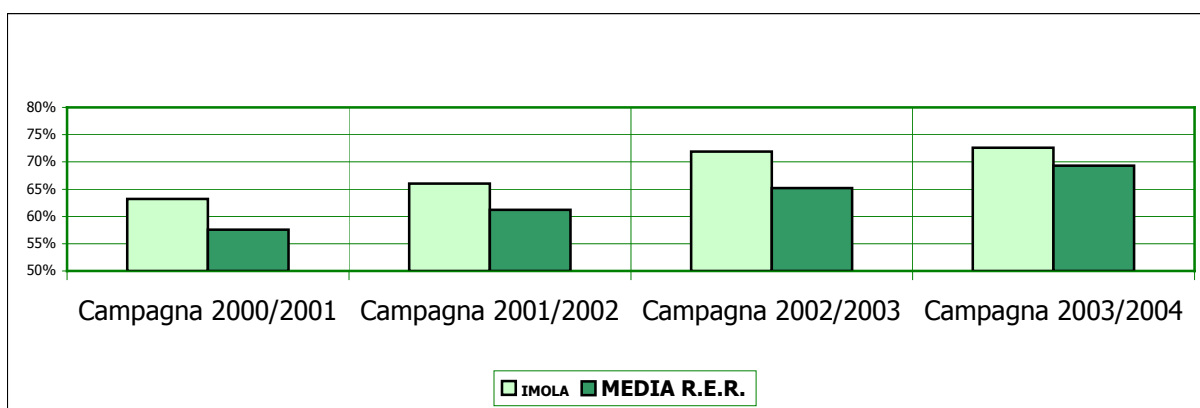
**Tabella 31 – Tasso di copertura per 100 bambini di 2 anni per le vaccinazioni contro alcune malattie**

Copertura vaccinale nei bambini	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Meningite da emofilo	79,3%	94,2%	96,2%	95,9%	97,4%
Media R.E.R.	89,4%	90,1%	91,7%	92,1%	
Poliomelite	99,3%	99,2%	99,4%	99,1%	98,9%
Media R.E.R.	98,6%	98,4%	98,0%	98,0%	
Morbillo	96,7%	96,5%	96,0%	96,2%	97,5%
Media R.E.R.	90,4%	90,7%	92,3%	92,5%	
Pertosse	97,8%	97,9%	98,5%	98,5%	98,5%
Media R.E.R.	96,7%	96,8%	96,8%	96,9%	
Vaccinazioni obbligatorie	98,9%	99,2%	99,1%	98,4%	
Media R.E.R.	98,1%	98,0%	97,5%	97,5%	
Rosolia	96,0%	96,1%	95,5%	96,2%	
Media R.E.R.	89,4%	90,1%	91,7%	92,1%	

Copertura vaccinale  
popolazione Anziana

La popolazione anziana interessata, nella campagna vaccinale 2003/2004 è stata circa del 73%. La percentuale di copertura è aumentata negli anni, partendo da valori pari al 63% nella campagna 2000/2001 ed evidenzia sempre percentuali superiori al valore medio regionale.

**Grafico 20 – Tasso di copertura vaccinale antiinfluenzale nella popolazione anziana con più di 65 anni**



Controlli sugli Ambienti di  
lavoro

L'indicatore utilizzato per misurare l'attività di controllo effettuata sulle aziende appartenenti ai singoli comparti (metalmeccanico, edilizia, legno, sanità.....) che insistono sul territorio è dato dalla incidenza percentuale delle aziende sottoposte a controllo sul totale delle aziende. La percentuale delle Aziende controllate si attesta intorno al 3% e risulta in linea con il valore medio regionale. Tale indicatore viene letto congiuntamente alla percentuale di aziende nelle quali è stata rilevata una infrazione. Il valore regionale di tale percentuale è pari all' 0,2% (nel periodo di riferimento anni 2000-2003), quello aziendale è superiore al valore regionale rispettivamente negli anni 2001 (0,5%) e 2003 (0,3%).

**Tabella 32 – Controlli sugli ambienti di vita e di lavoro: percentuale di Aziende controllate e di aziende con infrazioni**

<b>Controlli sugli ambienti di lavoro</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>
% di aziende controllate sulle esistenti	4,3%	3,3%	3,1%	3,3%
Media R.E.R.	3,8%	3,3%	3,4%	3,4%
% di aziende con infrazioni sul numero di aziende controllate	0,5%	0,2%	0,2%	0,3%
Media R.E.R.	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%

**Controlli sulle aziende alimentari**

La percentuale di aziende alimentari controllate si attesta su valori pari al 36,6% e al 36,7% negli anni 2000 e 2001 rispetto a valori medi regionali di 47,9% nel 2000 e 44,6% nel 2001. Nel 2002 su 522 aziende alimentari, presenti nell'ambito territoriale dell'Azienda UsI di Imola, sono stati effettuati 82 controlli rispetto ai 191 dell'anno precedente con un'incidenza quindi delle aziende controllate pari al 15,7%. Nel 2003 il numero delle aziende alimentari cala da 522 a 315 mentre i controlli effettuati aumentano da 82 a 145. Ciò fa registrare un significativo aumento dell'incidenza delle aziende controllate (46%).

L'incidenza percentuale delle aziende alimentari controllate con infrazione sul totale di quelle sottoposte a controlli risulta significativamente inferiore alla media regionale ed evidenzia valori aziendali pari al 5% nel 2000 e nel 2001, al 6,1 % nel 2002 e al 10% nel 2003.

**Aziende controllate nell'ambito della ristorazione**

L'incidenza percentuale di aziende di ristorazione controllate non ha un andamento costante nel periodo di riferimento.

Nel 2000 l'incidenza pari al 68% risulta superiore al valore regionale (49%), mentre nel 2001 è in linea con il valore regionale ed è pari al 46%.

Nel 2002 il numero di controlli effettuati aumenta in maniera più che proporzionale rispetto all'aumento delle Aziende, registrando un'incidenza pari al 66%; nel 2003 a fronte di un aumento del numero di aziende diminuisce il numero di controlli con un'incidenza quindi pari al 44,6%.

**Tabella 33 – Controlli sulle aziende alimentari**

<b>Controllo sulle industrie alimentari</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>
% aziende alimentari controllate	36,6%	36,7%	15,7%	46,0%
Media R.E.R.	47,9%	44,6%	42,1%	42,5%
% aziende alimentari controllate con infrazioni	5,1%	5,2%	6,1%	10,3%
Media R.E.R.	19,3%	21,7%	21,4%	23,9%
% di aziende controllate nell'ambito della ristorazione	68,0%	46,5%	65,6%	44,6%
Media R.E.R.	49,2%	46,8%	44,2%	41,9%
% di aziende controllate nell'ambito della ristorazione con infrazion	4,5%	7,1%	9,7%	14,3%
Media R.E.R.	22,0%	24,2%	21,3%	24,9%

Controlli sugli allevamenti

Nella tabella successiva si evidenzia la percentuale di sopralluoghi sul numero di allevamenti esistenti nell'ambito territoriale della Azienda Usl di Imola.

**Tabella 34 – Sopralluoghi per allevamento**

<b>Controlli sugli allevamenti</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>
% sopralluoghi per allevamento	418,9%	104,2%	345,3%	354,9%
Media R.E.R.	392,9%	440,7%	367,5%	457,1%

Assistenza distrettuale

Le prestazioni comprese nel Livello dell'Assistenza Distrettuale si articolano in: Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per anziani, handicap, psichiatria e Dipendenze patologiche; Cure palliative con specifico riferimento all'Assistenza Domiciliare e all'Hospice; Consultori familiari; Assistenza Farmaceutica e Specialistica Ambulatoriale.

Assetto organizzativo

La tabella rappresenta la mappa delle strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio distrettuale suddivisa in Servizi territoriali e Residenze Sanitarie e Socio-Sanitarie.

**Tabella 35 – Mappa delle strutture sanitarie e socio-sanitarie**

<b>Servizi territoriali:</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>
Consultori	<b>1</b> (3 punti di attività Imola Borgo Tossignano CSPT)	<b>1</b> (3 punti di attività Imola Borgo Tossignano CSPT + 1 a Medicina dal 1° dic)	<b>1</b> (4 punti di attività Imola Borgo Tossignano CSPT Medicina)
Nuclei di cure primarie	<b>7</b>	<b>7 + 1</b> Medicina dal 1° dic.	<b>8</b>
Poliambulatori	<b>3</b> (OC Vecchio Borgo Tossignano CSPT)	<b>3</b> (OC Vecchio Borgo Tossignano CSPT) + 1 Medicina dal 1° dic.	<b>4</b> (OC Vecchio Borgo Tossignano CSPT Medicina)
Centri di prenotazione	<b>37</b> (1 Ospedale Nuovo 3 sportelli comunali 3 studi medici associati 30 farmacie)	<b>37</b> (1 Ospedale Nuovo 3 sportelli comunali 3 studi medici associati 30 farmacie) + <b>3</b> farmacie Medicina dal 1° dic.	<b>40</b> (1 Ospedale Nuovo 3 sportelli comunali 3 studi medici associati 33 farmacie)
Centro di prenotazione + sportello unico	<b>3</b> (OC Vecchio Borgo Tossignano CSPT)	<b>3</b> (OC Vecchio Borgo Tossignano CSPT) + <b>1</b> Medicina dal 1° dic.	<b>4</b> (OC Vecchio Borgo Tossignano CSPT Medicina)
Centri di Salute Mentale	<b>1</b> (3 punti di attività Imola Borgo Tossignano CSPT)	<b>1</b> (3 punti di attività Imola Borgo Tossignano CSPT + 1 a Medicina dal 1° dic)	<b>1</b> (4 punti di attività Imola Borgo Tossignano CSPT Medicina)
<b>Residenze sanitarie</b>			
Strutture residenziali per anziani non autosufficienti conv. (Case Protette)	<b>6</b>	<b>6 + 1</b> Medicina dal 1° dic.	<b>7</b>
Strutture residenziali per anziani non autosufficienti conv. (RSA)	<b>1</b>	<b>1 + 1</b> Medicina dal 1° dic.	<b>2</b>
Strutture semiresid. per anziani non autosufficienti conv.	<b>2</b>	<b>2 + 1</b> Medicina dal 1° dic.	<b>3</b>
Residenza sanitaria trattamento intensivo (RTI)	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Residenze socio-sanitarie</b>			
Strutture residenziali socio riabilitative per utenti psichici	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Strutture semiresid. socio riabilitative per utenti psichici	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Strutture residenziali socio riabilitative Dip. Patologiche	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Strutture semiresid. socio riabilitative Dip. Patologiche	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

**Assistenza Residenziale e Semiresidenziale**

La tabella successiva evidenzia la disponibilità di posti letto in strutture Residenziali e Semiresidenziali per Anziani e Disabili.

**Tabella 36 – Numero di posti letto in assistenza Residenziale e Semiresidenziale**

<b>Assistenza residenziale e semiresidenziale (per anziani, handicap, psichiatria, dipendenze patologiche): RESIDENZIALI</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>
Numero posti letto Anziani	421	421	421	431
Numero posti letto Disabili	0	17	17	17
Numero posti letto Psichiatria	138	136	165	131
<b>Assistenza residenziale e semiresidenziale (per anziani, handicap, psichiatria, dipendenze patologiche): SEMI-RESIDENZIALI</b>				
Numero posti letto Anziani	36	36	36	36
Numero posti letto Disabili	65	45	45	58
Numero posti letto Psichiatria	10	10	10	10

Il n° di posti letto disponibili in strutture Residenziali e Semiresidenziali, al 31 dicembre dell'anno di riferimento, ogni mille abitanti anziani (di età superiore uguale a 75 anni) e ogni mille abitanti, per i disabili, risulta essere: superiore ai valori medi regionali per l'assistenza Residenziale per Anziani e inferiore ai valori medi regionali per i Disabili e per i posti letto in Semiresidenziale.

**Tabella 37 – Numero di posti letto in assistenza Residenziale e Semiresidenziale per 1000 abitanti**

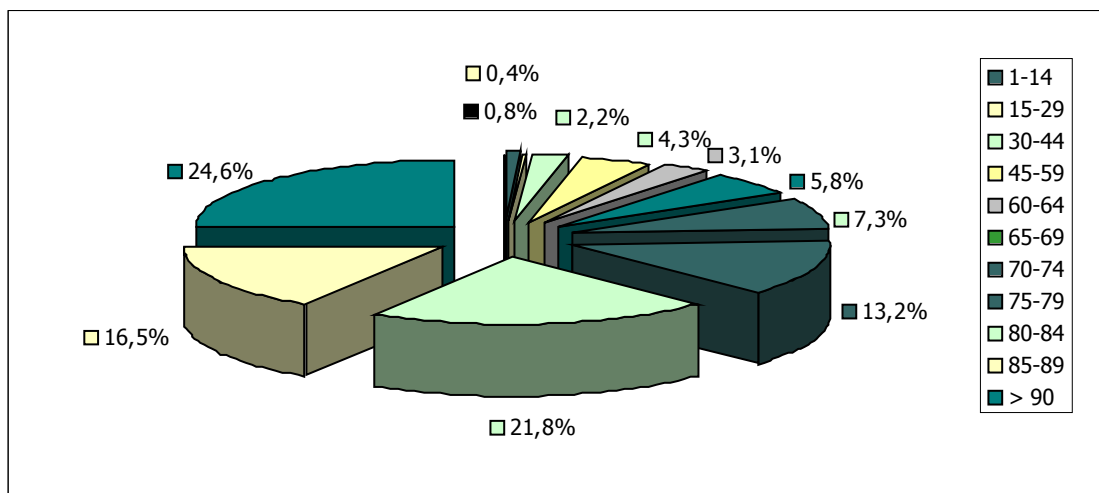
<b>POSTI LETTO RESIDENZIALI (Indicatori x 1000 ab.)</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>
Anziani Imola	33,40	32,30	31,70	31,70
Anziani R.E.R.	32,10	31,50	31,60	31,60
Disabili Imola	0,00	0,14	0,14	0,14
Disabili R.E.R.	0,22	0,26	0,26	0,30
<b>POSTI LETTO SEMI-RESIDENZIALI (Indicatori x 1000 ab.)</b>				
Anziani Imola	2,90	2,80	2,70	2,60
Anziani R.E.R.	4,60	4,80	4,90	5,20
Disabili Imola	0,54	0,37	0,37	0,47
Disabili R.E.R.	0,64	0,64	0,63	0,69

**Distribuzione per età dei pazienti assistiti a domicilio**

Il grafico evidenzia la composizione percentuale per fascia di età degli assistiti a domicilio.

I pazienti assistiti a domicilio prevalentemente si concentrano nelle seguenti fasce di età: il 24,6% nella popolazione di età superiore a 90 anni; il 16,5% degli assistiti ha età compresa tra 85 e 89 anni; il 21,8% ha età tra gli 80 e gli 84 anni; il 13,8 % ha età tra i 75 e i 79; il 7,3% ha età tra i 70 e i 74; il 5,8% tra i 65 e i 69 anni; il 4,3% tra i 45 e i 59 e il 3,1% ha età compresa tra i 60 e i 64 anni.

**Grafico 21 - Composizione percentuale per fascia d'età dei pazienti assistiti a domicilio**



Assistenza domiciliare per livello di intensità assistenziale

Nell'anno 2004 le prestazioni erogate dall'Assistenza domiciliare(TAD) sono così distribuite: per il 64% si collocano nel livello di intensità assistenziale basso, per il 19,5% ed il 17,8 rispettivamente nei livelli medi e alti.

**Tabella 38 - Composizione percentuale dell'assistenza domiciliare per livello di intensità assistenziale**

% di TAD per livello di intensità assistenziale	BASSA	MEDIA	ALTA	NON DEF.	TOTALE
ANNO 2002 IMOLA	0,1%	1,1%	1,4%	97,4%	<b>100%</b>
ANNO 2002 R.E.R.	39,6%	11,9%	9,9%	38,7%	<b>100%</b>
ANNO 2003 IMOLA	52,1%	22,3%	18,9%	6,7%	<b>100%</b>
ANNO 2003 R.E.R.	42,7%	14,7%	12,1%	30,5%	<b>100%</b>
ANNO 2004 IMOLA	62,4%	19,5%	17,8%	0,3%	<b>100%</b>

Tipologia di Assistenza erogata a domicilio

Nell'ambito delle tipologie di assistenza erogate a domicilio si segnala una variazione, negli anni, del rapporto fra assistenza medica (accessi dei Medici di Medicina Generale) ed infermieristica. Mentre nel 2002 la percentuale più alta pari al 63,2% si riferisce a prestazioni di tipo infermieristico nel 2003 e nel 2004 le percentuali più alte pari al 69,7% e al 61,3% si riferiscono agli accessi dei Medici di Medicina Generale.

**Tabella 39 - Tipologia di assistenza erogata a domicilio**

% di TAD per tipologia di assistenza	MED. GEN.	INFERMIERISTICA	SPEC. CA	SOCIALE	TOTALE
ANNO 2002 IMOLA	36,8%	63,2%	0,0%	0,0%	<b>100%</b>
ANNO 2002 R.E.R.	53,9%	43,1%	1,4%	1,7%	<b>100%</b>
ANNO 2003 IMOLA	69,7%	30,3%	0,0%	0,0%	<b>100%</b>
ANNO 2003 R.E.R.	59,4%	37,6%	2,0%	1,0%	<b>100%</b>
ANNO 2004 IMOLA	61,3%	38,7%	0,0%	0,0%	<b>100%</b>



**Attività svolta presso i  
Consultori Familiari**

Gli indicatori utilizzati per rappresentare la tipologia e la quantità di attività svolta nell'ambito dei Consultori Familiari sono: la percentuale di donne gravide prese in carico sul totale dei "nati vivi" nell'anno di riferimento; il numero di utenti sulla popolazione residente femminile di età compresa tra i 15 e i 64.

Informazioni relative alla tipologia di prestazioni erogate sono evidenziate nella tabella relativa alla Distribuzione percentuale delle attività svolte nei Consultori Familiari.

**Tabella 40 – Indicatori di attività dei Consultori Familiari**

Consultori familiari	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003
% donne seguite in gravidanza A.U.S.L. IMOLA	17,8%	15,5%	24,5%	19,4%
MEDIA R.E.R.	32,0%	33,3%	34,6%	
N° utenti su popolazione target (Settore di attività: Ostetricia e Ginecologia) – A.U.S.L. IMOLA	5,8%	4,0%	4,7%	5,5%
MEDIA R.E.R.	15,2%	15,4%	14,3%	
N° utenti su popolazione target (Settore di attività: Psicologia) – A.U.S.L. IMOLA	0,6%	0,7%	0,9%	
MEDIA R.E.R.	0,5%	0,5%	0,5%	

**Tabella 41 - Distribuzione percentuale della tipologia di prestazioni erogate dai Consultori Familiari**

Attività dei Consultori familiari	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003
Contracezione – A.U.S.L. IMOLA	6,8%	6,0%	7,1%	7,2%
MEDIA R.E.R.	9,0%	8,5%	8,4%	
Gravidanza – A.U.S.L. IMOLA	11,3%	15,1%	12,4%	16,3%
MEDIA R.E.R.	14,0%	14,6%	15,6%	
di cui Gravidanza donne immigrate	22,6%	34,4%	19,0%	
MEDIA R.E.R.	26,4%	31,1%	33,2%	
I.V.G. - A.U.S.L. IMOLA	1,8%	1,3%	1,7%	1,5%
MEDIA R.E.R.	1,6%	1,7%	2,1%	
Menopausa - A.U.S.L. IMOLA	3,6%	2,8%	1,6%	1,7%
MEDIA R.E.R.	5,9%	5,5%	5,2%	
Prevenzione tumori femminili - A.U.S.L. IMOLA	16,9%	6,3%	6,3%	
MEDIA R.E.R.	39,2%	40,7%	38,5%	
Psicologia - A.U.S.L. IMOLA	16,4%	20,4%	25,2%	14,7%
MEDIA R.E.R.	6,0%	6,2%	5,8%	
Puerperio - A.U.S.L. IMOLA	7,3%	8,0%	10,9%	13,7%
MEDIA R.E.R.	0,9%	1,6%	2,2%	
Specialistica ginecologica - A.U.S.L. IMOLA	35,9%	40,0%	34,7%	44,9%
MEDIA R.E.R.	23,3%	21,1%	34,7%	

**Salute Mentale**

Nell'ambito del Servizio di Salute Mentale le persone trattate ogni 10.000 abitanti presentano un andamento decrescente dal 2000 al 2002 e un significativo aumento invece nell'anno 2003. Il tasso di ospedalizzazione ha un trend in diminuzione dal 30% del 2000 al 24% del 2003 anche se risulta superiore a quello medio regionale pari al 17%. La percentuale dei Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi sul numero di ricoveri pari a circa il 13% nel 2000 e nel 2001 aumenta significativamente nel 2002 (21,3%). Nel 2003 invece è pari al 9,2 %.

**Tabella 42 - Indicatori di attività della Salute Mentale**

Salute mentale	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003
Dimissioni/10.000 ab.	354	341	322	294
N° T.S.O.	55	54	68	32
Persone tratt./10.000 IMOLA	199,4	191,2	174,5	216,1
Persone tratt./10.000 R.E.R.	147,7	154,0	145,6	181,1
Tasso di ospedalizz. IMOLA	29,8%	28,5%	26,7%	24,1%
Tasso di ospedalizz. R.E.R.	17,7%	17,2%	17,5%	17,1%
% T.S.O./Ricoveri - IMOLA	13,6%	13,2%	21,3%	9,2%
% T.S.O./Ricoveri - R.E.R.	19,0%	19,4%	20,2%	13,1%

**Tossicodipendenza**

Nell'ambito del Servizio di Salute Mentale gli utenti in carico al Sert dell'Azienda Usl di Imola aumentano da 53 del 2000 a 111 del 2003.

**Tabella 43 - Utenti in carico ai Sert**

TOSSICODIPENDENZA	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003
<b>Nuovi utenti in carico ai SERT</b>	<b>53</b>	<b>84</b>	<b>93</b>	<b>111</b>
Tasso di incidenza per 1.000 ab. IMOLA	1,26	1,99	2,20	2,64
Tasso di incidenza per 1.000 ab. R.E.R.	1,19	1,26	1,21	1,29
<b>Utenza tossicodipendente in carico ai SERT</b>	<b>287</b>	<b>323</b>	<b>339</b>	<b>385</b>
Tasso di prevalenza per 1.000 ab. IMOLA	6,81	7,65	8,03	9,16
Tasso di prevalenza per 1.000 ab. R.E.R.	6,07	6,22	6,44	6,72

**Farmaceutica**

Si evidenzia la tendenza ad aumentare la distribuzione diretta di farmaci e il consumo pro-capite di alcune categorie terapeutiche di farmaci a confronto con la "Best Practice" regionale.

**Tabella 44 - Consumo pro-capite di alcune categorie terapeutiche di farmaci**

	BEST PRATICE	2002	BEST PRATICE	2003
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	17,09	19,20	24,38	25,61
Terapia biliare ed epatica	0,58	0,96	0,61	1,96
Antidiarroici, antinfiammatori ed antimicrobici intestinali	2,57	2,57	2,28	3,04
Farmaci usati nel diabete	27,33	30,29	26,46	32,56
Antitrombotici	47,17	47,48	52,80	58,55
Sucedanei del sangue e soluzioni perfusionali	0,04	0,13	0,04	0,10
Terapia cardiaca	42,63	51,22	40,40	40,40
Antipertensivi	7,67	11,12	7,91	10,37
Calcioantagonisti	52,52	58,31	52,52	54,51
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	110,51	110,51	134,44	149,22
Sostanze ipolipemizzanti	28,29	33,60	39,51	47,12
Antimicotici per uso dermatologico	0,21	0,41	0,22	0,28
Antipsoriasici	0,85	1,19	0,93	1,22
Corticosteroidi, preparati dermatologici	1,85	2,15	0,29	0,33
Corticosteroidi sistemici	7,96	8,54	6,76	6,96
Antibatterici per uso sistemico	16,09	16,45	16,34	17,13
Antimicotici per uso sistemico	0,54	0,65	0,56	0,68
Antimicobatterici	0,07	0,36	0,08	0,16
Farmaci antinfiammatori ed antireumatici	17,24	17,24	17,60	21,46
Miorilassanti	0,32	0,40	0,34	0,45
Antigottosi	3,77	4,79	3,20	3,20
Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa	1,44	1,91	1,76	2,65
Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	32,20	48,77	32,63	35,17
Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento	0,04	0,06	0,04	0,10

**Assistenza Specialistica**

Il consumo di prestazioni ambulatoriali, dei Cittadini residenti nell'Azienda USL di Imola, durante il triennio esaminato, risulta essere in tutti i raggruppamenti sostanzialmente più basso rispetto ai consumi regionali. Rispetto alla percentuale di prestazione erogate entro gli standards definiti a livello regionale (60 gg. per prestazioni strumentali e 30 gg. per le visite) l'azienda Usl ha erogato tali prestazioni entro i 60 giorni nell'80-90% dei casi ed entro i 30 giorni nel 55% dei casi (Tabella 46).

**Tabella 45 - Indice di consumo standardizzato per età specifica per raggruppamenti**

Assistenza specialistica ambulatoriale	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Diagnostica IMOLA	1.036	1.125	1.162
Diagnostica R.E.R.	1.133	1.181	1.184
Laboratorio IMOLA	7.090	7.970	8.825
Laboratorio R.E.R.	9.525	9.848	10.516
Riabilitative IMOLA	144	136	222
Riabilitative R.E.R.	526	526	509
Terapeutiche IMOLA	547	525	369
Terapeutiche R.E.R.	383	411	416
Visite ambulatoriali IMOLA	1.192	1.219	1.130
Visite ambulatoriali R.E.R.	1.179	1.254	1.286

**Tabella 46 - Tempi di attesa osservati per visite e diagnostica: percentuale prestazioni ambulatoriali per tempi d'attesa**

TIPOLOGIA PRESTAZIONI	ANNO 2003						ANNO 2004					
	% entro 1-30 gg	% entro 1-45 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-75 gg	% entro 1-90 gg	% oltre 90 gg	% entro 1-30 gg	% entro 1-45 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-75 gg	% entro 1-90 gg	% oltre 90 gg
Diagnostica Imola	61	73	80	87	91	9	55	71	80	85	90	10
Diagnostica Media R.E.R.	54	68	77	83	88	12	51	67	77	84	89	11
Laboratorio Imola	97	99	99	100	100	0	97	99	99	100	100	0
Laboratorio Media R.E.R.	92	94	96	97	98	2	92	95	97	98	99	1
Riabilitazione Imola	100	100	100	100	100	0	99	100	100	100	100	0
Riabilitazione Media R.E.R.	73	86	91	94	95	5	71	83	88	91	93	7
Terapeutiche Imola	83	89	91	93	94	6	81	85	88	90	91	9
Terapeutiche Media R.E.R.	53	66	73	79	84	16	52	66	72	77	82	18
Visite Imola	58	73	83	89	92	8	55	66	78	86	90	10
Visite Media R.E.R.	47	62	71	78	84	16	48	62	72	79	85	15

#### Assistenza ospedaliera

#### Numero posti letto

L'AUSL di Imola è dotata di un unico Presidio Ospedaliero composto da due Stabilimenti: quello di Imola, la cui mission è rivolta a ricoveri per acuti (di area internistica, di area chirurgica e di area intensiva), e quello di Castel San Pietro presso il quale si realizzano ricoveri nell'area della lungodegenza (compreso attività di cure long term per pazienti oncologici) e inoltre vi è situata l'attività di Day Surgery Chirurgica (Chirurgia di giorno).

Sul territorio aziendale insiste anche l'Istituto Montecatone Rehabilitation, la cui mission è rivolta esclusivamente alla riabilitazione di pazienti mielolesi/celebrolesi (i posti letto dell'Istituto sono di area riabilitativa e di neuroriabilitazione).

**Tabella 47 - Struttura dell'offerta Assistenza ospedaliera: numero posti letto**

Posti letto	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003
Acuti ordinari	335	340	300	286
D.H.	70	60	61	64
Riabilitazione	88	158	158	158
Lungodegenza	46	46	46	55
<b>TOTALE</b>	<b>539</b>	<b>604</b>	<b>565</b>	<b>563</b>

#### Numero di posti letto ogni 1000 abitanti

La dotazione di posti letto dell'AUSL di Imola ha registrato negli ultimi anni una rimodulazione nell'area per acuti, a favore dei posti letto per lungodegenza, come definito all'interno di documenti regionali e nazionali (Piano Sanitario Regionale). Rispetto alla dotazione per acuti nel 2002 e il dato del 2003, si assiste ad un forte decremento dovuto all'inserimento nel comprensorio dell'AUSL di Imola della popolazione Medicinese, con una dotazione di posti letto invariata nei due anni. Negli ultimi anni tale dotazione è incrementata, come esplicitato

all'interno dei documenti di PAL. La dotazione di posti letto per lungodegenza si è mantenuta standard negli anni. Il dato regionale è comprensivo di tutti i posti letto presenti negli ospedali privati, che peraltro non sono presenti sul territorio imolese.

**Tabella 48 - Equazione - PL/1.000 abitanti**

	ANNO 2000		ANNO 2001		ANNO 2002		ANNO 2003	
	Imola	R.E.R.	Imola	R.E.R.	Imola	R.E.R.	Imola	R.E.R.
Ordinari	3,21	3,7	3,2	3,71	2,8	3,6	2,35	3,49
D.H.	0,57	0,46	0,56	0,46	0,57	0,48	0,53	0,47
<b>TOTALE ORDINARI/DH</b>	<b>3,78</b>	<b>4,16</b>	<b>3,76</b>	<b>4,17</b>	<b>3,37</b>	<b>4,08</b>	<b>2,88</b>	<b>3,96</b>
Lungodegenza			0,43	0,41	0,43	0,55	0,45	0,55
Riabilitazione			1,49	0,24	1,47	0,34	1,3	0,32
<b>TOTALE LUNGODEG./RIABILITAZIONE</b>	<b>1,26</b>	<b>0,61</b>	<b>1,92</b>	<b>0,65</b>	<b>1,90</b>	<b>0,89</b>	<b>1,75</b>	<b>0,87</b>

**Tabella 49 - Indice di attrazione da altre regioni e da altre aziende della regione**

	2000	2001	2002	2003	2004
Stessa Azienda	73,52	71,38	72,07	72,05	74,80
Altre Aziende della Provincia	8,74	9,61	9,38	10,03	6,63
Altre Aziende della Regione	7,61	8,58	8,32	8,30	8,98
Fuori Regione ed Estero	10,13	10,43	10,23	9,62	9,59
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tasso standardizzato di ospedalizzazione

Il trend di ospedalizzazione ha registrato negli ultimi anni un forte decremento, sulla scia delle azioni intraprese sul versante dell'offerta sia in termini di posti letto che di rimodulazione dell'attività ospedaliera in favore di altre forme di assistenza sanitaria. Il fenomeno è stato particolarmente evidente sul versante pubblico (-36,35 sul totale ordinario più DH), mentre nel privato e nella mobilità passiva extraregionale si è assistito ad un incremento del tasso di ospedalizzazione di circa 3,64 punti.

**Tabella 50 – Trend del tasso di ospedalizzazione standardizzato per età - Azienda UsI Imola**

	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
<b>PUBBLICO (R.E.R.)</b>					
Ordinario	140,51	130,15	127,49	126,57	121,90
DH medico	29,16	26,06	21,48	20,08	18,35
DH chirurgico	24,41	20,69	15,27	15,09	17,48
<b>PRIVATO (R.E.R.)</b>					
Ordinario	11,95	11,09	12,53	13,78	14,14
DH medico	1	0,72	0,79	0,73	0,92
DH chirurgico	1,59	3,04	3,18	3,02	2,84
<b>MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE</b>					
Ordinario	3,96	4,46	4,26	4	3,84
DH medico	0,49	0,62	0,5	0,71	0,70
DH chirurgico	0,18	0,48	0,29	0,34	0,37
<b>TOTALE</b>					
Ordinario	156,42	145,69	144,28	144,36	139,89
DH medico	30,64	27,4	22,78	21,52	19,97
DH chirurgico	26,18	24,21	18,73	18,44	20,68

**Tempi di attesa**

L'AUSL durante l'ultimo anno si è particolarmente impegnata nel rispettare le indicazioni regionali in termini di tempi di attesa per ricoveri programmati, come si evince dal numero di ricoveri eseguiti nei termini indicati. Da notare che la drastica riduzione di casi di cataratta è da imputare al trasferimento di tale intervento dal regime di ricovero al regime ambulatoriale.

**Tabella 51 - Tempi di attesa per ricoveri programmati secondo l'accordo Stato-Regioni**

INTERVENTO	ANNO 2003				
	0 GG.	1-30 GG.	1-90 GG.	1-180 GG.	> 180 GG.
Cataratta	5	27	200	275	14
Chemioterapia	3	225	226	226	0
Coronarografia	17	53	122	137	2
Neoplasia colon-retto	5	74	76	76	0
Neoplasia mammella	1	114	140	143	1
Protesi d'anca	4	22	76	95	80
INTERVENTO	ANNO 2004				
Cataratta	5	15	29	41	2
Chemioterapia	2	224	230	231	0
Coronarografia	23	63	138	146	0
Neoplasia colon-retto	2	81	90	91	0
Neoplasia mammella	1	122	139	143	3
Protesi d'anca	1	31	139	165	44

### Donazione di sangue

**Circa 6.000 donatori su una popolazione di 120.000 abitanti e 12.251 unità di sangue raccolte**

Nel nostro territorio, nel 2004, sono stati poco meno di 6.000 i donatori del sangue e del plasma su una popolazione totale di circa 120.000 abitanti. Una percentuale che tocca il 5%, contro una media nazionale del 2,2% e del 3,5% in Emilia Romagna. Inoltre sono state 12.251 le unità di sangue raccolte: 11658 di sangue intero e 593 di plasma, che rapportate alla popolazione residente sono pari al 10,2% (media nazionale di circa 3,1% e media regionale di circa il 6%).

**Incremento del numero di donazioni**

I dati riferiti al 2004 sulla raccolta, collocano il Servizio Trasfusionale dell'Azienda Usl di Imola al primo posto a livello nazionale.

L'incremento del numero di donazioni rispetto al 2003 è stato del 2,5%, circa 280 donazioni in più, confermando il trend di crescita che ha caratterizzato il nostro territorio dal '97 ad oggi (con l'unica eccezione del 2001), con una crescita del 22% circa in 6 anni.

Sempre nel 2004 il Settore Raccolta del Modulo Trasfusionale di Imola ha raccolto circa 560 donazioni autologhe (autodonazioni a cui si possono sottoporre in via precauzionale persone in attesa di intervento chirurgico che potrebbero avere eventualmente bisogno di essere trasfusi) ed ha effettuato circa 2.000 prestazioni ambulatoriali per i cittadini del territorio, inoltre sono stati eseguiti oltre 30.000 esami (gruppi sanguigni, ricerca anticorpi, ecc.) per pazienti interni ed esterni.

**Consumi di sangue all'interno dell'Azienda Usl di Imola**

I consumi di sangue all'interno dell'Azienda Usl di Imola sono stati di circa 5.550 unità distribuite prevalentemente all'interno dell'ospedale Nuovo di Imola, all'ospedale di Castel San Pietro Terme e a Montecatone Rehabilitation Institute.

Interessante notare che, anche in seguito ad una sempre maggiore diffusione della cultura dell'appropriatezza, si è avuto un decremento del consumo di sangue di circa il 2% in contro tendenza rispetto ai dati rilevati in regione e fuori regione (+ 2% in media). L'Ausl di Imola raccoglie circa il 20% del sangue della Provincia di Bologna ed oltre il 200% del proprio fabbisogno, contribuendo tangibilmente all'autosufficienza Provinciale e Regionale.

**L'AVIS e il territorio**

Questi dati sono il risultato di una sensibilizzazione non solo frutto del nostro tempo, ma della storia che l'AVIS ha nel territorio. Fattore importante è il coinvolgimento di ogni famiglia nel trasmettere i valori della solidarietà e della donazione radicati nel tessuto sociale. L'AVIS continuerà nel suo impegno di promozione e sensibilizzazione delle nuove generazioni.

**Tabella 52 - Piano sangue: raccolta nell'ultimo triennio**

<b>ATTIVITA' DI RACCOLTA SANGUE</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>
Programma speciale sangue provinciale - BOLOGNA (comprende S. Orsola, Imola, Rizzoli)	58.346	58.704	58.822	60.088
Azienda Usl Imola	11.287	11.676	11.974	12.254
<b>CONSUMI DI UNITA' "ROSSE"</b>				
Programma speciale sangue provinciale - BOLOGNA (comprende S. Orsola, Imola, Rizzoli)	64.624	68.606	69.681	71.608
Azienda Usl Imola	4.766	5.687	5.693	5.572

**Qualità dell'assistenza**

Il basso peso alla nascita evidenzia un buon grado di assistenza prenatale sul territorio; i ricoveri per polmoniti ed influenza negli anziani dimostrano un progressivo miglioramento della copertura vaccinale effettuata sulla popolazione a rischio; il diabete con complicanze a breve termine è in tendenziale miglioramento per effetto del controllo dei pazienti affetti da tale patologia, mentre il diabete con complicazioni a lungo termine presenta valori incrementali negli anni dovuti in parte alla concomitante presenza di comorbidità nella popolazione anziana.

La percentuale di tagli cesarei negli anni mostra un valore stabile intorno al 30%, a fronte di un progressivo aumento del numero di parti effettuati a livello aziendale.

La mortalità per infarto miocardico acuto evidenzia un progressivo decremento a testimonianza della maggiore tempestiva ed appropriatezza delle cure.

Il tasso di ospedalizzazione evitabile mostra un andamento inverso nei due indicatori, nel primo caso vi è un incremento del numero di ricoveri evitabile da imputare in parte alla popolazione immigrata che non conosce i percorsi assistenziali territoriali, come invece testimonia l'indicatore di ospedalizzazione per i soli residenti che negli anni si è mantenuto su valori costanti.



**Tabella 53 – Qualità dell'assistenza**

<b>Basso peso alla nascita</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>
N° di nati con indicazione di un peso inferiore ai 2.500 grammi	0	0	5	0	0
Popolazione residente	106.347	107.181	107.822	108.472	124.060
<b>Nati con peso &lt; =2.500/pop residente</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

<b>Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>
N° di dimissioni di polmonite o influenza in pazienti con età >= 65 anni <b>(a)</b>	31	5	9	13	8
Popolazione residente <b>(b)</b>	106.347	107.181	107.822	108.472	124.060
<b>(a)/(b)*1000</b>	<b>0,29</b>	<b>0,05</b>	<b>0,08</b>	<b>0,12</b>	<b>0,06</b>

<b>Diabete, complicazioni a breve termine</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>
N° di dimissioni con codice di diagnosi di complicazioni a breve termine (chetoacidosi, coma) per diabete, limitatamente ai soli casi con età > = 18 anni <b>(a)</b>	66	44	34	32	37
Popolazione residente <b>(b)</b>	106.347	107.181	107.822	108.472	124.060
<b>(a)/(b)*1000</b>	<b>0,62</b>	<b>0,41</b>	<b>0,31</b>	<b>0,29</b>	<b>0,3</b>

<b>Diabete, complicazioni a lungo termine</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>
N° di dimissioni con codice di diagnosi di complicazioni a lungo termine (renale, occhio, apparato circolatorio o altrimenti non specificata) per diabete, limitatamente ai soli casi con età > = 18 anni	51	47	61	71	88
Popolazione residente <b>(b)</b>	106.347	107.181	107.822	108.472	124.060
<b>(a)/(b)*1000</b>	<b>0,48</b>	<b>0,43</b>	<b>0,56</b>	<b>0,65</b>	<b>0,71</b>

<b>Parti con taglio cesareo</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>
Parti con taglio cesareo (DRG 370, 371) <b>(a)</b>	276	279	311	343	337
Dimissioni con DRG di parto (370 - 375) <b>(b)</b>	897	936	951	1.030	1.073
<b>(a)/(b)</b>	<b>0,31</b>	<b>0,30</b>	<b>0,33</b>	<b>0,33</b>	<b>0,31</b>

<b>Tasso di ospedalizzazioni evitabile</b>	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>
N° dimessi per "ricoveri evitabili" <b>(a)</b>	1.800	1.785	1.835	2.024	1.821
Totale dimessi <b>(b)</b>	22.217	20.731	19.228	19.251	18.655
<b>(a)/(b)</b>	<b>0,08</b>	<b>0,09</b>	<b>0,10</b>	<b>0,11</b>	<b>0,10</b>

	<b>ANNO 2000</b>	<b>ANNO 2001</b>	<b>ANNO 2002</b>	<b>ANNO 2003</b>	<b>ANNO 2004</b>
N° dimessi per "ricoveri evitabili" residenti <b>(a)</b>	1.590	1.553	1.617	1.731	1.623
Popolazione residente <b>(b)</b>	106.347	107.181	107.822	108.472	124.060
<b>(a)/(b)</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,02</b>	<b>0,01</b>

### 3. Gli obiettivi istituzionali e le strategie aziendali

#### 3.1. Gli obiettivi di salute

*Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie,  
dai turbamenti che da oggi  
incontrerai per la tua via.  
Dalle ingiustizie e dagli inganni del tuo tempo  
dai fallimenti che per tua natura  
normalmente attirerai.  
Ti sollevorò dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore  
dalle ossessioni delle tue manie.  
Supererò le correnti gravitazionali  
lo spazio e la luce per non farti invecchiare.  
E guarirai da tutte le malattie,  
perché sei un essere speciale,  
ed io avrò cura di te.  
("LA CURA" di F. Battiato)*

#### Premessa

Nel tentativo di fare un bilancio che cerchi sinteticamente una rendicontazione del perseguimento da parte della nostra ASL degli obiettivi di salute assegnatici dalla Conferenza Territoriale sociosanitaria e dalla Regione, perseguendo le finalità del SSR, si evidenzia nell'immediato la buona riuscita nell'avere favorito eguaglianze di opportunità e di avere contribuito collettivamente allo sviluppo di una marcata coesione sociale e di una identità comunitaria. A partire da queste basi la creazione di un capitale sociale si è palesata una realtà tangibile e consequenziale.

#### **Obiettivi di salute**

Gli obiettivi di salute che ci avviamo a descrivere, (in alcuni casi si tratta di veri e propri macroobiettivi), sono quelli nei quali l'ASL di Imola sente di avere interpretato i propri doveri istituzionali in termini di livelli di eccellenza di risultato, concorrendo in sinergia con i fini del sistema sanitario regionale. Questi obiettivi, previsti ovviamente in ambito di pianificazione e programmazione aziendale, hanno avuto una valenza trasversale e hanno trovato una buona integrazione tra distretto e presidio.

#### **Mission Aziendale**

Vale la pena a questo punto ricordare una delibera (la n. 403 del 2001), dove la Mission Aziendale fu definita nell'Atto Aziendale con queste parole: "L'Azienda è impegnata a perseguire il miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini nel loro contesto socio-ambientale ed offre i propri servizi a tutti coloro che ne abbiano necessità. La centralità del cittadino è il valore fondamentale dell'organizzazione e l'Azienda lo concretizza facendo convergere le varie conoscenze professionali attraverso l'operare integrato di tutte le risorse ospedaliere e territoriali, sanitarie e sociali. L'Azienda sceglie le priorità in base a criteri di efficacia e contribuisce a promuovere una cultura della salute orientata verso comportamenti adeguati, nel rispetto dell'equilibrio economico ed in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale. L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione, in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto socio-ambientale del proprio territorio, in una logica di fiducia e cooperazione. L'Azienda persegue il

proprio rinnovamento attraverso un processo di ascolto, di trasparenza, d'interdipendenza con la società civile, per concretizzare la qualità e l'efficacia delle prestazioni. L'Azienda promuove lo sviluppo dei servizi, la formazione e la crescita professionale per mantenere elevati i livelli qualitativi dei servizi offerti e si propone per la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e gestionali".

A conclusione di questa premessa ci pare degno di nota sottolineare ancora una volta quanto in più occasioni ci è giunta conferma dai cittadini stessi di avere ricevuto trattamenti di pari opportunità e di percepirsi appartenenti ad una comunità caratterizzata da una forte identità. Gli obiettivi di salute che tratteremo sono caratterizzati al massimo grado dalle seguenti peculiarità.

**Cittadino posto al centro** La titolarità del diritto alla salute del cittadino lo ha posto al centro di un ruolo attivo di partecipazione, collaborante alla definizione delle prestazioni ma anche dell'organizzazione prima e della valutazione poi dei servizi attuati; concetti quali trasparenza e partecipazione non sono state solo meri slogan teorizzati, ma assi portanti della politica sanitaria.

**Enti Locali** Come prevede l'ordinamento regionale gli Enti Locali hanno avuto ruolo attivo nell'ambito della programmazione e verifica dei risultati di salute raggiunti; attraverso i Piani Per la Salute si sono valutati i bisogni primari di salute della popolazione del nostro comprensorio arrivando ad una concertazione massimamente integrata delle attività di politica sanitaria, dando così priorità a bisogni sentiti dai cittadini con l'attivazione di relativi interventi percepiti come prioritari per lo stato di benessere psico-fisico-sociale senza il quale, parafrasando l'OMS vi è stato di malattia.

Anche il Consorzio dei Servizi Sociali, attraverso i Piani di Zona ha collaborato alla programmazione del sistema locale della rete dei servizi sociali, sempre in sintonia con il piano regionale e con la programmazione sanitaria.

**Esigibilità dei diritti** Nell'ambito dei LEA si sono attuate modalità che hanno consentito alla nostra asl di non rilevare ostacoli per giungere alla completa esigibilità dei diritti che i gli stessi livelli essenziali di assistenza devono garantire.

**Utilizzo razionale risorse** Come ultimo ma certamente non meno importante elemento, nel rispetto del massimo utilizzo razionale delle risorse, l'azienda asl imolese ha offerto servizi, prestazioni e elementi organizzativi, in merito agli obiettivi di salute che verranno descritti, a un livello di elevata qualità tecnico-professionale con particolare attenzione alla soddisfazione dell'utente.

Andiamo ora ad approfondire, nell'ambito degli obiettivi istituzionali, quelli relativi alla salute che riteniamo necessitino di singola descrizione. Abbiamo scelto di selezionare quattro macroaree quali: " I determinanti della salute", "Le patologie prevalenti", "I gruppi vulnerabili" ed infine " La partecipazione delle scelte in sanità".

### 3.1.1. I determinanti della salute

#### Fumo

Il fumo di tabacco, come noto, è un fattore importante di rischio per patologie tumorali, circolatorie e del respiro. All'incirca un cinquanta per cento dei nostri concittadini hanno questa abitudine (30% circa sono uomini, 20% donne). La prevalenza si registra nelle fasce di età centrali ed avanzate; non va sottovalutato un incremento, negli ultimi anni, di un approccio precoce alla sigaretta anche da parte dei giovanissimi, anche se per fortuna tale esperienza resta limitata nel tempo e assume più l'aspetto di una "iniziazione" all'età adulta che di norma si esaurisce da sé.

Si è riscontrato a tutt'oggi una maggiore frequenza di abitudine tra gli uomini di bassa istruzione, mentre nelle donne la percentuale è più elevata nei soggetti più istruiti (vi sono però recenti segnali di inversione di tendenza).

#### Politiche di intervento

Circa le politiche di intervento l'Azienda si è impegnata nella priorità circa gli interventi di prevenzione dell'approccio e dell'abitudine al fumo, di esposizione al fumo passivo e negli interventi di disassuefazione.

In linea con le globali valutazioni delle prove di efficacia l'ASL ha orientato le proprie risorse verso queste azioni: - interventi di tipo clinico, nel rapporto medico-paziente e in generale nei servizi sanitari, per la identificazione e il trattamento dell'abitudine al fumo (es. gruppi di auto aiuto rivolti a tabagisti) - interventi in ambito comunitario per la riduzione dell'esposizione al fumo passivo, - interventi in ambito comunitario con lo scopo di ridurre l'inizio dell'approccio e\o dell'abitudine al fumo nei preadolescenti e negli adolescenti (es. contatti diretti nelle scuole con strategie di tipo educativo) - interventi comunitari per l'incremento della disassuefazione al fumo di tabacco.

#### Alimentazione e obesità

L'importanza di una regolare ed equilibrata alimentazione comprende tutti i cittadini ad ogni fascia di età. I possibili disturbi alimentari, dall'anoressia alla bulimia fino ad abitudini alimentari che in tempi più o meno dilatati possono portare a importanti danni organici e psicologici sono monitorati con regolarità dal sistema Aziendale (dai medici di base fino ai servizi territoriali e ospedalieri più specialistici).

#### Politiche di intervento

Circa le politiche di intervento sono stati effettuati corsi di educazione alimentare per la prevenzione dell'obesità, rivolti a genitori di bimbi pericolosamente sovrappeso o già in stato di obesità: si è così creata una equipe di professionisti dell'Azienda impegnati sui temi dell'alimentazione (dietista, igienista, pediatra di comunità, psicologo, medico sportivo), che ha individuato i principali contenuti da proporre negli incontri formativi rivolti ai genitori. Il pediatra di comunità ha poi coinvolto i pediatri di libera scelta per reclutare genitori di bambini obesi o soggetti a tale rischio; si sono potuti così effettuare incontri, condotti dai componenti dell'equipe, sui temi della corretta alimentazione.

#### Educazione sanitaria

Sempre in un'ottica particolarmente integrata dell'educazione sanitaria si sono costituiti gruppi di lavoro rivolti agli adolescenti sul

**Presa in carico**

tema dell'obesità. Vi hanno infatti partecipato psicologi dello "spazio giovani", operatori del "consorzio servizi sociali" e del "dipartimento salute mentale" con lo scopo di individuare strategie di presa in carico integrata a scopo preventivo (iniziative informative) e/o più strettamente clinico. In collaborazione con l'assessorato scuola del comune di Imola l'Azienda ha realizzato iniziative tese ad approfondire tematiche fondamentali nel rapporto adolescente e alimentazione quali: l'importanza assunta dal cibo in quell'età, la percezione dell'adolescente del proprio corpo e del proprio peso, l'esaltazione che rimanda la società circa la magrezza, le diete dimagranti e le scorrette abitudini alimentari come fattori predisponenti all'insorgere di disturbi alimentari, fino alla prevenzione e al trattamento dell'anoressia e della bulimia.

Recentissimamente anche l'unità operativa dipendenze patologiche ha cominciato a predisporre la presa in carico di alcuni tipi di disturbi alimentari, nei casi in cui vi sia una spinta compulsiva ad assumere cibo, intendendo tale comportamento legato al discontrollo degli impulsi e perciò trattabile con tecniche specialistiche (soprattutto cognitivistico-comportamentali) affini a quelle utilizzate per trattare il craving da gioco d'azzardo o da sostanze alteranti la sfera psico-fisica.

**Sicurezza alimentare e nutrizionale**

In materia di sicurezza alimentare e nutrizionale va poi ricordato che i più recenti provvedimenti legislativi conseguenti al recepimento di direttive comunitarie hanno introdotto importanti innovazioni culturali, tecnico scientifiche, procedurali ed organizzative, che hanno comportato la necessità di adeguamenti coerenti nelle attività di controllo.

La innovazione costituita dall'autocontrollo quale significativa responsabilizzazione del produttore in materia, ha costituito l'occasione per riconsiderare il ruolo delle strutture pubbliche deputate al controllo ufficiale dei prodotti alimentari. In tale prospettiva le strutture del Dipartimento di Sanità Pubblica addette al controllo sono chiamate a garantire sinergia di comportamenti con i produttori per perseguire lo scopo della tutela degli alimenti.

**Campagne informative**

L'ASL attuerà campagne informative rivolte ai cittadini, anche attraverso lo sportello della prevenzione, e campagne di educazione sanitaria in tema di sicurezza ed igiene degli alimenti e per la promozione di corrette abitudini alimentari, in sinergia con i rappresentanti dei consumatori.

Il controllo degli alimenti viene garantito in una ottica di "filiera", cioè a partire dall'allevamento e per tutta la catena produttiva, compreso il trasporto, sino alla vendita al consumatore finale. Si realizzeranno programmi di formazione degli operatori della filiera alimentare sviluppando il sistema di allerta per la gestione delle emergenze relative a prodotti commestibili garantendo il monitoraggio del rispetto della normativa nazionale in merito agli alimenti geneticamente modificati.

Per quanto riguarda la sicurezza nutrizionale sarà messo a punto un programma di interventi mirati soprattutto al comparto ristorazione collettiva, al fine di verificare la qualità nutrizionale degli alimenti offerti.

Il compito di vigilare nel campo della sanità animale e dei prodotti

alimentari di origine animale a fronte anche di una situazione in continua evoluzione determinata dalla globalizzazione dei mercati, pone la necessità di definire una politica della sicurezza degli alimenti, della salute e del benessere degli animali. Essa si fonda sulla valutazione e sulla gestione dei rischi, e prevede una accurata programmazione delle attività di iniziativa dell'area veterinaria. Si è inoltre garantita la gestione delle emergenze contingenti nel campo della sanità animale e della sicurezza alimentare in modo tale da assicurare interventi rapidi ed efficaci. In particolare sono oggetto di monitoraggio i rischi connessi al consumo di alimenti con garanzia di elevati standard di sicurezza igienico-sanitaria.

#### Ambienti di vita

#### Informazione e comunicazione

Per quanto riguarda il monitoraggio della qualità dell'aria, l'Azienda ha attivato iniziative di informazione e comunicazione alla popolazione, con particolare riferimento ai gruppi a rischio ed alle fasce più deboli (bambini e anziani), promovendo la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari (pneumologi, medici di sanità pubblica, medici di medicina generale, esperti di comunicazione, ecc.).

Un'attenzione particolare è stata dedicata a trasferire alla popolazione le informazioni sull'inquinamento ambientale misurato dall'ARPA dopo averle processate in maniera da fornire una chiara lettura al cittadino nell'ottica dei possibili effetti sulla salute, pubblicando le informazioni sulla stampa e sul web.

#### Valutazioni di efficacia e pianificazione territoriale

In questo ambito sono ricomprese anche le attività di valutazioni di efficacia e di esito dei provvedimenti adottati in situazioni di emergenza (esempio: limitazioni del traffico veicolare) e di pianificazione territoriale come opportunità per individuare i gruppi di popolazione a maggior rischio e i livelli di esposizione, anche per meglio orientare le scelte previsionali degli enti locali, in termini di programmazione edilizia, sistemi di mobilità, ecc.

#### Ambienti di lavoro

#### Piani di intervento

I piani di intervento si rivolgono ai settori lavorativi a maggior rischio infortunistico e tecnopatico, individuati a livello locale (edilizia, legno, metalmeccanica, agricoltura). Nei piani sono dichiarati gli obiettivi da perseguire, i tempi di realizzazione, le azioni necessarie e gli indicatori da utilizzare nella verifica del raggiungimento dei risultati attesi.

#### Iniziative formative preventive e interventi di vigilanza

E' prevista la realizzazione di iniziative formative a supporto degli operatori dell'area di tutela della salute in ambienti di lavoro, al fine di rendere possibile l'aggiornamento degli strumenti e delle metodologie di lavoro, in relazione alle modificazioni intervenute nel contesto sociale e normativo.

Il livello qualitativo degli interventi di vigilanza viene continuamente modulato, attraverso una selezione delle imprese e degli interventi, in funzione della natura e della densità del rischio infortunistico e/o tecnopatico.

Molto importante è il coinvolgimento attivo delle imprese a maggior rischio infortunistico, con la progettazione di iniziative di prevenzione primaria mirate alle specifiche condizioni di rischio, ed il concorso delle associazioni imprenditoriali e sindacali rappresentative.

Tavolo di confronto  
permanente

Si pensa a tal riguardo ad un tavolo di confronto permanente con le associazioni imprenditoriali e sindacali sui temi della salute e sicurezza del lavoro nei comparti più significativi, al fine di condividere la progettazione e la realizzazione delle strategie di prevenzione più efficaci.

Operando sui rischi lavorativi verranno infine condotti studi sul campo di valutazione dell'efficacia azioni di prevenzione progettate e/o realizzate.

Diseguaglianze sociali

Sul tema della diseguaglianza sociale la nostra Azienda ha agito sia indirettamente integrandosi con l'attività del Consorzio Servizi Sociali soprattutto con interventi dei servizi più a contatto con queste realtà, sia direttamente prendendo in carico utenti le cui patologie erano anche sottese, o quantomeno aggravate da una condizione di "deriva sociale". Le situazioni di scollamento della rete sociale si evidenziano, nella nostra realtà, in modo più marcato in quelle aree di territorio del circondario dove è maggiore la presenza di abitato sparso. Questo dato di fatto è un elemento di cui tenere conto, nel momento in cui emergono situazioni esplicitate da qualsiasi forma di espressione di malessere, sia negli interventi strettamente clinici sia per azioni di natura preventiva.

Coesione e inclusione  
sociale

Favorire una implementazione di "politiche" di coesione e inclusione sociale deve quindi essere un obiettivo non solo del Consorzio Servizi Sociali, ma deve sottendere ogni azione dei Servizi dell'asl in primis quelli predisposti all'attività territoriale.

Altri dati ci rimandano che circa il 70% dei nostri concittadini ritengono adeguato l'ammontare economico a disposizione della famiglia, il 24% lo ritiene scarso o insufficiente, il 6% ottimo. E' interessante constatare che quasi la metà di coloro i quali denunciano scarse risorse economiche dichiara anche di avere radi o quasi assenti rapporti di amicizia e si sente fundamentalmente escluso da una appagante rete sociale. Fa ovviamente riflettere quanto una percezione di avere inadeguate risorse economiche sia in relazione quasi di "causa-effetto" con la difficoltà ad essere in una buona condizione di integrazione sociale. Un ultimo dato interessante riguarda la spesa dichiarata dal Consorzio per l'erogazione di interventi economici negli ultimi cinque anni: mentre a favore degli anziani il trend di erogazione è stato circa costante o addirittura in calo, per gli adulti, i disabili e gli immigrati l'erogazione è cresciuta negli ultimi due anni circa del 50%; per i minori vi è stata addirittura una crescita esponenziale (quasi tre volte la quota erogata negli ultimi due anni, rispetto i tre precedenti).

Si è visto anche che la percezione di versare in stato di povertà è associata ad un basso titolo di studio.

Interessante è stato il tentativo di valutare in modo sintetico la presenza di stati di disagio e le loro "graduazione"; si è fatto ricorso per questo ad un indice definito "marcatore di disagio" costruito basandosi su alcune aree scelte per individuare le situazioni di difficoltà:

- area familiare (presenza in famiglia di componenti non autosufficienti, anziani o disabili adulti, individui temporaneamente esclusi dal mercato del lavoro);

- rete familiare e sociale (labilità nei legami sociali, amicali o della rete familiare a supporto a fronte di situazioni di bisogno);
- area economica (onerosità delle spese per l'abitazione, criticità delle risorse finanziarie disponibili, vicinanza alla soglia di povertà);
- area psicologica (apprensione circa il proprio futuro economico)
- area culturale (basso "capitale" individuale, difficoltà ad allacciare legami con il mondo della conoscenza, assenza di dotazione informatica vista come opportunità migliorativa).

Con questo metodo si è cercato di dare una identità della persona o della famiglia in difficoltà, quantificando anche l'incidenza del disagio sociale, valutato lungo una scala continua compresa tra i valori "0" (assenza di disagio) e "8" (disagio evidente). L'analisi evidenzia una totale assenza di disagio (valore=0) al 17% delle persone; sporadiche situazioni di disagio (valore 1-2) al 50% delle persone; lieve situazione di disagio (valore 3-4) al 23% delle persone; infine grave disagio (valore 5-8) al 10% delle persone.

Una conferma che questi dati si calano parallelamente sui bisogni e sulla richiesta di interventi di natura clinica si ha in molti servizi dell'Azienda. Valga per tutti il ricorso alla presa in carico da parte dell'U.O. Dipendenze Patologiche che esprime nella sua attività una necessità multidisciplinare di interventi. La quota tuttora maggiore della popolazione che fa ricorso all'uso di droghe o all'abuso di sostanze alcoliche è indubbiamente quella con minore istruzione, con basso potere economico, in ultima analisi quella appartenente al target del "grave disagio sociale". Ovviamente non ne sono esenti altre categorie con problematiche strettamente personalizzate o altri individui con multiformi disagi sottesi. Il dato comunque è valido nel suo insieme e deve sempre più portare ad una attività di integrazione i Servizi della nostra Azienda con quelli del Consorzio.

### 3.1.2. Le patologie prevalenti

#### Malattie dell'apparato circolatorio

##### Il contesto

Le patologie dell'apparato cardiocircolatorio rappresentano la principale causa di morte, ricovero e disabilità; nel nostro territorio è attribuibile alle malattie cardiovascolari circa il 42% di tutti i decessi; di questi circa il 10% possono essere ragionevolmente considerate morti evitabili. Sono causa di circa il 13% di tutti i ricoveri e del consumo di oltre il 17% delle giornate di degenza; i farmaci del sistema cardiovascolare rappresentano oltre il 50% delle prescrizioni e un terzo circa della spesa farmaceutica.

Nonostante l'impatto che queste malattie hanno sulla popolazione, l'andamento temporale della mortalità mostra un andamento sostanzialmente favorevole, con un decremento di circa il 40% negli ultimi 20 anni; in effetti, pur in presenza di un continuo invecchiamento della nostra popolazione (l'età avanzata rappresenta il principale fattore di rischio per le patologie dell'apparato circolatorio) sia il numero dei decessi che il tasso di mortalità si sono progressivamente ridotti dall'inizio degli anni 80 sino all'inizio degli anni 90 e questo valore continua a registrare dei decrementi.

Si tratta di un gruppo molto ampio di patologie che possono



**Iperensione arteriosa**

comportare interventi terapeutici, carichi di disabilità, impegni riabilitativi e livelli di spesa differenti, ma accomunato dalla condivisione di numerosi e importanti fattori di rischio, in larga misura prevenibili, quali il fumo di sigaretta, una alimentazione scorretta, l'ipertensione arteriosa, lo scarso esercizio fisico e il diabete.

L'ipertensione arteriosa rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le patologie dell'apparato circolatorio. Si stima che circa il 25% dei decessi per malattia coronarica e per ictus siano attribuibili all'ipertensione; è quindi facilmente intuibile l'importanza del controllo di questa condizione come misura di sanità pubblica.

Le indagini sull'occorrenza dell'ipertensione arteriosa stimano una prevalenza compresa fra il 30 ed il 50% della popolazione generale; l'elemento più importante che emerge da queste indagini, così come da tutta la letteratura sul tema, è che solo una modesta quota di soggetti ipertesi è adeguatamente trattata (sia perché ignari della patologia, sia in quanto con pressione arteriosa elevata pure in presenza di trattamento farmacologico). L'impegno aziendale è pertanto stato rivolto a ridurre questo gap e ad adottare strategie di controllo farmacologico appropriate ed adeguate.

**Ipercolesterolemia**

Anche l'ipercolesterolemia è un importante fattore di rischio per l'ictus e, soprattutto, per la cardiopatia ischemica.

La frequenza di soggetti ipercolesterolemici è stimata in circa il 25% della popolazione generale, con circa un 35% di soggetti border-line.

La principale novità, sia in termini di potenziale impatto sulla salute che di spesa, intercorsa negli ultimi anni nel campo della lotta all'ipercolesterolemia, è rappresentata dall'introduzione sul mercato delle statine, farmaci per i quali è stata ripetutamente dimostrata l'efficacia nel campo della prevenzione della mortalità per patologie cardiovascolari.

Nella nostra AUSL questo gruppo di farmaci ha ottenuto un notevole incremento di prescrizioni, grazie anche all'allargamento della fascia di popolazione a cui sono prescrivibili a carico del SSN.

Nei prossimi anni è lecito attendersi una ulteriore crescita delle prescrizioni di questo gruppo di farmaci.

Agli altri fattori di rischio maggiori (fumo, sedentarietà, diabete) sono dedicati specifici capitoli.

**Malattie ischemiche del cuore**

Tra le patologie cardiovascolari, le malattie ischemiche del cuore rappresentano certamente il contributo più importante sia in termini di mortalità che di invalidità, pur essendo documentato anche in questo caso un andamento temporale decrementale dei decessi.

Questi grandi numeri comportano come ricordato una rilevante pressione sul sistema sanitario, in termini di diagnostica e terapia, la cui offerta è andata rapidamente crescendo.

Prendendo in considerazione dal punto di vista dell'assistenza gli interventi più impegnativi (in termini tecnici ed economici), negli ultimi tre anni abbiamo assistito ad un cospicuo incremento degli esami coronarografici e delle angioplastiche coronariche, mentre si è mantenuto sostanzialmente stabile il numero degli interventi di by pass aorto-coronarico. Data la posta in gioco, grande attenzione è stata posta al tema dell'appropriatezza nell'utilizzo di tali procedure (sia in termini di sovrautilizzo che di sottoutilizzo).

**Scompenso cardiaco**

Se le malattie ischemiche del cuore rappresentano le patologie cardiovascolari più rilevanti in termini di frequenza e di gravità, vi sono altre malattie cardiache che, per risorse assorbite e carico di invalidità, non possono essere trascurate.

Tra queste, lo scompenso cardiaco è certamente la più rilevante sia per l'elevato carico di sofferenza che comporta, sia per gli elevati costi assistenziali correlati. La letteratura internazionale è concorde nell'indicare come questa condizione sia in continuo aumento, sostanzialmente per l'invecchiamento della popolazione e l'aumentata sopravvivenza dei pazienti. Malattia ischemica, patologie valvolari, cardiomiopatie primitive, ipertensione arteriosa, per citare le più importanti, sono tutte patologie che possono esitare in insufficienza cardiaca e scompenso.

I disturbi del ritmo cardiaco e della conduzione sono un'altra causa importante di ricovero, spesso esito di altre patologie, in particolare aterosclerotica. In termini di offerta assistenziale, nel corso degli ultimi 10 anni si sono registrati dei significativi incrementi negli impianti di pace-maker definitivi, superiori al 30% nel corso dell'ultimo decennio.

**Patologie cerebrovascolari**

Le patologie cerebrovascolari rappresentano l'altro grande gruppo di malattie dell'apparato circolatorio. Analogamente alle patologie cardiache la frequenza di patologie cerebrovascolari nella popolazione generale cresce con il crescere dell'età.

L'andamento temporale della mortalità presenta una situazione abbastanza buona, anche se non eccellente come nel caso delle patologie cardiache.

Nonostante il continuo invecchiamento della popolazione, il numero dei decessi per patologie cerebrovascolari ed i tassi di mortalità sono rimasti sostanzialmente stabili per tutti gli anni 80; un lento decremento si inizia ad osservare dall'inizio degli anni 90. Complessivamente la mortalità si è ridotta di oltre il 20% nel corso degli ultimi 20 anni.

Gli andamenti temporali descritti, unitamente al progressivo invecchiamento della popolazione, al miglioramento delle terapie disponibili, e alla lenta modificazione di alcuni dei principali fattori di rischio, permettono di ipotizzare, come, in un futuro scenario, la mortalità così come l'incidenza continueranno a ridursi; il numero assoluto di persone affette da patologie circolatorie, in entrambe le sue componenti (cardiaca e cerebrale), si manterrà comunque costante, o tenderà ad accrescersi.

Nella popolazione imolese verrà così ad aumentare il numero di persone che hanno sperimentato almeno un evento coronario o un problema cerebrovascolare, con conseguenti necessità di assistenza acuta, ma anche con necessità di cure a lungo termine e riabilitazione. Questo scenario è destinato ad accompagnarsi ad un incremento della richiesta di prestazioni diagnostiche e terapeutiche correlate alla malattia; in particolare, la domanda di prestazioni invasive (emodinamica e chirurgia) caratterizzate da un elevato impegno tecnico, economico ed organizzativo è destinata a incrementarsi ulteriormente nel prossimo futuro, e porrà problemi di equità di accesso, da un lato, e di monitoraggio dell'appropriatezza dall'altro.

Parallelamente alle patologie maggiori sopra citate, sono da attendersi anche incrementi di soggetti portatori di altre manifestazioni della

Politiche per la salute

malattia aterosclerotica, quali ad esempio le arteriopatie periferiche. Come già accennato, è molto probabile attendersi un aumento del numero di soggetti con insufficienza cardiaca ed aritmie, soprattutto nella fasce di età più avanzate.

Cardiopatía ischemica e vasculopatie cerebrali condividono numerosi fattori di rischio, sia pure con un peso relativo differente, quali fumo di sigaretta, obesità e sovrappeso, ipertensione, ipercolesterolemia; nel caso delle malattie cardiache vanno aggiunti come rilevanti anche il diabete e la sedentarietà.

Le politiche aziendali di prevenzione primaria puntano alla riduzione dell'esposizione a questi determinanti attraverso modificazioni delle abitudini di vita, quando si tratti di comportamenti insalubri (fumo di sigaretta, alimentazione scorretta, sedentarietà) e al riconoscimento precoce della presenza di condizioni predisponenti all'insorgenza di patologie circolatorie (ipertensione ed ipercolesterolemia). Inoltre, i benefici della riduzione dei principali fattori di rischio si estendono non solo a diminuire l'incidenza di primi eventi ischemici, ma anche a prevenire le recidive.

Le azioni di contrasto ai principali fattori di rischio delle patologie circolatorie sono riportate nei capitoli relativi ai fattori di rischio connessi con gli stili di vita.

Oltre a prevenire e ritardare nel tempo il maggior numero possibile di eventi acuti, l'Azienda è impegnata a garantire che i soggetti colpiti abbiano rapidamente accesso a cure efficaci.

Circa la metà delle morti cardiache avviene dopo brevissimo tempo dall'insorgenza dei sintomi e prima di poter ricevere alcun tipo di assistenza. Per tutti gli altri pazienti il danno miocardico aumenta con l'aumentare del tempo trascorso dall'inizio delle terapie specifiche.

La possibilità di accesso tempestivo a cure efficaci rappresenta quindi la priorità, in quanto in grado di ridurre sia la mortalità che la disabilità di un'ampia quota della popolazione.

Non dissimile è la situazione per quanto riguarda la prevenzione della morte e della disabilità da ictus, per il quale la tempestività della cura appropriata è ancora più importante; l'assistenza offerta da team ospedalieri dedicati ha dimostrato di ridurre la mortalità e la disabilità da ictus.

L'accesso rapido ai servizi non dipende solo dalla capacità della rete dell'emergenza di rispondere tempestivamente, ma anche dalla capacità dei soggetti di riconoscere precocemente l'insorgenza dei sintomi di un attacco ischemico; accrescere questa consapevolezza nella popolazione è un ulteriore impegno assunto dall'Azienda, unitamente all'implementazione di strategie di soccorso da parte di volontari opportunamente addestrati (progetto pronto blu).

Infine, la capacità della società di rispondere ai bisogni dei nuovi soggetti vittime di una patologia cardiaca o cerebrale è un aspetto importante. Altrettanto importante risulta l'impegno di disporre di adeguate strutture per la riabilitazione in modo da agevolare il reinserimento nel mondo del lavoro o all'interno della propria famiglia di soggetti divenuti improvvisamente malati. Le eventuali spinte all'esclusione o al contrario all'iperprotezione sono aspetti che coinvolgono il benessere complessivo di un gruppo importante della popolazione, che vedrà aumentare i soggetti conviventi con gli esiti di queste patologie.

**Il contesto**

Tumori

La patologia tumorale rappresenta la seconda causa di morte e la terza causa di ricovero nel territorio aziendale; i tumori nel loro complesso provocano circa il 30% del totale dei decessi e pesano sui ricoveri con il 12% del totale delle giornate di degenza.

Si tratta di un gruppo molto ampio di patologie che riconoscono fattori di rischio spesso differenti, ma che condividono la necessità di carichi diagnostici e terapeutici e impegni assistenziali molto rilevanti, che sono oggetto di politiche coordinate a livello aziendale.

Le neoplasie del polmone, del colon-retto e dello stomaco sono le cause di morte più frequenti fra gli uomini, i tumori della mammella e dell'utero fra le donne.

La mortalità per neoplasie maligne, negli uomini, è in diminuzione, già a partire dalla fine degli anni 80. Nel corso degli anni 90 si è osservata anche una diminuzione della mortalità nella popolazione femminile. Tale diminuzione, seppur contenuta, è comunque un fatto positivo, se si considera che fino a pochi anni fa la mortalità da cancro era stata in costante aumento.

L'incidenza dei tumori nella nostra popolazione è ancora in aumento, soprattutto per la proporzione crescente di anziani, la frazione della popolazione che presenta un maggior rischio di sviluppare patologie tumorali.

La sopravvivenza dei malati di tumore è costantemente aumentata nel tempo, a partire dalla fine degli anni 70. Le probabilità di sopravvivenza a 5 anni sono complessivamente di circa il 47%: uguali per gli uomini e leggermente superiori per le donne.

Gli andamenti relativi all'incidenza ed alla sopravvivenza per tumori e la crescita dell'attesa di vita, convergono nell'allargare la quota di casi prevalenti nella popolazione. Sono quindi evidenti le implicazioni che la patologia oncologica, nelle sue varie fasi, comporta per il servizio sanitario e per la società. Le dinamiche registrate negli ultimi anni lasciano prevedere una stabilizzazione complessiva dei tassi di incidenza di tumori maligni negli uomini e un consolidamento della riduzione dei tassi per le donne.

**Cancro del polmone**

Per il cancro del polmone, a tutt'oggi più frequente negli uomini, è stato ormai dimostrato come vi sia una stretta relazione tra l'abitudine al fumo e la mortalità per queste malattie. Nei primi anni ottanta i decessi degli uomini causati da un tumore dell'apparato respiratorio erano circa nove volte quelli delle donne: la causa era che i maschi fumavano di più. Alla fine degli anni novanta l'aumento del numero delle fumatrici ha provocato un aumento del numero di questi tumori tra le donne, e perciò la mortalità nei due sessi si sta avvicinando.

**Tumori della mammella**

Nelle donne i tumori che incidono di più sulla mortalità sono i tumori della mammella. Queste neoplasie sono tuttavia quelle che hanno fatto registrare i successi più significativi: il progresso ha riguardato le donne di tutte le età, con la sola eccezione delle ultraottantenni. L'aumento della sopravvivenza è dovuto al miglioramento dell'efficacia delle cure, ma anche alle diagnosi più precoci. Queste dipendono in gran parte dalla diffusione del concetto di prevenzione, che ha portato un numero crescente di donne a effettuare controlli più attenti (esami come la mammografia, ecc.) e, di conseguenza, ha consentito di

	<p>individuare il cancro nelle fasi iniziali, quando è più curabile. Questo cambiamento culturale ha investito principalmente le donne più giovani e più istruite.</p>
<b>Cancro del colon-retto</b>	<p>La seconda causa di morte tra i tumori è dovuta al cancro del colon-retto che, dopo un periodo di aumento costante in tutte le classi di età, ha mostrato, sul finire degli anni 90, una sostanziale stabilità negli uomini ed una lieve riduzione nelle donne. La mortalità è influenzata da fattori di rischio quali una alimentazione povera di fibre vegetali e ricca di grassi e gli stili di vita sedentari, ma anche dai miglioramenti nella diagnosi e nella cura di questa malattia.</p>
<b>Tumori dello stomaco</b>	<p>La mortalità per i tumori dello stomaco è collegata a condizioni di povertà ed alla cattiva conservazione dei cibi. Per questo, con l'introduzione del frigorifero e delle moderne procedure di trattamento e conservazione degli alimenti, e con il miglioramento generale delle condizioni di vita, negli ultimi cinquant'anni i decessi attribuibili a questa malattia sono andati riducendosi in modo drastico, in entrambi i sessi. Tuttavia il tumore dello stomaco provoca ancora un grande numero di morti, soprattutto fra le persone anziane che hanno vissuto, nella loro giovinezza, le situazioni di rischio maggiore. I tumori costituiscono una classe di malattie eterogenea rispetto alle cause, al decorso ed agli esiti. Alcune modalità di intervento sono però generali e sono quindi presentate di seguito.</p>
<b>Politiche per la salute</b>	<p>Il fumo, il consumo di alcool e le abitudini alimentari scorrette sono fattori di rischio riconosciuti, con peso eziologico variabile, per molte categorie di tumori. Gli interventi di prevenzione primaria verso questi fattori, cui sono dedicati altri specifici capitoli del presente documento, occupano pertanto un posto di rilievo nelle strategie aziendali. Una dieta corretta viene ad esempio attivamente incentivata nel settore delle collettività (mense aziendali e scolastiche, ospedali, residenze per anziani, ecc.). E' evidente che i risultati di tali interventi, anche se efficaci, saranno per lo più a lungo termine. Per alcuni tumori (polmoni, pleura, vescica, ecc.) un ruolo non trascurabile hanno le esposizioni in ambiente di lavoro, caratterizzate da rischi elevati in sottogruppi ristretti ed individuabili di popolazione.</p>
<b>Prevenzione primaria</b>	
<b>Diagnosi precoce</b>	<p>Una diagnosi precoce, che consenta la rimozione del tumore prima della diffusione nell'organismo delle cellule metastatiche, è in via di principio, almeno per i tumori solidi, risolutiva. In pratica però la diagnosi precoce può non essere sufficiente a salvare la vita del paziente, anche se può in molti casi allungarne il tempo di sopravvivenza e migliorarne la qualità della vita. L'Azienda si è pertanto impegnata ad incentivare e rendere disponibile l'iter di approfondimento diagnostico nei soggetti con sintomi sentinella, ad alto valore predittivo.</p>
<b>Screening preclinici</b>	<p>Indicazioni per screening preclinici nella popolazione asintomatica sono invece state recepite quando a) ne era dimostrata l'efficacia; b) le strutture sanitarie erano sufficientemente organizzate per una corretta esecuzione dello screening, per una tempestiva gestione dei soggetti positivi e per il monitoraggio della qualità delle procedure di diagnosi e cura. Ad oggi, l'efficacia è accertata solo per lo screening mammografico e per quello citologico della cervice uterina, mentre una sufficiente evidenza è emersa per lo screening dei tumori del colon-retto.</p>

Nel campo degli screening oncologici, in particolare per i tumori della mammella e del collo dell'utero, l'AUSL è stata tra le prime ad avviare questi programmi di prevenzione in Italia. Gli indicatori precoci di efficacia e sulla qualità delle prestazioni offerte sono nel complesso molto incoraggianti, ma è ancora prematuro poterne illustrare l'impatto nella popolazione bersaglio.

In base all'evidenza disponibile, nel 2005 è stato avviato l'intervento di screening dei tumori del colon retto.

Per quanto concerne l'accesso alle terapie ottimali, va sottolineato come l'utilizzo dell'ospedale è evoluto verso forme di assistenza più efficienti, in particolare con aumento dei ricoveri in Day Hospital (soprattutto per i trattamenti chemioterapici), con una riduzione dei ricoveri medici ed una riduzione generale della durata delle degenze, ottenuta trasferendo una quota rilevante dell'attività di diagnosi, di stadiazione e di follow-up in servizi ambulatoriali.

L'Azienda si è inoltre impegnata a rispettare rigorosamente e ad aggiornare continuamente le linee guida per la diagnosi ed il trattamento, sulla scorta dei risultati desunti dagli studi clinici e dalle metanalisi. Particolare attenzione è stata riposta alla predisposizione di protocolli terapeutici per i pazienti anziani, spesso non inclusi negli studi clinici sperimentali.

#### Assistenza palliativa

L'aumentata incidenza e la migliore sopravvivenza delle malattie tumorali hanno, come inevitabile conseguenza, il progressivo e importante aumento di pazienti che entrano in fase terminale e che necessitano quindi di adeguata e completa assistenza palliativa. Preme sottolineare in particolare l'elevata incidenza di terminalità nella patologia tumorale (almeno 2/3 dei pazienti neoplastici affronta una fase terminale della durata media di 90 giorni) e l'enorme prevalenza di pazienti neoplastici assistiti nei programmi di cure palliative e terapia del dolore. Sono quindi stati realizzati dei programmi per lo sviluppo e la cultura e della formazione in medicina palliativa e terapia del dolore fra gli operatori sanitari.

#### Hospice

In coerenza con quanto sopra, nella strategia assistenziale del paziente neoplastico il livello di assistenza ospedaliera è impegnato con l'Hospice (Centro Residenziale di Cure Palliative) ad offrire al paziente un piano diagnostico e di assistenza completo, scientificamente corretto ed in linea con i moderni orientamenti della branca. L'assistenza è stata portata il più possibile vicino al domicilio del paziente, con integrazione ed interdisciplinarietà delle competenze orientate al paziente, posto al centro del progetto assistenziale. Le scelte aziendali sono state volte ad integrare gli aspetti clinico-assistenziali con le strutture e realtà territoriali, ponendo l'assistenza domiciliare per i pazienti oncologici al centro della rete delle cure palliative.

#### Assistenza domiciliare

Le ulteriori azioni che hanno coinvolto i dipartimenti ospedalieri sono state orientate a ridurre il tempo che intercorre fra il primo contatto, la diagnosi ed il trattamento, nel paziente con sospetta patologia oncologica. Le azioni a sostegno hanno riguardato la definizione dei percorsi clinico-assistenziali, l'efficace follow-up del paziente oncologico, la limitazione della ridondanza di servizi e tecnologie sofisticate e la sperimentazione di modelli organizzativi per l'integrazione fra ospedale e territorio.

**Radioterapia**

Per quanto concerne la radioterapia, con il contributo di soggetti erogatori esterni si è assicurata una offerta prestazionale adeguata in termini quantitativi e di tempestività; le azioni hanno riguardato in particolare lo sviluppo di percorsi oncologici e la garanzia dei percorsi di trattamento con radioterapia nelle condizioni di emergenza, il monitoraggio dell'utilizzo della metodiche e la revisione-aggiornamento dei profili di trattamento.

Malattie respiratorie

**Il contesto**

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano a tutt'oggi nel nostro territorio la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e i tumori e causano una quota rilevante di ricoveri ospedalieri (oltre il 50% dei ricoveri è nei soggetti con più di 65 anni). Prendendo in esame l'andamento nel tempo della mortalità per malattie respiratorie, si è osservata negli uomini un continua riduzione, mentre negli ultimi anni il trend sembra essersi stabilizzato; le donne invece, pur presentando un rischio di morte molto inferiore rispetto a quello degli uomini, sembrano evidenziare, a partire da metà degli anni 90, un incremento della mortalità. Nella realtà imolese si osserva peraltro un lieve eccesso di mortalità per questo gruppo di cause rispetto ai valori medi regionali; le cause di questa variabilità geografica restano ancora da chiarire.

La distribuzione delle malattie respiratorie è cambiata significativamente nel corso degli ultimi decenni per la netta riduzione della mortalità per tubercolosi e polmonite, a fronte di un aumento delle patologie cronico-degenerative che colpiscono in particolare la fascia di età anziana, e dei tumori polmonari, che sono stati trattati nel paragrafo dedicato alle patologie neoplastiche.

**Broncopneumopatie  
cronico-ostruttive (BPCO)**

In particolare risulta incrementata, in particolare nelle donne, la mortalità per broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO), che sono un gruppo di malattie con un significativo impatto sulla salute pubblica e sono tra le principali cause di invalidità e di mortalità, in particolare nella popolazione anziana.

Tra le BPCO sono comprese malattie quali la bronchite cronica, l'enfisema e l'asma grave, caratterizzate da cronica ed irreversibile ostruzione delle vie aeree. Le BPCO rappresentano attualmente circa il 50% di tutte le morti per malattie dell'apparato respiratorio, con una mortalità che aumenta con l'aumentare dell'età.

Le stime di prevalenza indicano dei valori di circa il 5% della popolazione generale, ma ci sono evidenze sufficienti di una sottostima diagnostica nella popolazione generale, con solo il 25-30% dei casi diagnosticati.

La prevalenza per BPCO è maggiore negli uomini che nelle donne ed aumenta rapidamente con l'età. Tale differenza tra i sessi è verosimilmente legata alla maggior prevalenza di fumo di sigaretta nel sesso maschile ed alla diversa esposizione professionale ad agenti nocivi. Dati recenti ricavati da coorti di giovani evidenziano un aumento dell'abitudine al fumo di sigaretta fra le donne; questo dato potrebbe influenzare i futuri quadri di morbilità per BPCO, in quanto le donne potrebbero essere più sensibili allo sviluppo di BPCO quando esposte a fattori di rischio come il fumo di tabacco.

La BPCO può essere causa di invalidità, di perdita di produttività, e di una peggiore qualità della vita che aumenta con il progredire della

	<p>una peggiore qualità della vita che aumenta con il progredire della malattia; il suo impatto socio-economico è molto importante. Le riacutizzazioni e l'insufficienza respiratoria possono rendere necessario il ricovero in ospedale e terapie complesse e costose. L'ossigenoterapia domiciliare rappresenta inoltre spesso una ulteriore necessità assistenziale.</p> <p>I principali fattori di rischio per BPCO sono gli agenti inalati a livello ambientale e professionale, ed in particolare il fumo di sigaretta, ma vi è una ampia variabilità nella suscettibilità individuale.</p> <p>L'inquinamento ambientale va contribuendo a queste patologie in modo incrementale, anche se ancora non del tutto quantificabile. Sono purtuttavia numerosi gli studi che correlano la presenza di inquinanti atmosferici con manifestazioni cliniche, sia acute che croniche, a carico dell'apparato respiratorio; particolarmente vulnerabili risultano i bambini, gli anziani ed i portatori di altre patologie croniche.</p> <p>Le infezioni delle vie aeree e le esposizioni acute ad inquinanti sono indicate come le principali cause di riacutizzazione delle BPCO: alle riacutizzazioni corrispondono un aumento dei ricoveri ospedalieri e della mortalità, ed un peggioramento della malattia.</p> <p>Per contrastare tale fenomeno ha recentemente rivisto i propri livelli di intervento, focalizzando l'attenzione sui trattamenti di provata efficacia.</p>
L'asma	<p>Anche l'asma è una malattia in crescita, soprattutto per i bambini. La sua prevalenza può essere stimata in una percentuale compresa tra il 3% e l'8% della popolazione generale.</p> <p>Di asma si può anche morire, anche se i decessi per asma risultano in diminuzione dal 1985. L'asma è una malattia cronica: spesso può durare per molti anni o accompagnare il paziente per tutta la vita, presentando quindi dei costi socio-economici elevati.</p>
Le patologie respiratorie infettive	<p>Le patologie respiratorie infettive rappresentano anch'esse un problema clinico di notevole entità, in particolare quelle definite come polmoniti acquisite in comunità; nella pratica clinica più del 10% di queste infezioni richiedono il ricovero in ospedale con una mortalità non trascurabile in alcuni gruppi di popolazione; la condizione di maggiore gravità della malattia e la fase di ospedalizzazione rappresentano una situazione relativamente tipica delle persone anziane e molto più rara per la popolazione adulta.</p> <p>La gestione a livello domiciliare da parte dei Medici di Medicina generale della maggioranza degli episodi infettivi acuti insorti in comunità a carico dell'apparato respiratorio è l'obiettivo di un percorso assistenziale che vede nella figura dello specialista pneumologo il punto di riferimento per una corretta diffusione delle conoscenze e per una consultazione rapida ed efficace sui casi clinici.</p>
Casi di tubercolosi	<p>Fra le patologie infettive respiratorie, degno di attenzione risulta il trend che interessa i casi di tubercolosi. La malattia, in costante declino sino al 1980, nell'ultimo ventennio ha dato segnali di ripresa. Il tasso di incidenza di TBC polmonare risulta stabile, mentre le TB extrapolmonari stanno subendo un aumento significativo di incidenza. Tale andamento è essenzialmente legato a due fattori: la diffusione dell'infezione da HIV e l'immigrazione da paesi ad alta o media endemia tubercolare.</p>
Politiche per la salute	



**Qualità dell'aria**

Le abitudini di vita e l'ambiente rappresentano le maggiori fonti di rischio per le malattie dell'apparato respiratorio. La prevenibilità e la controllabilità dei fattori di rischio legati al tabagismo ed alla qualità dell'aria ambientale rendono ragione della loro importanza nella scelta degli interventi per la salute.

**Lotta contro il fumo**

La lotta contro il fumo vede l'Azienda impegnata nello sviluppo di programmi di promozione della salute rivolti alle persone di tutte le fasce di età, organizzati secondo gli schemi delle leggi nazionali e regionali prodotte per questo obiettivo.

**Vaccinazione  
antinfluenzale**

L'Azienda ha collaborato fattivamente al controllo ed all'attivazione di contromisure efficaci per assicurare la qualità dell'aria, specie nei centri urbani. La prevenzione delle infezioni respiratorie è stata condotta attraverso la diffusione della vaccinazione antinfluenzale, soprattutto nella popolazione anziana (nella quale la copertura vaccinale raggiunta ogni anno è superiore al 70%) e nei soggetti a rischio per presenza di patologie di base e la promozione delle altre vaccinazioni ritenute efficaci, come quella antipneumococcica.

**Controllo dell'infezione  
tubercolare**

Il controllo della diffusione dell'infezione tubercolare è stata condotta mediante la diagnosi precoce, l'attento follow-up terapeutico ed il controllo delle condizioni di contagio mediante sorveglianza nei conviventi, nei contatti e nei gruppi a rischio (immigrati da paesi ad alta endemia tubercolare, operatori sanitari ecc.), nel rispetto delle norme nazionali e regionali prodotte a tale scopo.

La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle malattie respiratorie ha rappresentato un altro importante livello d'intervento, con un'integrazione degli interventi sanitari fra ospedale e territorio, mediante percorsi definiti.

Fra questi si segnalano in particolare lo sviluppo dell'attività di ossigenoterapia domiciliare a lungo termine, e il progetto di potenziamento delle strutture per il trattamento semi-intensivo delle riacutizzazioni.

Si è poi contrastata la progressione all'invalidità respiratoria, mediante il trattamento del caso nelle fasi precoci del suo percorso evolutivo, con una gestione mediante schemi integrati di assistenza nel territorio e nelle strutture specialistiche ed ospedaliere, fondandosi su interventi diagnostici, di monitoraggio, educazionali, riabilitativi e terapeutici di provata efficacia.

Diabete Mellito

**Il contesto**

Il diabete mellito è una patologia che interessa complessivamente circa il 3% della nostra popolazione.

Per il diabete di tipo 1 si stima una prevalenza di circa lo 0,1%, mentre per il diabete di tipo 2 si riferisce una prevalenza del 3-4%.

Le stime previsionali indicano un possibile incremento della popolazione affetta da diabete mellito negli anni a venire, dovuto all'effetto combinato dell'aumento nell'aspettativa di vita dei soggetti diabetici, dei cambiamenti degli stili di vita e del regime alimentare e dell'aumento dell'obesità.

La dimensione del fenomeno diabete mellito risulta di particolare carico per il sistema sanitario, non solo per la numerosità della popolazione affetta, ma anche per le conseguenze della malattia, che nella sua naturale evoluzione è causa diretta di complicanze costituite

Politiche per la salute

da altre patologie di rilevante costo sociale. Prime fra queste va evidenziata la patologia cardiovascolare (infarto miocardico ed altri incidenti cardiovascolari); la malattia diabetica, inoltre, ha un impatto severo nello sviluppo dell'insufficienza renale cronica, che richiede il ricorso al trattamento dialitico sostitutivo.

I soggetti affetti da diabete mellito all'interno della popolazione dei dializzati costituiscono una coorte di rilevante numerosità, in continuo aumento per la crescita dei nuovi accessi.

La nefropatia diabetica è la prima causa di insufficienza renale con accesso in dialisi; il diabete mellito è la prima causa di cecità in età lavorativa e seconda causa, dopo i traumatismi, di amputazioni agli arti inferiori.

Con un confronto diretto dei dati si osserva che i soggetti diabetici hanno un'esigenza di ricovero ospedaliero quasi doppia rispetto alla restante popolazione.

E' evidente quindi che il diabete mellito rappresenta un problema di salute che richiede interventi specifici per migliorarne il decorso e ridurre l'impatto sulla vita dell'individuo e sulla società.

La tipologia dell'approccio preventivo e terapeutico specifico adottato in azienda risulta corrispondente agli standard internazionali ed esprime una buona qualità operativa delle strutture preposte.

Gli obiettivi di una prevenzione efficace delle complicanze d'organo della malattia diabetica rimangono tutt'ora all'ordine del giorno.

I sistemi aziendali di controllo tengono conto che le fasce più svantaggiate della popolazione sono quelle che più facilmente sviluppano la patologia (a causa di una maggiore esposizione ai fattori di rischio quali, per esempio, l'obesità) e più facilmente sono vittime delle sue conseguenze più gravi, a causa di una minor capacità di controllo della malattie.

Per quanto riguarda gli interventi, è stata promossa una azione organizzata dei servizi sanitari in attiva collaborazione con le persone affette da diabete mellito e con il loro ambiente familiare e sociale.

Il Centro ospedaliero Antidiabetico opera nell'ambito di un sistema integrato, coinvolgente i medici di medicina generale ed i servizi specialistici interessati al trattamento delle complicanze.

All'interno del sistema è protagonista attivo il paziente, reso capace di autogestirsi, perché opportunamente educato.

Malattie genito-urinarie

Il contesto

Le patologie dell'apparato nefro-genito-urinario rappresentano nel nostro territorio oltre il 4% dei ricoveri, delineandosi come la settima causa sul totale; globalmente consumano il 4,5% delle giornate di ricovero.

All'interno di questo gruppo di patologie esistono alcuni problemi specifici a cui viene dedicata una attenzione particolare da parte dei servizi sanitari: la calcolosi renale e l'ipertrofia prostatica perché ad alta prevalenza nella popolazione e l'insufficienza renale cronica per la sua gravità; inoltre lo stadio finale di questa malattia può necessitare di trattamenti sostitutivi (dialisi o trapianto) che costituiscono problematiche di interesse sia per la qualità della vita dei pazienti, sia per le ricadute a livello di organizzazione sanitaria e di consumo di risorse.

<b>Calcolosi renale</b>	<p>Il tasso di mortalità per queste cause negli uomini è esattamente il doppio di quello delle donne; in entrambi i sessi la mortalità ha mostrato una progressiva riduzione dal 1980 sino alla primametà degli anni 90, mantenendosi poi sostanzialmente costante.</p>
<b>Insufficienza renale cronica</b>	<p>La calcolosi renale è una patologia molto frequente nella popolazione in età adulta, specie tra gli uomini (prevalenza stimata intorno all'1%). La sua frequenza è in aumento, probabilmente anche in relazione ai mutati stili di vita, in particolare riguardanti l'alimentazione e la sedentarietà.</p> <p>Questa patologia può determinare a causa della forte sintomatologia dolorosa che la caratterizza, ripetuti accessi al Pronto Soccorso.</p> <p>L'insufficienza renale cronica è una sindrome che risulta dalla distruzione progressiva e irreversibile della funzione renale. L'eziologia della malattia è da ricondursi principalmente a infezioni, diabete, ipertensione arteriosa, e altre malattie renali.</p> <p>Le principali complicanze dell'insufficienza renale cronica, specie se scompensata, sono rappresentate dall'ipertensione e dallo scompenso cardiaco.</p> <p>Questi pazienti hanno una richiesta ed un assorbimento elevato di prestazioni assistenziali e l'attenzione per questa patologia è quindi giustificato dal costante aumento del numero di persone affette, dalla complessità (e dal costo) dei trattamenti necessari, oltre che dall'impatto sulla qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie.</p> <p>L'insufficienza renale cronica comporta limitazioni, talora severe, alla qualità della vita dei pazienti e nella sua forma più grave è una condizione incompatibile con la vita se non con il supporto di un trattamento renale sostitutivo, rappresentato dalla dialisi o dal trapianto.</p>
<b>Politiche per la salute</b>	<p>Il trattamento dell'insufficienza renale cronica viene affrontato con:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- identificazione precoce dell'insufficienza renale progressiva;</li><li>- interventi per ritardarne la progressione, soprattutto controllo dell'ipertensione e del diabete e restrizione dietetica;</li><li>- prevenzione delle complicanze;</li><li>- adeguata preparazione alla terapia sostitutiva della funzione renale;</li><li>- inizio non ritardato della terapia sostitutiva.</li></ul>
<b>Emodialisi e dialisi peritoneale</b>	<p>Esistono due tipi di trattamenti sostitutivi: l'emodialisi e la dialisi peritoneale, entrambi possibili presso le nostre strutture.</p> <p>Il primo tipo di trattamento avviene in sedute ospedaliere, con frequenza di norma trisettimanale. Il secondo tipo di trattamento può essere svolto domiciliarmene. La scelta del tipo di trattamento viene fatta in base alle caratteristiche di ogni singolo paziente, alle problematiche specifiche della sua malattia ed anche rispetto alla possibilità di poter contare, nel caso di trattamenti al domicilio, sull'assistenza dei familiari.</p> <p>Negli ultimi anni si sono ampliate le indicazioni al trattamento dialitico, da una parte con un'anticipazione del momento di inizio trattamento e dall'altra con un accesso al trattamento esteso anche a persone di età avanzata, con la conseguenza finale di un sempre maggior numero di pazienti sottoposti a dialisi.</p> <p>D'altro canto le nuove e sempre più differenziate tecniche di dialisi, maggiormente personalizzate per le differenti caratteristiche e</p>

	<p>problematiche dei pazienti, hanno fatto sì che si raggiungessero obiettivi importanti rispetto al miglioramento della qualità della vita di questi pazienti ed alla sopravvivenza.</p> <p>Dai dati di letteratura si stima che nei pazienti in buone condizioni la sopravvivenza sia del 98% all'anno nei primi 10 anni di trattamento; complessivamente, su tutti i pazienti, la mortalità si aggira intorno al 10% all'anno.</p>
<b>Attività di trapianto</b>	<p>Per quanto concerne le attività di trapianto, l'AUSL fa riferimento ai centri regionali ed interregionali di riferimento; è interessata direttamente ad incentivare gli interventi atti a sensibilizzare la popolazione sul problema della donazione degli organi.</p> <p>Per quanto riguarda i trattamenti della calcolosi renale, questi possono essere solo sintomatici per il dolore, oppure, nelle forme più gravi, vi è indicazione all'intervento chirurgico. La litotrissia extracorporea è attualmente esternalizzata, mentre presso il presidio ospedaliero di Imola sono correntemente eseguiti interventi con altre tecniche.</p>
<b>Il contesto</b>	<p><u>Dipendenze patologiche</u></p> <p>Le dipendenze patologiche comprendono una ampia gamma di situazioni, definite dall'OMS "patologie croniche e recidivanti", che nell'ultimo decennio hanno sempre più assunto dignità di sindromi in cui necessitano interventi in fase preventiva, diagnostica, terapeutica, e riabilitativa. Ciò che accomuna il concetto di d.p. è una situazione di disagio psico.fisico-sociale in cui il malato pone come elemento primario del suo scopo esistenziale la ricerca di soddisfare un impulso irrefrenabile (craving), causato da insopportabili sintomi astinenziali fisici e\o psicologici.</p>
<b>Patologie croniche e recidivanti</b>	
<b>Le cause</b>	<p>Le cause che portano ad uno stato di dipendenza patologica sono molteplici: nella quasi maggioranza dei casi vi sono sottesi all'uso di sostanze stati più o meno marcati di disagi psichici (sindromi depressive, forti stati ansiosi, esordi schizofrenici o molto comunemente gravi disturbi di personalità); in altre circostanze troviamo conflitti esterni alla psiche dell'individuo, ma che hanno una potente ricaduta sulla vulnerabilità del soggetto (es. conflitti familiari o eventi stressanti o luttuosi); esistono poi dipendenze che si instaurano nel tempo a partire da personalità semplicemente fragili o insicure che trovano nelle sostanze d'abuso una sorta di momentanea autoterapia.</p> <p>Ciò che accomuna la sensazione soprattutto iniziale dei consumatori di droghe (es. eroina), è quella di sentirsi in una frazione di secondo improvvisamente in totale armonia con sé stessi e con il mondo circostante, trasformando il proprio io (cioè ciò che in realtà sono), nel loro ideale dell'io ( quello che nel profondo vorrebbero essere). E' evidente che al potere magico di una tale trasformazione subitanea è molto dura rinunciare, se non nel momento in cui i "benefici" psico-fisici esperiti non comincino a doversi confrontare con un esame di realtà in cui nel tempo affetti, lavoro, povertà, dignità, malattie, situazioni illegali prorompono nel "nirvana" del consumatore.</p> <p>Dalle classiche dipendenze da droghe "da strada" quali eroina, cocaina, cannabinoidi, extasi ecc. ci troviamo sempre di più di fronte anche a situazioni di forte abuso di alcolici con relative patologie alcolcorrelate e ad altri generi di abusi, compulsioni o dipendenze che caratterizzano la popolazione che si rivolge al Servizio deputato. Non è un caso che la nuova sigla voluta dal Ministero per individuare tali</p>

servizi (unità o dipartimenti di dipendenze patologiche) esprime bene la mission e l'ampio target di persone a cui rivolgersi. Da sottolineare questo movimento verso i cittadini in difficoltà piuttosto che la mera attesa, spesso tardiva dell'espressione ultima del bisogno (in linea con il concetto di medicina proattiva). Le unità operative deputate al trattamento delle dipendenze patologiche si trovano quindi, a trattare anche problematiche da gioco d'azzardo (gambling), abuso da nicotina, usi più o meno saltuari di droghe "da discoteca", infine anche disordini alimentari sottesi ad un discontrollo degli impulsi. Ovviamente non tutti i servizi che operano in tale campo sono così impostati per far fronte a questa ampia gamma di bisogni; va quindi sottolineato come nella nostra Azienda l'U.O.D.P. possa considerarsi totalmente adeguata sotto questo profilo.

**Politiche per la salute**

Venendo alla politica della salute applicata nella nostra Azienda si evince come nel campo delle dipendenze patologiche, vi è stata innanzi tutto una totale coerenza con la pianificazione regionale e l'impegno ad effettuare territorialmente ogni elemento considerato di primaria importanza. Oltre a ciò vi è stata una strategia globale di intervento ancora più completa, orientata totalmente verso i bisogni, nel tempo modificati, della popolazione di riferimento. Si è andati infatti, in questo campo, ben oltre le richieste regionali, offrendo prodotti terapeutici e riabilitativi personalizzati, flessibili ed adeguati al massimo grado al raggiungimento di concreti risultati di bassa , media ed alta soglia terapeutica e preventiva. Progetti calati sulle persone e non quindi persone inserite in predefiniti progetti terapeutici.

**Prodotti terapeutici e riabilitativi personalizzati**

La domanda di presa in carico da parte di utenza con problematiche di dipendenza da sostanze stupefacenti e\o alcol è stata negli ultimi anni esponenziale, nonostante un costante flusso di dimissioni per fine programma terapeutico. Questo elemento di forte richiesta trova motivo non tanto nella progressione dell'incidenza del fenomeno, anche se in certi settori della patologia da dipendenza quali ad esempio l'uso di cocaina ciò si è verificato, quanto nella ampio spettro di offerte terapeutiche differenziate per ogni sfumatura di disagio psicopatologico ovviamente sotteso ad un abuso di sostanze. L'unità operativa dipendenze patologiche ad esempio ha reso possibile un approccio da parte di un target di utenza che, per ragioni culturali, difficilmente poteva cercare risposta in un servizio pubblico anche per motivi di privacy o per programmi terapeutici non sufficientemente centrati sul cliente. Un buon esempio può essere quello delle persone con problematiche alcolcorrelate, le quali hanno superato negli ultimi anni la resistenza a chiedere interventi di aiuto se non in situazioni già fortemente compromesse come poteva accadere qualche anno fa. Questo vale anche per consumatori non ancora dipendenti di cocaina o di cosiddette "nuove droghe" usate di solito nei week end. I numeri dell'ultimo triennio parlano chiaro perché a parità di dimissioni la presa in carico attivo di pazienti all'interno dell'U.O.D.P. è passata da 500 utenti a 780 agli oltre 800 dell'anno 2.004. Prima degli anni 2.000 il Servizio, seppure nei suoi vari settori, teneva in carico annuo circa poco più di 300 utenti all'anno (cifra comunque già elevata nei confronti delle altre realtà regionali).

Per ognuno quindi un inquadramento diagnostico multiassiale, una valutazione della eventuale compromissione fisica e di una eventuale

Inquadramento diagnostico multiassiale	<p>problematica psicopatologica sottesa all'abuso (es. doppie diagnosi).</p> <p>Quindi un ventaglio di offerte terapeutiche che passando da risposte meramente ambulatoriali (farmacologiche, psicoterapiche, socioriabilitative o di semplice counseling nei casi meno gravi), sono arrivate a progetti molto più articolati con utilizzo di strutture semiresidenziali e residenziale per rispondere a situazioni di forte crisi (strutture di proprietà dell'asl e gestite da personale dell'U.O.), per giungere all'utilizzo di comunità terapeutiche dopo una attenta ricerca dalla complementarietà del programma offerto dalla struttura scelta con il bisogno personalizzato dell'utente.</p> <p>L'eccellenza dell'offerta terapeutica ha portato ad una mobilità attiva da altre asl che si sono rivolte soprattutto alle nostre strutture di "crisi" praticamente uniche nel loro genere sul territorio regionale e nazionale, con relativi introiti economici per la retta e una corrispettiva nulla mobilità passiva.</p>
"Nuove droghe"	<p>E' stato elemento di rilievo la creazione di un centro rivolto a giovani e giovanissimi, dislocato esternamente rispetto alla sede degli ambulatori del ser.t (Settore "nuove droghe\ nuovi consumi "). Qui si è organizzata anche attività di prevenzione primaria offerta alle agenzie del territorio (scuole, ditte, luoghi di pubblica frequentazione ecc.), oltre ovviamente a interventi di counseling, psicoterapie focali, inquadramenti diagnostici per soggetti a rischio futuro di dipendenza.</p>
Alcologia	<p>Negli ultimi tre anni questo settore ha lavorato in forte integrazione, per quanto riguarda la prevenzione primaria, con il Consorzio de Servizi Sociali attraverso i Piani di Zona e con il Dipartimento di Prevenzione attraverso i Piani per la Salute.</p> <p>Il coordinamento e la forte integrazione con il volontariato ha trovato ampio spazio nel settore alcologia. Si sono infatti creati in questi ultimi tre anni sei club alcolisti in trattamento (erano tre precedentemente), con uno anche dislocato nel neo acquisito territorio di Medicina. Gli operatori dell'U.O.D.P. hanno qui operato al fine di rendere poi quasi completamente autonome tali agenzie di volontariato (l'organizzazione di una scuola di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati).</p>
Centri di Casola	<p>I Centri di Casola Canina, rivolti uno a programmi terapeutici semiresidenziali uno a progetti residenziali per utenti in forte stato di crisi clinico-esistenziale, hanno trattato ogni anno più di 60 utenti con doppia diagnosi riducendo così fortemente le giornate di ricovero in ambiente psichiatrico e attraendo utenti da tutto il territorio nazionale.</p>
Tabagismo	<p>Si è creato poi da alcuni anni un settore tabagismo che ha effettuato corsi rivolti a tabagisti e altri interventi territoriali esterni in ambito di prevenzione primaria e secondaria.</p>
Malattie infettive	<p>Da ricordare la creazione dell'ambulatorio malattie infettive, rivolto a persone con problematiche, nato nella sede del ser.t è stato poi dislocato nei poliambulatori dell'ospedale vecchio per non stigmatizzare l'utenza un tempo esclusivamente con problematiche di tossicodipendenza, ora invece a target più allargato.</p>
Comunità "Il Sorriso"	<p>Va sottolineata una buona integrazione con la comunità terapeutica "Il Sorriso", unico ente ausiliario ubicato nel nostro territorio. Proprio in questi ultimi tre anni si è consolidato un lavoro di programmazione e di formazione condiviso, che ha portato alla possibilità di adeguare i</p>

programmi offerti dalla struttura alla esigenze dell'utenza in carico alla nostra ASL determinando un maggiore utilizzo della stessa (nel 2004 circa un terzo di tutta l'utenza da noi inviata nelle comunità terapeutiche ha svolto lì i progetti riabilitativi). Vi è stata anche collaborazione reciproca nel senso di consulenze continue da noi effettuate su utenti loro ospiti provenienti da altre asl: L'azione più recente è stata quella di avere aderito insieme alla comunità ad un accordo provinciale con il CEA (comitato enti ausiliari) contribuendo ai contenuti del progetto nell'ambito della formazione professionale degli operatori.

#### Obiettivi di sviluppo

Sulla base di quanto descritto si può dire che nell'ambito degli obiettivi di sviluppo sono state applicate innovazioni tecnologiche svariate. Si pensi all'introduzione della struttura residenziale definita "Centro Crisi". Questa, inesistente sotto questo aspetto in nessuna altra realtà, è rivolta a utenti che vivono quel delicatissimo equilibrio che li ha portati a fare una scelta di affrancamento dall'uso di sostanze, ma che non riuscirebbero nel momento ad attuarla né a livello ambulatoriale per la gravità del quadro clinico che richiede un ambiente con alta valenza di "contenitore emotivo", né a domicilio, seppure con il supporto del personale del servizio, per le forti conflittualità con i familiari e per il forte craving verso le sostanze d'abuso e neppure in una sede ospedaliera per l'attenzione che viene prestata quasi unicamente alla situazione organica del soggetto. Durante tale periodo che mediamente ha una durata di qualche mese i servizi per le tossicodipendenze hanno il costume di attuare l'ingresso nelle classiche strutture comunitarie. E' in questa fase, in una percentuale che supera il 50%, che avviene generalmente l'allontanamento dalla struttura comunitaria da parte del paziente, con conseguente fallimento del globale progetto terapeutico, poiché l'utente stesso non riesce a reggere le pressioni verso il cambiamento richieste dalle comunità; avere vissuto per questi mesi nel "centro Crisi" ha consentito invece all'utente l'adeguamento progressivo ai regolamenti che necessariamente sussistono nei luoghi di convivenza, gli ha consentito di percepire una sensazione di accettazione empatica, ha creato l'abitudine quotidiana al confronto con operatori allenati e preparati emotivamente a sostenere il peso emotivo della sofferenza del tossicodipendente.

Con questo percorso il successivo inserimento in comunità terapeutica vera e propria ha avuto un margine di successo superiore all'80% e si è riusciti a trattare anche l'utente con doppia diagnosi destinato inevitabilmente, per gravità di sintomatologia, a strutture psichiatriche. Questo elemento di innovazione tecnologica nel campo delle dipendenze patologiche, pensato dalla nostra U.O. già molti anni fa, attuato prima in modo sperimentale poi affinato sempre di più, è ora diventato un punto di eccellenza della cura globale ed attrae utenza da tutta la nazione.

#### Obiettivi di miglioramento

Venendo agli obiettivi di miglioramento, ovviamente l'elemento organizzativo globale deve necessariamente affinarsi ogni anno soprattutto sulla base della continua evoluzione della domanda in questa particolare forma di malattia che è la dipendenza patologica. Processi già avviati andranno quindi consolidati anche sotto il profilo delle nuove evidenze cliniche (EBM) sia farmacologiche (da consolidare

alcuni protocolli terapeutici nell'abuso da cocaina) che metodologiche basti ricordare l'esempio del concetto allargato di dipendenza patologica).

Ora, l'U.O.D.P. di Imola, recependo completamente tale giusta filosofia di approccio al problema, è alle prese con l'attuazione degli interventi in una particolare forma di dipendenza che è quella del giuoco d'azzardo (gambling). Sono stati teorizzati e già sperimentalmente attuati nell'anno 2004 programmi a taglio cognitivo- comportamentale che tendono a rimuovere specificatamente la spinta primaria compulsiva all'approccio del giuoco d'azzardo. Gli eventi sociali nazionali recenti (disastri personali finanziari es. nel gioco del lotto), ma soprattutto una valutazione attualmente in fieri nel nostro territorio ha evidenziato la presenza del problema a livello locale in primis con l'utilizzo delle slot machine.

#### Obiettivi di sostenibilità

Circa gli obiettivi di sostenibilità, tesi al rispetto del vincolo di bilancio, vi è stata una eccellenza di risultato riuscendo a diminuire le spese riguardanti il capitolo rette per inserimenti comunitari attraverso l'utilizzo di strutture della nostra unità operativa; vi è stata la presa in carico dell'utenza del territorio di Medicina senza incrementare la necessità di operatori; si sono dedicati carichi di lavoro a favore delle unità operative della psichiatria e ci sono stati sostanziali introiti economici ospitando utenti di asl esterne nei centri di Casola Canina, ma anche attraverso visite alcolologiche per reviosini della patente di guida.

Un breve cenno sul tema dell'universalità ed equità di accesso offerta in modo omogeneo anche nei confronti di cittadini con problemi di disabilità, con azioni di integrazione socio-sanitaria (progetti e protocolli di intesa con il Consorzio Servizi Sociali).

#### Equità di accesso

La qualità poi dell'assistenza ed dell'efficienza gestionale, già descritta tra le righe di quanto esposto, può essere sintetizzata nella garanzia per l'utente di una ottima accessibilità in ogni ordine e grado (quando necessario l'assistenza domiciliare è stato uno strumento importante anche per favorire l'accesso indiretto a prestazioni diagnostiche e terapeutiche per molte persone molto difficili da ricevere per la gravità delle loro condizioni cliniche). Si è detto dell'appropriatezza clinica, dell'efficienza nell'erogazione dei servizi, dell'appropriatezza organizzativa anche in condizioni di forte complessità e dell'efficacia dimostrata, dalle numerose dimissioni per fine progetto terapeutico, in un campo dove la cronicità e le recidive sono purtroppo postulati della patologia che trattiamo. Vi sono poi interventi la cui efficacia si dimostra anche nella riduzione del danno, nella stabilizzazione clinica, nel miglioramento della qualità della vita dell'utenza senza cadere nel rischio dell'intervento "onnipotente" che purtroppo caratterizza ancora alcune politiche di azione in questa disciplina.

Il tema della sicurezza è garantita in tutti i sensi per l'utenza; in certe circostanze può essere l'operatore che viene a trovarsi in lievi situazioni di rischio visto il campo d'azione. Ci sentiamo comunque di avere garantito con alcune procedure consolidate anche questa tutela per l'operatore.

#### Soddisfazione

L'utenza ha espresso forte soddisfazione in questi anni per il lavoro prodotto e per il trattamento ricevuto dimostrando molto spesso una



gratitudine per un marcato miglioramento del proprio benessere psico-fisico-sociale e quindi della complessiva qualità della propria esistenza.

### Disturbi mentali

#### **Disturbi psicotici e nevrotici**

I disturbi mentali rappresentano una vasta area di situazioni patologiche che inficiano in larga misura il generale concetto di salute sotto il profilo psico-fisico-sociale, ma anche più strettamente esistenziale e lavorativo. Disturbi psicotici quali schizofrenia e gravi depressioni, ma anche disturbi di personalità che negli ultimi anni stanno sempre più diffondendosi, rendendo l'approccio terapeutico molto più complicato, sono le psicopatologie più ingravescenti.

Si affiancano ad essi disturbi nevrotici quali ansia cronica, attacchi di panico, fobie ecc., che, pur meno invalidanti, possono rendere la vita di alcuni pazienti particolarmente disagiata anche per periodi sensibilmente lunghi.

Nella nostra Azienda il DSM è la struttura di organizzazione, gestione e produzione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disturbo mentale delle persone per l'intero arco della vita.

È una struttura operativa che aggrega quattro Unità Operative: U.O. Dip. Territoriale psichiatria adulti, U.O. Degenza e Residenza psichiatria adulti, U.O. Dip. Neuropsichiatria, Psicologia e Riabilitazione della Età Evolutiva, U.O. Dip. Dipendenze Patologiche. Scopo del modello organizzativo è promuovere la multidisciplinarietà e la interdisciplinarietà ad ogni livello della rete dei servizi del DSM, attuando una effettiva integrazione con gli altri Servizi Sanitari e Sociali aziendali ed extra-ziendali, per fornire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo.

#### **Le aree di intervento**

Le seguenti quattro aree di intervento sono considerate prioritarie per la gestione globale della salute mentale.

- Promozione della Salute Mentale e prevenzione del disagio psichico, dei disturbi mentali e delle disabilità psicofisiche;
- Pronta e completa risposta all'emergenza – urgenza;
- Presa in cura e trattamento intensivo;
- Riabilitazione e trattamento prolungato finalizzato al reinserimento sociale.

La prima area ha come riferimento funzionale la comunità locale, le organizzazioni della società civile e i servizi distrettuali del DSM, in concreta collaborazione con gli Enti Locali.

La seconda e terza area hanno come riferimento funzionale la rete dei servizi territoriali e di ricovero del DSM e la loro articolazione con gli altri servizi sanitari e sociali.

La quarta area ha come riferimento funzionale la rete dei servizi del DSM in stretta integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali, valorizzando il rapporto dei servizi dipartimentali in particolare con le Cooperative Sociali per la formazione professionale e l'inserimento lavorativo della persona con disturbo mentale grave.

La famiglia, la scuola, le associazioni del terzo settore e gli enti locali sono strumenti indispensabili per rendere efficaci i processi di integrazione o di reintegrazione delle persone affette da disturbi mentali.

L'accessibilità ai servizi di primo e secondo livello, l'uso appropriato

delle tecniche e il rispetto dell'equità nella locazione delle risorse costituiscono i presupposti necessari per una politica dei servizi.

Nell'ambito dell'emergenza – urgenza gli obiettivi individuati sono: risposte pronte, 24 ore su 24, tecnicamente appropriate, facilmente accessibili e multidisciplinari; costruzione di programmi a forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale e definizione di percorsi terapeutici alternativi al ricovero ospedaliero.

Relativamente alla presa in cura gli obiettivi individuati sono: facilitazione dell'accesso ai servizi psichiatrici e di neuropsichiatria dell'età evolutiva; miglioramento della qualità e dell'organizzazione dei servizi di Salute Mentale con la definitiva attivazione del sistema informativo - informatizzato per la psichiatria adulti; l'integrazione del DSM con i Medici di Medicina Generale ed i pediatri, strutturando percorsi assistenziali condivisi per disturbi psichici minori e attivando una funzione di consultazione presso il Centro di Salute Mentale finalizzata a migliorare la qualità delle cure dei MMG alle persone con disturbi psichici comuni.

Relativamente alla riabilitazione ed in particolare per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica residenziale le linee di attività prevedono una più specifica articolazione delle strutture in diverse tipologie: residenze per trattamento intensivo (RTI), con assistenza sanitaria 24 ore su 24; residenze per trattamento protratto (RTP), con assistenza sanitaria non inferiore alle 12 ore e durata di ospitalità fino a 180 giorni; residenze per trattamento socio – riabilitativo, con assistenza sanitaria di almeno 6 ore, per progetti comunque a termine e strutture socio – assistenziali (comunità alloggio e gruppi appartamento), per persone dimesse dal DSM e ancora bisognose di assistenza sociale.

Particolare rilievo nello sviluppo di una politica di integrazione socio – sanitaria e per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza viene data alla parte dei Piani di Zona relativa agli interventi integrati socio – sanitari in ambito distrettuale.

#### Obiettivi generali

A partire dagli atti e dalle norme di riferimento, cardini della programmazione del Dipartimento, a garanzia di un percorso teso ad un reale miglioramento della qualità dei servizi, sono i seguenti punti:

- 1) Individuazione in ambito distrettuale di obiettivi e strategie operative derivati non solo dalle singole strutture/servizi, ma da una lettura integrata dei bisogni (si richiama il ruolo di committenza del Distretto) che si sviluppa sia all'interno dell'organizzazione dipartimentale, sia in modo più allargato nelle relazioni strutturate con gli altri servizi sanitari e sociali e con le altre risorse presenti nel contesto locale di riferimento. Ciò con la finalità di realizzare, in un'ottica di sanità pubblica, un Servizio di Salute Mentale di comunità, finalizzato alla prevenzione, cura, riabilitazione di disturbi mentali, in misura proporzionale alla loro gravità e quindi con diversa gradualità organizzativa, in collaborazione anche con le altre agenzie locali. L'approccio community based alla malattia mentale consiste nell'offrire cure e servizi vicini al luogo di vita, in rapporto con disabilità e sintomi, adatti alle diagnosi ed alle necessità individuali, in grado di soddisfare i bisogni, fondati sulla coordinazione fra professionisti della Salute Mentale e le Istituzioni del territorio. Per fare ciò la lettura organizzativa che proponiamo è quella di un modello a rete,

che tende quindi a superare la segmentazione dei servizi riproponendo una logica "di sistema" integrato all'interno ed all'esterno della struttura dipartimentale.

2) Rispetto dei principi etici che orientano la definizione dell'organizzazione e quindi dei processi assistenziali nella rete dei servizi:

- Autonomia come capacità da parte dei servizi di mantenere e promuovere l'indipendenza, di rinsaldare gli aspetti sani di ogni paziente, permettendo nello stesso tempo il controllo dei sintomi,
- Continuità degli interventi sia in una dimensione longitudinale, temporale, sia in una dimensione trasversale, che attraversa più contesti interni ed esterni al DSM,
- Efficacia nella pratica, cioè benefici dei trattamenti erogati in condizioni di vita reale,
- Accessibilità, anche come caratteristica percepita da utenti e familiari in relazione alla possibilità di ricevere trattamenti in tempi e luoghi adeguati,
- Globalità degli interventi da intendersi sia come disponibilità integrata di tutte le componenti dei servizi, sia come capacità di risposte diversificate a partire dalla gravità clinica e da variabili psicosociali,
- Equità anche nella scelta delle priorità e quindi dei criteri di allocazione delle risorse,
- Responsabilità sui processi più complessi,
- Coordinamento nei piani di trattamento dei pazienti più gravi atto a garantire continuità e globalità,
- Efficienza intesa sia come minimizzazione degli input sia come massimalizzazione degli esiti.

3) Piena coerenza con i fondamenti scientifici a partire da una lettura, anche se ancora parziale, dei bisogni, fino alla declinazione di una articolazione organizzativa e quindi di processi assistenziali che, a partire dalla adozione di strategie diagnostico-terapeutiche efficaci, siano in grado di garantire appropriatezza negli interventi.

Obiettivi di medio-lungo periodo

Obiettivi generali, in una prospettiva di medio-lungo periodo, sono quindi:

1) Consolidamento di una organizzazione di base (che fa riferimento alla attuale organizzazione delle Unità Operative) e sviluppo della integrazione nel territorio di riferimento attraverso interventi che vedono coinvolti con gli operatori della équipe del DSM, operatori, équipes afferenti a diversi servizi sanitari e sociali, agenzie, risorse naturali del territorio. Ciò adottando una strategia che prevede un atteggiamento attivo rivolto ai medici di medicina generale (come nella attuale organizzazione dei CSM), ai familiari, alle associazioni ed ad altri servizi per realizzare piani preventivo-terapeutico-riabilitativi personalizzati, diversificati anche per quanto attiene l'uso integrato delle risorse, in un'ottica di continuità e globalità, affrontando congiuntamente problemi comunque variamente correlati alla salute mentale della popolazione quali le relazioni affettive e sociali, l'abitare, il lavoro (si richiama il verbale di accordo sulle politiche per la salute mentale e per il Welfare locale). La realizzazione di tale obiettivo è collegata agli obiettivi specifici delle singole Unità Operative del DSM, alle modalità organizzative e dalle attività finalizzate alla loro realizzazione. Ogni

"microprocesso" dovrà pertanto integrare due esigenze: da un lato mantenere una forte centralità progettuale e unitarietà operativa, che si fonda sulla pluriprofessionalità del lavoro in équipe, sulla globalità e continuità degli interventi sul coordinamento degli stessi, dall'altro articolare un'offerta complessa che inevitabilmente tende a proiettarsi verso altre aree di operatività sanitaria e sociale esterna al Dipartimento.

2) Sviluppo degli interventi specialistici orientati alla prevenzione, cura, riabilitazione di disturbi mentali gravi da collocare come priorità (vedi P.O. Tutela Salute Mentale) nella programmazione attraverso:

a) Un ulteriore sviluppo e diversificazione della rete dei servizi per il trattamento in acuto come risposta all'emergenza-urgenza. A partire dall'esperienza positiva dell'attuale organizzazione, connotata da una forte integrazione fra Unità Operative del DSM e fra queste ed i Dipartimenti Ospedalieri (DEA in particolare), si moduleranno ulteriori trasformazioni per garantire una maggiore efficacia relativamente all'intervento sulla crisi in condizioni di assistenza alternativa al ricovero ospedaliero. Tutte le U.O. del DSM sono coinvolte, ma con diversa intensità e quindi con diverse modulazioni organizzative. Complessivamente però in DSM assicura una risposta continua all'emergenza – urgenza attraverso l'integrazione delle UU.OO. del DSM e di queste con altri servizi. Ad oggi l'integrazione è definita da specifici protocolli:

- Protocollo con Dipartimento di Emergenza Accoglienza ospedaliero
- Protocollo con DEA e NPEE per adolescenza
- Protocollo con U.O. Dipendenze Patologiche
- Protocollo per effettuazione TSO e altro con Polizia Municipale.

b) Una maggiore definizione, correlata a precise valutazioni cliniche e psico-sociali, degli interventi più complessi di assistenza continuativa, a lungo termine, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, da realizzare sia con risorse dei servizi di salute mentale, sia con l'integrazione di risorse esterne. Il processo clinico assistenziale in oggetto richiede azioni coordinate ed integrate lungo assi di riferimento non solo sanitari, ma anche di pertinenza socio-assistenziale. E' pertanto necessario presidiare un insieme di aree la cui reciproca interconnessione supera i distinti ambiti di competenza tecnica - specialistica che devono tuttavia essere affrontati in un insieme integrato nelle varie fasi del processo. Per tanto dovranno essere declinate a livello di macro processo dipartimentale modalità strutturate di collegamento con altre aree sociali e/o sanitarie coinvolte; si fa riferimento all'esigenza di definire protocolli collaborativi con il Consorzio dei servizi Sociali e con il Dipartimento delle Cure Primarie, tali da prevedere l'effettiva integrazione nell'offerta di prodotti – prestazioni afferenti a diverse strutture organizzative. L'organizzazione e le strategie operative delle singole UU.OO. dovranno quindi essere orientate a garantire sia prodotti – prestazioni coerenti con il progetto, sia specifiche modalità di coordinamento interne al DSM ed esterne. Le azioni progettate

unitariamente dall'équipe, saranno coordinate e monitorate da un responsabile.

- 3) L'attivazione graduale di un intervento complessivamente più articolato sull'adolescenza che, a partire dalle esperienze organizzative in atto, consenta di modulare progetti terapeutici tempestivi ed appropriati su forme di disagio conclamato e una attenzione mirata alla individuazione della popolazione a rischio. Tale intervento, data la attuale configurazione strutturale dei Dipartimenti in ambito Distrettuale, collega il DSM con il Dipartimento delle Cure Primarie; dovrà quindi essere contenuto in un programma integrato, da sviluppare all'interno del DSM.
- 4) Definizione sul tavolo del welfare di un accordo di programma con il Privato Sociale e con gli altri soggetti istituzionali che, in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali consenta di sviluppare progetti sia in ambito assistenziale e riabilitativo residenziale, sia per quanto attiene i percorsi di formazione professionale, transizione ed inserimento lavorativo degli utenti dei servizi. Le esperienze già avviate testimoniano che, con la piena e concreta partecipazione ed impegno dei soggetti in campo, è possibile sia integrare percorsi riabilitativi con interventi di orientamento e formazione professionale, sia realizzare l'obiettivo di reinserimento sociale e lavorativo di utenti oggi a totale carico sanitario. E' chiaro che l'impegno di Azienda e Comuni ad utilizzare gradualmente l'apporto lavorativo del Privato Sociale (Coop B) in merito ad alcuni servizi oggi affidati ad altri soggetti esterni costituisce risorsa base per questo processo.

### 3.1.3. I gruppi vulnerabili

#### Anziani

Si rimanda al capitolo 7 del documento.

#### Immigrati

Nell'arco dell'ultimo decennio i cittadini stranieri dei Comuni del Circondario sono aumentati di quasi il 350% (sono quasi quadruplicati) La richiesta più comune è quella di un alloggio.

E' rilevante che recentissimamente sia attivo al Consorzio uno sportello di informazione e orientamento al lavoro.

Circa gli elementi più strettamente clinici l'epidemiologia della Tubercolosi in Italia evidenzia che una percentuale in aumento di malati è rappresentata da soggetti provenienti da zone ad alta endemia tubercolare immigrati nel nostro paese. Il rischio è massimo nei primi anni di soggiorno in quanto frequentemente queste persone alloggiano in strutture precarie, sovraffollate e non riscaldate, con un'alimentazione spesso carente e con difficile accesso ai servizi sanitari.

Per tale motivo dal 1998 AUSL di Imola provvede ad eseguire in questi soggetti lo screening gratuito per evidenziare l'infezione o la malattia tubercolare. Questa attività di screening è rivolta in primo luogo ai bambini e ragazzi che devono essere inseriti in collettività scolastiche e agli adulti da inserire in collettività lavorative. La possibilità di eseguire gli esami viene inoltre offerta ed organizzata anche per i familiari e conviventi che si trovano nelle stesse condizioni di rischio.

Approccio  
multidisciplinare

Gravi disabili

Nel nostro territorio vi è un'alta conoscenza delle problematiche indotte dall'aver in famiglia un disabile adulto: più del 40% degli abitanti del comprensorio afferma infatti di conoscere per esperienza diretta o indiretta le difficoltà inerenti alla gestione di un disabile adulto. Ciò che si pone attualmente sono però anche i problemi conseguenti all'invecchiamento della persona con disabilità fisica, mentale o psichica.

Una stima recente ci dice che la quasi totalità degli utenti in carico ai servizi per handicap adulto non saranno in grado di vivere in modo autonomo alla scomparsa dei familiari e avranno perciò necessità di una soluzione residenziale assistita.

Si rileva che mentre i casi di disabilità congenita sono in lieve calo (anche per merito della diagnostica prenatale), le disabilità dovute a patologie invalidanti e le invalidità traumatiche che si rivolgono ai servizi sono in costante aumento (es. sul "modello statunitense" sta "andando di moda" tra le altre cose fare richiesta di disabilità da danno psichico, emotivo o esistenziale).

Questo è un esempio estremo ma occorre soffermarsi su come il concetto di disabilità si è oggi ampliato: si rivolgono al servizio Handicap adulto persone che per esiti di malattia (es. diabete) si trovano in una situazione che fino a pochi anni fa non sarebbero stati molte volte considerati utenti destinati a tali servizi.

In sintesi, mentre le caratteristiche e le esigenze degli utenti sono sensibilmente cambiate, la rete dell'offerta si è solo in parte adattata mantenendo accentuazione sugli aspetti educativi e riabilitativi, spesso non del tutto adeguati ai bisogni di utenti divenuti adulti dove è la qualità della vita uno dei fattori da implementare.

Al di là di questa ampia premessa va comunque sottolineato come in questo campo la nostra Azienda ha agito preferendo sempre un approccio multidisciplinare, plurispecialistico e integrato.

Le competenze professionali scese in campo per i progetti riabilitativi individuali complessi sono quelle del fisiatra, del fisioterapista, del riabilitatore funzioni cognitive e del responsabile gestione ausili. Tali operatori operano all'interno di un team nel quale viene formulato e aggiornato il singolo progetto riabilitativo.

Nel caso di alcuni progetti particolarmente complessi, come pazienti gravi disabili da marcata cerebrolesione, è stata attivata un'equipe socio-sanitaria che con regolare cadenza elabora ed aggiorna il progetto assistenziale.

È stato di rilevante importanza l'integrazione con il Consorzio Servizi Sociali che mettendo a disposizione propri professionisti, coinvolgendo giovani paraplegici nostri concittadini, ha portato con gli operatori dell'Asl, a migliorare la conoscenza e la sensibilità sui problemi quotidiani del grave disabile.

Per rispondere alla necessità di favorire una tempestiva risposta riabilitativa già in regime di ricovero, si è garantito nella fase di post acuzie, un percorso estensivo che prevede possibili trasferimenti presso case di cura specialistiche pianificando poi una continuità terapeutica alla dimissione ospedaliera.

Circa l'appropriatezza delle prestazioni erogate sono stati elaborati protocolli che definiscono la committenza, la tipologia e le

caratteristiche delle prestazioni prodotte.

Per quanto attiene gli interventi residenziali i progetti riabilitativi individuali vengono elaborati con la consulenza dei fisioterapisti dell'Azienda; si sono poi assegnate alle strutture per anziani operatori dipendenti dell'asl.

In area ambulatoriale si è svolta attività rivolta a pazienti con miopia.

#### Maternità e infanzia

#### Neonati a rischio neurologico

I minori rappresentano circa il 15% della popolazione del circondario.

Il servizio che si è occupato di maternità e infanzia è stato negli ultimi anni l'unità operativa neuropsichiatria età evolutiva.

Tra gli interventi di maggior importanza si evidenzia il follow up neuropsichiatrico dei neonati a rischio neurologico effettuato in integrazione con la pediatria del presidio ospedaliero; questa attività è divenuta uno dei prodotti della U.O. ed è stata descritta in dettaglio in una specifica pubblicazione interna dal titolo "la dimissione e l'assistenza al neonato a rischio, percorsi integrati Ospedale- territorio per l'assistenza e il follow-up". In integrazione sono stati attuati anche progetti riguardanti la donazione del sangue cordonale, il consolidamento del percorso diagnostico-terapeutico per I.V.G., il percorso diagnostico terapeutico per l'invio all'ospedale delle gravidanze a rischio, il progetto per lo streptococco.

Negli ultimi anni si è consolidata l'attivazione del progetto per la dimissione del neonato sano, attraverso il quotidiano contatto tra ostetriche e puerpere (circa un migliaio all'anno), e si è potenziata l'assistenza alla gravidanza fisiologica (263 nel 2002 di cui 50 donne straniere, 295 nel 2003 di cui 82 donne straniere.) A proposito dell'ottica interculturale si è collaborato con l'associazione "Trama di terre" e l'Assessorato Pari Opportunità del nostro Comune organizzando il convegno "Materni Mondì" al fine di approfondire, in questa visione, i vari percorsi della maternità. L'attenzione alle donne straniere e ai loro figli è stata quindi negli anni sempre più intensa (230 donne straniere in carico nel 2002, 329 in carico nel 2003.); sono stati importanti sotto questo profilo momenti formativi rivolti alle mediatri operanti nel settore sanitario.

Sono aumentate nell'ultimo triennio le visite domiciliari nelle situazioni puerperali a rischio psicosociale o psichiatrico con relativa presa in carico terapeutica.

Sul tema dell'educazione sanitaria si è svolta attività consultoriale all'interno delle scuole.

#### Prevenzione dei disturbi dell'adolescente

Per la prevenzione dei disturbi dell'adolescente sono stati effettuati specifici progetti di educazione sanitaria in collaborazione con il Consorzio Servizi Sociali, Unità Operative psichiatria e Settore "Nuove droghe\ nuovi consumi dell' U.O. Dipendenze Patologiche.

Si ritiene importante anche l'attività di consulenza psicologica per affrontare le problematiche relazionali di coppia e relative all'assunzione del ruolo genitoriale.

Nell'ambito più strettamente riservato all'infanzia non si sono verificati incrementi di ricoveri di neonati già dimessi, ad indicare che la dimissione del neonato sano all'inizio della terza giornata di vita implica che i criteri per definirlo tale sono stati attentamente verificati. La stretta collaborazione tra professioniste ostetriche del territorio e del

“Percorso nascita”

presidio ha permesso di definire in maniera appropriata le priorità di assistenza a domicilio.

Sempre sulla base dell'importanza dell'integrazione degli interventi, due operatori dell'U.O. Neuropsichiatria Età Evolutiva partecipano ogni anno al "percorso nascita" organizzato e gestito dal Consultorio familiare del Dipartimento Cure Primarie e recentemente è stato redatto un protocollo con il C.S.S. sulle aree riguardanti i minori con disabilità e i minori in stato di grave disagio familiare.

Circa la Pediatria di Comunità vi è stata importante partecipazione all'attuazione di programmi intersettoriali quali: un corso di educazione alimentare per la prevenzione dell'obesità e un progetto per un utilizzo appropriato degli antibiotici nei bambini.

“Libretto di salute”

La Pediatria di Comunità ha inoltre coordinato l'elaborazione del "libretto di salute" che viene consegnato ad ogni neonato al momento della dimissione ospedaliera de ne contiene la lettera di dimissione; da quel momento i pediatri di libera scelta utilizzarono tale strumento in occasione di visite o bilanci di salute. Questo libretto contiene oltre al diario clinico anche note di educazione sanitaria e raccomandazioni circa il trattamento di patologie più comuni e l'uso dei servizi sanitari aziendali.

Altra attività della Pediatri di Comunità è la partecipazione al progetto aziendale di sorveglianza attiva per la prevenzione tbc, con le previste procedure.

Circa le vaccinazione nei confronti dei minori è stata redatta congiuntamente alla Pediatria di Comunità e all'U.O. Prevenzione Malattie Infettive, la procedura operativa per la raccolta dell'anamnesi prevaccinale e il riconoscimento delle controindicazioni cliniche alla somministrazione del vaccino.

In tema di continuo aggiornamento si è realizzato un corso comune fra Pediatri di libera scelta e operatori U.O.N.P.E.E. sul tema della diagnosi neuropsichiatria nella fascia 0-3 anni. E' stato svolto inoltre un corso interno dal titolo " Dalla diagnosi alla presa in carico nei disturbi di sviluppo in prima infanzia". In collaborazione con le scuole sono stati svolti corsi annuali di aggiornamento sulla prevenzione dei disturbi specifici di apprendimento.

Circa la progettualità e i margini di migliorabilità del settore si prevede un potenziamento del counselling effettuato da parte di fisioterapisti, logopedisti, neuropsichiatri infantili e psicologi su genitori e i loro figli, nei casi di lievi ritardi dello sviluppo linguistico-comunicativo o psicomotorio.

Andranno potenziate anche terapie brevi madre-bambino o madre-padre-bambino sui disturbi della relazione o di regolazione dei bambini (ora si privilegiano i casi di disturbo grave multisistemico del bambino). Sono anche previsti incontri con insegnanti, educatori e persone che comunque sono a contatto con i bambini che non rientrano in patologie gravi e conclamate oltre a gruppi di preadolescenti o adolescenti con psicopatologie e/o disturbi cognitivi di entità più o meno grave al fine di migliorarne l'integrazione sociale.

### 3.2. La partecipazione delle scelte in sanità

#### I Piani per la Salute

E' stata ricercata e studiata la percezione dei cittadini riguardo ai



problemi di salute espressa nelle cartoline-questionario compilate dalla popolazione in un quantità rilevante (8.386) nella estate del 2002. Con grande omogeneità rispetto alla geografia del territorio ma anche alle classi sociali ed anagrafiche, l'indicazione è stata, nell'ordine, per:

- inquinamento
- incidenti stradali
- droga
- aiuto agli anziani

e, con minor frequenza,

- fumo
- stress
- alcool
- povertà
- solitudine
- alimentazione
- infortuni sul lavoro.

La Conferenza dei Sindaci, su proposta degli organi del PPS (Coordinatori, Governo, Parlamento) ha scelto di concentrare gli interventi migliorativi della comunità sui primi tre temi esprimendo quindi una scelta di programmazione guidata da una precisa politica della salute.

Nel corso del 2004 è dunque proseguito l'impegno volto a fare procedere con celerità il lavoro dei Piani per la Salute, garantendone il significato di momento di massimo coinvolgimento di tutte le responsabilità della collettività locale, non solo di tipo sanitario ma anche di tipo istituzionale e del mondo produttivo, nell'individuazione di risposte per i più critici problemi di salute del nostro territorio.

La funzione dell'AUSL si è esercitata principalmente con la messa a disposizione delle necessarie competenze sul piano organizzativo e sul piano scientifico, partecipando ai lavori delle tre commissioni che sono state istituite su quelle che la comunità ha ritenuto le criticità più rilevanti: l'infortunistica stradale, la tossicodipendenza, l'inquinamento ambientale.

Ci si attende, per l'anno in arrivo, la produzione di precisi documenti da parte delle citate commissioni, utili ad orientare l'operato di tutte le realtà, pubbliche e private, che hanno condiviso il percorso sino ad oggi. La funzione di stimolo che la nostra Azienda può esercitare risulta fondamentale perché tale risultato si produca.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica, è orientato ad adeguare la sua organizzazione e gli strumenti di cui dispone, affinché le proprie conoscenze tecniche e scientifiche possano concretamente arricchire il lavoro delle Commissioni. In questa direzione va lo sviluppo di una innovativa funzione epidemiologica.

E' infatti necessario individuare precisi indicatori volti a misurare l'andamento delle principali criticità individuate nel percorso sino ad oggi compiuto per i Piani per la Salute (tossicodipendenza, infortunistica e inquinamento ambientale), con un puntuale e periodico monitoraggio degli stessi indicatori, unico strumento utile per dimostrare l'efficacia delle eventuali risposte implementate.

In questo ambito si provvede routinariamente al monitoraggio sulla qualità dell'aria comprendendo anche il supporto tecnico alle amministrazioni comunali e la comunicazione alla popolazione. Per

**“Politica dei servizi”**

quanto riguarda la prevenzione degli incidenti stradali è in corso di realizzazione la raccolta ed elaborazione delle informazioni disponibili con la istituzione di un “Osservatorio” locale per costruire una mappa del fenomeno fondato sulle informazioni del 118, ma anche per costruire un monitoraggio di una casistica particolare ma numerosa di incidenti stradali: quelli legati all’attività lavorativa sia durante il lavoro che nel tragitto casa- lavoro (incidenti in itinere).

La evidenza che le classi di età più giovane hanno dato al problema “droga”, indicato al primo posto nel 50% delle 2.679 cartoline di cittadini con età tra 14 e 30 anni, ci orienta a curare nei prossimi anni con nuovo impegno e continuità una azione formativa–informativa sul tema in sinergia con tutti i soggetti coinvolti.

Nei prossimi anni il Piano per la Salute vedrà una fase più centrata sugli interventi migliorativi dei determinanti di salute nella intera comunità che nella creazione di un percorso metodologico specifico; rimarrà comunque attivo il Coordinamento del progetto in capo all’Azienda Sanitaria.

Due dei problemi di salute individuati vedranno un intervento, anche di merito, delle competenze residenti nel DSP (inquinamento) ed uno sviluppo di una nuova capacità di operare su un problema di salute (incidenti stradali) che rileva per gravità e diffusione del danno indotto ma che non ha tradizionali competenze di prevenzione nel sistema sanitario.

La “concertazione” del PAL

Nel sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna gli strumenti di pianificazione e successiva programmazione non si limitano alla definizione del Piano Sanitario Regionale in applicazione del Piano Nazionale bensì si fondano su ulteriori atti i cui contenuti devono essere definiti a livello di ambito territoriale di riferimento di ciascuna Azienda U.S.L.

Si tratta dei Piani Attuativi Locali che rappresentano la specificazione territoriale della configurazione organizzativa, quali-quantitativa dei servizi con cui il settore sanitario si impegna localmente a contribuire al raggiungimento degli obiettivi definiti nel Piano Per la Salute.

In questa logica il Piano Attuativo Locale dell’Azienda U.S.L. di Imola, per il triennio 2004-2006, si connota, rispetto ai precedenti piani attuativi ed in armonia con le indicazioni della Conferenza di area metropolitana, per interessare l’assetto organizzativo globale dei servizi – natura, volume, distribuzione di risorse e relazioni – e per definire il sistema complessivo delle regole che reggono al governo degli indirizzi del Piano Attuativo Regionale.

**Stakeholders**

Il Piano è caratterizzato da un intenso lavoro di analisi dell’esistente, dal coinvolgimento della dirigenza dell’Azienda Sanitaria e degli “stakeholders” (enti locali, organizzazioni sindacali, volontariato) allo scopo di ottenere il massimo impegno e riconoscimento degli elementi essenziali che costituiscono il Piano che si è andati a formulare.

**Strumento di concertazione**

Per la Direzione dell’Azienda il Piano è quindi uno strumento di concertazione su due fronti: da un lato con l’Assessorato in coerenza alla pianificazione regionale, dall’altro con gli Enti Locali, le Organizzazioni sindacali ed i cittadini per condividere ed orientare le scelte e bisogni.

**Percorso di consultazione**

Dall'inizio dell'anno 2004, infatti, è stato avviato un percorso di consultazione, caratterizzato da una fase di ampia discussione, ascolto e concertazione con i Comuni del Circondario imolese – attraverso la presentazione del Piano ai rispettivi Consigli e con i rappresentanti delle OO.SS. confederali, di categoria e degli utenti coinvolgendo anche tutti i professionisti dell'Azienda (sia dipendenti che convenzionati) in merito ai contenuti del suddetto Piano; sono inoltre state ascoltate ed interpellate le Associazioni di volontariato, le Cooperative Sociali ed i Forum quali organismi di garanzia alla partecipazione dei cittadini presenti sul territorio..

In particolare il percorso di consultazione è stato caratterizzato da n°19 presentazioni di cui n°16 in forma pubblica in cui si è impegnata direttamente la Direzione Generale supportata dall'Alta Direzione (Direttori di Articolazione) nel periodo che va dal 30.01.2004 al 19.03.2004; durante tali iniziative sono state espresse indicazioni ed osservazioni che, raccolte e coordinate nei loro principi essenziali, laddove possibile e compatibilmente con la filosofia del Piano, sono state oggetto di integrazione del Piano stesso, ai fini della redazione del documento finale.

E' stato poi raccolto il parere favorevole da parte del Collegio di Direzione in data 16.03.2004 e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria dell'imolese che lo ha approvato in via definitiva in data 22.03.2004.

Nel corso dell'anno 2005 e nell'anno successivo verrà quindi attivata una procedura di monitoraggio delle azioni avviate, in linea con la programmazione aziendale, in una logica non semplicemente di verifica e di rendicontazione ma di confronto con i soggetti con cui, attraverso l'ampio percorso concertativo effettuato, si è definito e condiviso il PAL 2004-2006.

Il ruolo di programmazione e verifica strategica della CTSS

*D.Lgs. 229/1999  
"Riforma del Servizio  
Sanitario"  
L.R. 29/2004 ad oggetto  
"Norme generali  
sull'organizzazione ed il  
funzionamento del  
Servizio Sanitario  
regionale"*

In attuazione del D.Lgs.229/1999 di Riforma del Servizio Sanitario le norme regionali, in particolare la L.R. 19/1994 e s.m.i. e la recente L.R. 29/2004 ad oggetto "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario regionale" hanno ridisegnato un nuovo modello di relazioni tra Ente Regione, Enti Locali ed Aziende Sanitarie basato sul pieno coinvolgimento di ciascun livello di governo al processo decisionale e su di una concreta collaborazione tra ogni attore del sistema.

**Compiti e funzioni**

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (C.T.S.S.) – composta dai Sindaci dei Comuni appartenenti all'ambito territoriale dell'Azienda U.S.L. e dal Presidente della Provincia di Bologna – ha l'obiettivo di valorizzare e potenziare il ruolo degli Enti Locali nel governo della sanità rappresentando quindi l'innesto nella valutazione e verifica del grado di coerenza della politica dei servizi alla politica di salute.

Nello specifico, a fianco dei compiti e delle funzioni di natura consultiva, propulsiva e di amministrazione attiva già previsti (tra cui l'espressione di parere obbligatorio su Piano Programmatico, Bilancio pluriennale di previsione, Bilancio Economico preventivo, Bilancio d'Esercizio) la recente L.R. 29/2004 attribuisce alla C.T.S.S. un ruolo centrale di governo con atti di alta amministrazione quali il parere sulla nomina del Direttore Generale da parte della Regione nonché la

possibilità di chiedere alla Regione stessa la verifica del Direttore anche al fine della revoca dell'incarico.

Ma il vero elemento di novità è rappresentato dalla promozione, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli Enti territoriali, della partecipazione dei Consigli Comunali e dei Consigli Provinciali alla definizione dei Piani attuativi locali (PAL) nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari ivi compresa la promozione delle strategie ed interventi volti alla promozione della salute ed alla prevenzione anche attraverso i Piani per la Salute.

Nell'Azienda U.S.L. di Imola la C.T.S.S. si riunisce periodicamente (n° 10 riunioni all'anno) e non si limita agli adempimenti previsti dalla normativa legislativa e regolamentare bensì ha avviato un percorso di collaborazione e costante relazione/informazione con la Direzione aziendale con particolare riguardo alla Pianificazione di breve e medio periodo ed ai Bilanci economici preventivi e d'Esercizio in correlazione con lo sviluppo dei processi di concertazione con l'Assessorato Regionale alla Sanità.

Nel territorio imolese l'approvazione dell'ultimo PAL 2004-2006 ha visto non soltanto la Direzione aziendale ed i Direttori di Articolazione coinvolti, ma ha trovato Sindaci informati e competenti nelle varie fasi del dibattito portato in tutti i Consigli Comunali.

La prospettiva che ora si prefigura è l'applicazione dell'art.11 co.1 della L.R. 6/2004 che, in un'ottica di semplificazione e razionalizzazione del sistema amministrativo regionale, prevede l'unificazione, in capo ad un'unica Conferenza, di organismi collegiali composti da amministratori degli Enti locali con competenza in diverse materie tra cui la Sanità ed i Servizi Sociali.

Per la perfetta corrispondenza tra ambito territoriale dell'Azienda U.S.L., Consorzio Servizi Sociali e Nuovo Circondario imolese, l'Azienda ha avviato con gli Assessorati regionali competenti un percorso per giungere, possibilmente nel corso dell'anno 2005, alla definizione di un Accordo tra i Sindaci dei Comuni del Circondario, la Provincia di Bologna e la Regione Emilia-Romagna al fine di unificare, in capo alla Giunta del Nuovo Circondario, le funzioni di indirizzo e programmazione nell'Area delle Politiche Sanitarie e Sociali e le ulteriori competenze attribuite dalla vigente normativa alla C.T.S.S.

#### Il CCM

Si rimanda al capitolo 5 del documento.

#### Il ruolo del volontariato

Il volontariato nel nostro comprensorio rappresenta una riserva di antiche tradizioni, fondata sui principi solidaristici della comunità cittadina imolese.

Progetti per la risoluzione di problematiche e la risposta a bisogni emergenti

E' rappresentato da Associazioni impegnate nell'organizzazione e realizzazione di attività, oltre che culturali sportive e ricreative, anche volte alla promozione e finalizzazione di progetti legati alla risoluzione di problematiche o alla risposta di bisogni emergenti.

La presenza del volontariato sul territorio garantisce una continua spinta sui concetti di promozione e di cambiamento. Anche all'interno del recente sistema dei servizi il volontariato è e dovrà sempre di più essere, come in effetti prevedono le nuove norme legislative, un soggetto fondamentale nella elaborazione e progettazione dello

stesso sistema.

Le seguenti associazioni di volontariato che andiamo a citare non vogliono assolutamente essere la descrizione del globale panorama presente nella nostra realtà ma ne sono una realtà tangibile:

- A.A.D.D. (assistenza anziani e disabili a domicilio e ospedaliera)
- A.I.D.O. onlus Imola (Donazione organi)
- ANT (assistenza nazionale tumori)
- Gruppo auto mutuo aiuto "A PORTE APERTE" (psichiatria, depressi con vita normale)
- Associazione "ALZHEIMER IMOLA"
- Associazione "CA' DEL VENTO" (casa accoglienza ex degenti ospedale psichiatrico)
- Associazione "C.A.T." club alcolisti in trattamento-ACAT
- Associazione "FAMIGLIE PER L'ACCOGLIENZA"
- Associazione "LA GIOSTRA" (fam. Down)
- Associazione Onlus "INSIEME PER IL DOLORE"
- Associazione "RETINITE PIGMENTOSA"
- Associazione "SI.R.I." Assistenza e tutela dei malati oncologici e dei loro familiari
- Auser Imola
- A.V.I.S. Imola
- Associazione "E PAS E TEMP" Psichiatria
- Associazione "GLUCASIA" rivolto a diabetici
- "A.V.O.D." volontari in ospedale
- Associazione Italiana "CELIACA" sez. emilia-romagna
- Casa di accoglienza "ANNA GUGLIELMI" (parenti di ricoverati osp. di Montecatone)
- "IL PONTE AZZURRO" (attività ricreative bimbi ricoverati in Pediatria.
- "GRUPPO AMICI INSIEME" (attività per persone con handicap)
- "INSIEME PER UN FUTURO MIGLIORE" (affido estivi bimbi Chernobyl)
- "LA CICORIA" ( casa accoglienza donne maltrattate)
- "SOCIETA' SAN VINCENZO DE' PAOLI" (visite a domicilio bisognosi)
- ANGLAD (genitori di tossicodipendenti)
- U.N.I.T.A.L.S.I. (trasporto malati e disabili)
- U.N.I.V.O.C. (volontario per ciechi)

L'educazione sanitaria e la comunicazione per la salute

Si rimanda al capitolo 5 del documento.

Le scelte informate e consapevoli

Si rimanda al capitolo 5 del documento.

### 3.3. Equità di accesso e di trattamento

La distribuzione dei servizi sul territorio e le reti integrate di servizi

**Medici di Medicina Generale** I Medici di Medicina Generale (mmg) convenzionati sono 97, suddivisi in 8 Nuclei di Cure Primarie che possono essere definiti moduli organizzativi della rete clinica distrettuale, che erogano prestazioni integrate ad una popolazione che va dai 10 ai 25.000 abitanti, in aree territoriali omogenee e dalle caratteristiche geomorfologiche simili.

	<p>All'interno dei NCP i mmg possono aggregarsi in forme associative (gruppo, rete, associazione) che hanno lo scopo di migliorare l'accessibilità degli assistiti, prevedendo un ampio orario di apertura degli ambulatori, le visite su appuntamento, l'intercambiabilità, in certe condizioni, dei medici appartenenti all'associazione.</p> <p>Nella nostra Azienda nel 2003 i medici in associazione erano così suddivisi: 31 medici (32%) in 9 medicine di gruppo; 31 medici (32%) in 5 medicine di rete; 23 medici (24%) in medicine di associazione, per un totale di 85 medici associati (88%).</p> <p>E', inoltre attiva, nel territorio di Castel S. Pietro, l'esperienza della Porta Medicalizzata che garantisce l'accesso a tutti gli assistiti del Comune ad un ambulatorio di medicina di base, associato ad una presenza infermieristica, dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì e dalle 8 alle 12 il sabato.</p> <p>I mmg garantiscono, inoltre, l'assistenza domiciliare nelle forme di ADP, ADPR ed ADI, già descritte in altra sede, e partecipano ai processi che mirano alla continuità assistenziale, come le dimissioni protette.</p> <p>Alcuni mmg prestano servizio presso strutture protette situate nel territorio aziendale, in convenzione con l'AUSL.</p>
<b>Pediatri di Libera scelta</b>	<p>Anche fra i Pediatri di Libera scelta l'associazionismo è molto sviluppato: su un totale di 18 pediatri, 11(61%) sono in associati in gruppo, offrendo, in tal modo, gli stessi vantaggi dei mmg, fra cui le visite per appuntamento.</p> <p>Anche i pls partecipano alle dimissioni protette di bambini problematici, ne garantiscono la presa in carico sul territorio, nell'ambito del processo di continuità assistenziale. Partecipano, inoltre, ai programmi di dimissione precoce del neonato sano (che mira ad abbreviare i tempi di degenza post partum) ed alla presa in carico del neonato a rischio.</p>
<b>Pediatria di Comunità</b>	<p>I principali servizi offerti dalla Pediatria di Comunità sono le vaccinazioni obbligatorie e facoltative dell'età pediatrica, che vedono la performance della nostra Azienda costantemente ai primi posti della Regione.</p> <p>Altre funzioni sono quelle della prevenzione delle malattie comunitarie, attraverso le visite nelle scuole, l'attività di programmazione ed indirizzo delle modalità di alimentazione nelle mense scolastiche, oltre alla attività clinica ambulatoriale per i bambini che decidano di accedere agli ambulatori del Servizio.</p> <p>Infine svolge funzione di integrazione con l'Ospedale e la pls per problemi inerenti i processi di continuità assistenziale.</p>
<b>Servizio Infermieristico territoriale</b>	<p>Il Servizio Infermieristico territoriale ha come mission fondamentale l'assistenza e la cura dei pazienti al proprio domicilio, ritenuto il luogo ottimale di cura, quando le condizioni del paziente lo rendano possibile. Tale servizio viene erogato sia dal solo infermiere, nelle attività specificamente ed esclusivamente infermieristiche, sia in collaborazione con le altre figure componenti l'assistenza domiciliare integrata (ADI) : il mmg, l'assistente sociale e, soprattutto, con il principale care giver dell'assistenza a domicilio: il nucleo familiare col quale viene stretto un patto di azione comune e di integrazione operativa, nel rispetto dei ruoli e delle competenze.</p> <p>Il Servizio infermieristico domiciliare è attivo nell'arco delle ore diurne</p>

	<p>dal lunedì al sabato ed, in forma ridotta per le sole prestazioni indifferibili, la domenica.</p> <p>Il Servizio Infermieristico organizza, attraverso la gestione del Punto Unico, le dimissioni protette e l'attivazione dell'ADI.</p> <p>Garantisce attività ambulatoriale di prestazioni sanitarie con due ambulatori collocati nelle sedi di Imola e di Medicina.</p> <p>Partecipa all'UVG territoriale, in tutte le attività specifiche di tale organismo (erogazione dell'assegno di cura, accesso alle strutture territoriali, piani di assistenza ...).</p> <p>Molto del personale addetto all'assistenza infermieristica delle strutture protette è dipendente dall'AUSL e, pertanto, in stretta e positiva relazione operativa con la Dirigenza Infermieristica e Medica del Distretto.</p>
<b>Consultorio Familiare</b>	<p>Il Consultorio Familiare svolge molteplici funzioni nell'ambito della prevenzione e della terapia per utenti diversi sul territorio.</p> <p>Lo spazio giovani è un servizio di libero accesso che offre assistenza soprattutto psicologica agli adolescenti in difficoltà, sia con servizi specificamente ambulatoriali che con forme di relazione diverse, come gli accessi alle scuole dove si offre agli alunni la possibilità di conoscere e discutere dei principali problemi dell'adolescenza, come un sito internet che dà la possibilità di affrontare problemi con una relazione di tipo "lettera".</p> <p>L'attività di ostetricia ginecologia si caratterizza per la presa in carico, prevalentemente, della gravidanza fisiologica, soprattutto delle fasce di popolazione più deboli, oltre che svolgere funzioni clinico - diagnostiche classiche (come l'ambulatorio di ecografia). Il processo di presa in carico non si interrompe con il parto, ma prosegue, a richiesta, anche nei primi tempi dopo la nascita, particolarmente delicati per la madre. In questo ambito esiste una relazione anche con la mediazione culturale, che facilita il rapporto con le donne migranti.</p>
<b>Servizio Farmaceutico</b>	<p>Il Servizio Farmaceutico svolge attività di coordinamento delle farmacie pubbliche e private del territorio, alle quali sono delegate anche funzioni che si inscrivono in un ambito di collaborazione col servizio pubblico aziendale, come quelle di CUP – cassa relative alle prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali.</p>
<b>Specialistica ambulatoriale</b>	<p>Esercita attività di governo della spesa attraverso la raccolta dei dati relativi alla qualità e quantità del consumo farmaceutico territoriale, la partecipazione alla Commissione Terapeutica aziendale (e regionale) per definire linee di azione mirate alla appropriatezza dell'uso dei farmaci.</p> <p>Collabora alla distribuzione diretta sul territorio dei farmaci prescritti ai pazienti in ADI e dei pazienti con piano terapeutico individuale.</p> <p>Alcune attività specialistiche sono garantite esclusivamente da medici specialisti che operano sul territorio (come la Dermatologia e l'Odontoiatria), altre sono erogate in stretto coordinamento funzionale con le equivalenti branche ospedaliere (come la ORL, l'Oculistica).</p> <p>Gli specialisti ambulatoriali, inoltre, garantiscono gli accessi domiciliari, su richiesta del mmg, per i casi in AD.</p> <p>Per quanto riguarda i dati sulle strutture territoriali, si rimanda alla relazione specifica.</p>

Argomento distribuito nelle  
tematiche già affrontate

### La medicina "proattiva"

Questa impostazione della medicina trae le sue basi da alcune acquisizioni moderne.

La prima acquisizione enfatizza l'elemento economico, culturale e sociale della persona quale fattore determinante, non solo per la possibilità di accedere equamente ai servizi, ma ancor prima per decodificare e leggere in modo lucido e cosciente la propria condizione di salute ed i bisogni sanitari (in senso lato) ad essa connessi. E' definitivamente dimostrato che chi si trova svantaggiato sul piano sociale, non comprende in modo adeguato il rischio che promana per la propria salute dai Fattori di Rischio già ampiamente noti, né dai comportamenti e dalle abitudini che generano quegli stessi FR.

La seconda acquisizione sottolinea che, gli stessi livelli dei condizionanti sociali di cui sopra, anche a fronte di entità patologiche che siano già esordite, collocano la persona in una posizione diversa, (svantaggiosa per bassi livelli sociali) non permettendo ad essa di comprendere pienamente, ai fini del contrasto dell'aggravamento e delle complicanze della stessa patologia, la necessità di monitorare la stessa in modo costante e sistematico.

Dunque, se in un panorama epidemiologico caratterizzato dal prevalere di patologie ad impronta acuto-evolutiva, una medicina "d'attesa" può ancora essere eticamente accettabile, in quanto si può presumere che il corredo sintomatologico conduca comunque la persona a contatto con i servizi, così certamente non è se prevalgono patologie cronico-degenerative.

In questo caso (che è quello concretamente sperimentato entro le società economicamente sviluppate, quali la nostra) prevalgono infatti condizioni patologiche a genesi multifattoriale, con rilevanti legami etiologici nel contesto e nell'ambiente, patologie spesso tra loro variamente concomitanti ed intrecciate, a protratta latenza tra inizio fisiopatologico ed esordio delle manifestazioni cliniche (esempio: l'aterosclerosi), con forti asimmetrie negli esiti a seconda del modello assistenziale in cronico.

Di fronte a queste condizioni, risulta quindi indispensabile sia sul piano etico che dell'efficacia degli interventi clinici che del costo efficacia, sviluppare la medicina "proattiva" cioè gli interventi che vanno "a cercare" le situazioni a rischio (prevenzione primaria) e a monitorare le condizioni cliniche manifeste (prevenzione secondaria o delle complicanze), la cui storia naturale può essere misurata in decenni.

In caso contrario, specie in condizione di risorse definite, il rischio della medicina "di attesa", applicata su un tale contesto, è di mettere quelle risorse a disposizione di un target limitato di popolazione (verosimilmente quello meno "grave", o più sano) a cui consentire l'accesso autodeterminato a interventi ripetivi e tendenzialmente ridondanti.

E' ovvio che una impostazione sanitaria di tale tipo, deve porre l'accento non solo sulla condizione morbosa in quanto tale (logica specialistica) ma affrontarla in un ambito più globale di lettura, del soma e della sfera psichica, del contesto relazionale, economico e sociale. I Servizi più direttamente chiamati in causa sono quelli territoriali (Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento di Sanità



Pubblica, Dipartimento Salute Mentale nelle sue U.O. Territoriale e delle Dipendenze Patologiche, che devono andare a cercare negli ambienti a rischio di disagio psichico e di emarginazione i soggetti esposti, es. quelli potenzialmente a contatto con sostanze) i quali, con la collaborazione dei Servizi Sociali e dell'articolazione della società civile, possono altresì impegnarsi nello sviluppo di esperienze volte a promuovere salute, anziché a contrastare malattia. I determinanti della salute sopra descritti, possono essere tutti affrontati in questo modo ed anche la maggioranza delle Patologie prevalenti che trovano ponte e integrazione tra Distretto e Presidio: un esempio per tutti il diabete.

Infine l'area dei Gruppi Vulnerabili deve vedere attivata e consolidata pienamente questo genere di medicina.

#### I percorsi assistenziali e la presa in carico

#### Linee guida

La presa in carico dell'utente e i percorsi di assistenza che si trova ad effettuare trovano nella nostra Azienda precise linee guida e sono caratterizzati da una forte integrazione tra la varie tappe che comunemente un utente si trova ad affrontare. Il medico di medicina generale è per sua natura in genere il primo riferimento per qualsiasi disagio psico-fisico-esistenziale che ognuno di noi in qualche momento della propria vita può esperire. Se la situazione non viene risolta a questo livello il percorso assistenziale porta l'utente verso aree più specialistiche, fino ad possibile ricovero. In tutto questo iter non viene però mai a mancare uno stretto collegamento tra i professionisti che si occupano della situazione patologica nelle sue tappe progressive. L'esistenza poi dei Piani per la Salute e dei Piani di Zona rendono l'integrazione tra i servizi dell'Azienda e tra l'Azienda e il Consorzio dei Servizi Sociali molto efficiente e garante di una continuità senza soluzione.

Un ultimo accenno sulla presa in carico per sottolineare quanto venga intesa sempre di più in modo multiassiale (cioè con l'approfondimento della situazione fisica, psicologica e sociale del soggetto).

#### Le liste di attesa

#### Tempi di attesa per il ricovero

Durante il 2004 è stato implementato uno strumento informatico utile per monitorare i flussi di ricoveri ospedalieri, sia come produzione interna che come flussi di mobilità passiva "Cruscotto". Sono stati organizzati dei corsi di formazioni indirizzati ai professionisti ospedalieri, in modo da rendere autonome le U.O. nelle verifiche dei loro obiettivi. Lo strumento è stato conseguentemente diffuso all'interno dei dipartimenti.

Tra i vari indicatori inseriti vi è stato il monitoraggio dei tempi di attesa per alcune patologie, oggetto di monitoraggio anche regionale:

- cataratta
- tumori
- protesi d'anca
- coronarografie

Parte di queste tipologie di interventi sono diventati obiettivi di priorità del 2004, essendo anche all'interno delle schede di budget dei diversi dipartimenti.

#### Tempi di attesa per

L'AUSL di Imola, già dal 2003 ha avviato un processo di concertazione con le OOSS, con il CCM e con la Conferenza Socio Sanitaria

prestazioni di specialistica  
ambulatoriale

Territoriale atto a monitorare periodicamente le prestazioni critiche ambulatoriali, utile per migliorare i tempi di risposta. Lo standard adottato è stato quello regionale, fissato in un massimo di 30 giorni dalla prenotazione per le visite ed un massimo di 60 dalla prenotazione per le prestazioni di diagnostica strumentale, salvo eccezione preventivamente concordato con le organizzazioni sopra citate.

Sulla base di specifici indirizzi regionali, l'AUSL ha prodotto un documento in cui esplicitava gli "Interventi per il miglioramento delle attese per prestazioni di specialistica ambulatoriale", approvato nel dicembre del 2004 dalla Conferenza territoriale sociale e Sanitaria.

All'interno del documento l'Azienda ha declinato le azioni da implementare per ottenere un miglior controllo dei tempi di attesa ed ha costituito il "Centro Servizi Ambulatoriali di nuova e specifica individuazione (istituito con delibera aziendale n.12 e n. 13 dell'8 febbraio 2005), a cui commissionare quanto esplicitato all'interno del documento.

Il nuovo modello di ospedale

La mission del presidio ospedaliero dell'Ausl di Imola è in primo luogo quella di soddisfare localmente la domanda di assistenza di ricovero della popolazione residente, nell'ambito delle funzioni di base e di media specialità di cui è dotato.

Per le funzioni di alta specialità, il presidio ospedaliero è integrato nella rete regionale di queste discipline, e riconosce, secondo i dettami della programmazione regionale, la gerarchia dei centri di riferimento sovrazionali, e la centralizzazione della casistica presso questi centri, dotati del necessario repertorio di competenze e tecnologie.

L'assistenza in ospedale, in linea con gli orientamenti prevalenti nei servizi sanitari dei paesi sviluppati, è stata sempre più essere centrata, nel corso degli ultimi anni, sul livello di intensità di cure più elevato; in altri termini si è promosso un modello di ospedale che ha ristretto progressivamente il proprio ambito di intervento al trattamento degli episodi di malattia nella fase acuta o di immediata post-acuzie, per quei quadri clinici che per severità e complessità, non potevano trovare risposte di pari efficacia nell'ambito dei servizi territoriali di tipo domiciliare, ambulatoriale o residenziale.

Il percorso di progressiva deospedalizzazione che è stato intrapreso è efficacemente rappresentato dai seguenti grafici, che riportano le serie storiche relative alla dotazione di posti letto dell'AUSL e del tasso di ospedalizzazione standardizzato relativo alla popolazione residente.

A tutt'oggi la dotazione di posti letto dell'AUSL di Imola, come da indirizzi della programmazione attuativa locale, è allineata agli standard definiti dalla programmazione regionale per l'assistenza ospedaliera, e cioè 4 posti letto per acuti per 1.000 abitanti, di cui il 10% in regime diurno, e 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la funzione di lungodegenza e riabilitazione estensiva.

La filosofia di cura che è sottesa ai ragionamenti sopra riportati è che, nell'ambito di un sistema a risorse sempre più limitate, non solo e banalmente è opportuno economizzare nelle cure ospedaliere, ma è necessario massimizzare ciò di cui dispone, cioè, a parità di condizioni, occorre scegliere quei profili di trattamento che producono i migliori

risultati per gli assistiti, optando, quando è utile, su percorsi alternativi di assistenza. Vi è poi anche un problema di equità, in quanto estendere in modo incontrollato i trattamenti specialistici di alta qualificazione ai casi meno complessi, può anche significare sottrarre trattamenti indispensabili a chi ne ha effettivo bisogno.

L'ospedale continua ad essere un punto centrale ed essenziale del sistema delle cure, ma l'evoluzione del quadro demografico (in termini di invecchiamento della popolazione) ed epidemiologico (verso la cronicità e la polipatologia) ha imposto una profonda rivisitazione dei tradizionali modelli di assistenza.

Il progresso biomedico e tecnologico consente infatti oggi di curare sempre di più, ma di guarire sempre di meno; a fronte di straordinari progressi conseguiti in molti settori, in termini di miglioramento della sopravvivenza o della qualità della vita, assistiamo parallelamente ad un incremento straordinario del numero di soggetti che abbisognano di percorsi assistenziali di lunga durata, in molti casi "di vita".

L'ospedalizzazione tradizionale, con un accesso ed un periodo di degenza che esaurisce il fabbisogno assistenziale, non è più la risposta adatta per i pazienti portatori di patologie croniche.

L'ospedalizzazione diurna, l'ospedalizzazione saltuaria e la dimissione protetta, l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza domiciliare integrata, in forma continuativa, con i servizi sanitari che sostengono la persona nel proprio ambito di vita, dovranno essere le forme da sviluppare maggiormente.

La gestione dei problemi di salute dei cittadini non può più oggi essere definita e programmata da singoli soggetti o settori, ma deve avvenire in una logica di rete con forte connotazione di integrazione degli interventi dell'ospedale e del territorio, considerando la presenza di livelli differenziati di intensità e complessità di cura, e basandosi su criteri e modalità operative condivise fra i diversi soggetti responsabili dell'assistenza.

In ospedale il modello organizzativo che meglio risponde a questa esigenza assistenziale è senza dubbio quello dipartimentale, che supera la logica della iper-settorializzazione degli interventi e delle specialità mediche per sviluppare risposte differenziate, flessibili ed integrate, aderenti alla variabilità dei bisogni degli utenti. Le finalità della organizzazione dipartimentale sono infatti rappresentate dalla integrazione delle risorse umane, strutturali, tecnologiche ed economiche assegnate, e dalla loro ottimale utilizzazione, in modo tale da produrre un miglioramento della qualità dell'assistenza.

In tale ottica è stato ridisegnato il ruolo degli stabilimenti ospedalieri di Imola e Castel S.Pietro, entrambi indispensabili, ma il più possibile complementari ed integrati fra di loro, in modo da evitare inutili ed inefficienti duplicazioni di funzioni.

Lo stabilimento ospedaliero di Imola rappresenta la sede elettiva per il trattamento dell'emergenza-urgenza; è sede delle cure ad elevata intensità assistenziale (terapie intensive e semi-intensive) e dei servizi di diagnosi e cura a più elevato grado di complessità (TC, RM, Immunoematologia e trasfusionale, Anatomia Patologica, Laboratorio Analisi, Farmacia Ospedaliera).

Lo stabilimento ospedaliero di Castel S.Pietro rappresenta la sede elettiva per le attività di chirurgia programmata a ciclo diurno o con

breve ricorso alla ospedalizzazione e per le cure long-term a bassa complessità (Lungodegenza post-acuzie, Riabilitazione estensiva, Hospice).

Lo sviluppo della funzione ospedaliera è stato sostenuto, compatibilmente con le risorse disponibili, con un importante piano di rinnovamento strutturale, tecnologico ed informatico, con l'obiettivo di migliorare le caratteristiche di affidabilità, flessibilità, socialità e di appropriatezza che hanno caratterizzato da sempre gli stabilimenti dell'Ausl.

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

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

#### Premessa

L'azienda ha impostato le proprie scelte nell'ottica di valorizzazione delle competenze professionali di ciascuno, nella ricerca di un clima collaborativo tra tutti gli operatori.

La dimensione territoriale ed il radicamento delle strutture sanitarie nel territorio, fanno sì che l'azienda sanitaria sia la maggiore realtà aziendale per numero di dipendenti.

La provenienza dei dipendenti dell'azienda è prevalentemente locale; pertanto il livello di partecipazione ed il senso di appartenenza alla stessa sono naturalmente elevati.

I dipendenti in totale sono 1714.

#### 4.1.1. Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Le forme di partecipazione da parte dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali ed alla gestione operativa sono differenziate. Come ovvio alcune tra queste rispondono ad organismi previsti dalla normativa, in altri casi l'azienda ha reputato opportuno istituire gruppi di lavoro o entità funzionali nell'ambito dei quali meglio realizzare scelte condivise in merito alla gestione operativa ed alla definizione delle strategie aziendali.

*Richiami normativi*  
D.Lgs. 502/1992  
D.Lgs. 254/2000  
L.R. 19/1994  
L.R. 29/2004

#### Collegio di Direzione

Il ruolo e le funzioni del Collegio di Direzione nel governo aziendale sono definite, dalla normativa nazionale (D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. in particolare il D.Lgs. 254/2000) dalla normativa regionale (L.R. 19/1994 e s.m.i.e dalla recente L.R. 29/2004) e dall'atto aziendale.

In particolare la recente L.R. n°29/2004 ha definito il Collegio di Direzione come organo dell'Azienda U.S.L. analogamente al Direttore Generale ed al Collegio Sindacale, con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

*Il collegio si riunisce mediamente ogni 30 giorni*

In attesa delle direttive regionali e dall'entrata in vigore del D.Lgs. n°254/2000 che ha introdotto il Collegio di Direzione, le Direzioni Generali che si sono succedute al governo dell'Azienda U.S.L. di Imola hanno convocato il Collegio per n° 46 volte (da ottobre 2000 ad oggi) e, come si può evincere dai verbali delle riunioni, il Collegio stesso è stato coinvolto per le seguenti attività/funzioni/competenze:

**Attività nelle quali è stato coinvolto il Collegio di Direzione**

- l'individuazione di componenti dei collegi tecnici per la valutazione dei dirigenti al termine dell'incarico ed eventuale rinnovo;
- l'individuazione di un componente nelle commissioni per il conferimento degli incarichi di struttura complessa di Area Sanitaria;
- l'approvazione del Piano Formativo aziendale annuale;
- la periodica informazione ai componenti del Collegio in merito alla

- situazione economica ed ai Piani di rientro;
- la periodica informazione ai componenti del Collegio in merito alle verifiche sull'andamento di Bilancio in corso d'anno e alle indicazioni dell'Assessorato Regionale espresse in sede di concertazione;
- la condivisione, a cadenza annuale, delle linee guida per la negoziazione di budget;
- l'informazione e la condivisione degli atti di programmazione di volta in volta adottati dall'Azienda (PAL 2004/2006, Piano investimenti, Programma Ricerca ed Innovazione ecc...) nonché delle risultanze finali degli strumenti contabili quali Bilancio economico preventivo, Bilancio pluriennale, Bilancio d'Esercizio;
- l'informazione e la condivisione delle linee di indirizzo da seguire nella Contrattazione Collettiva Integrativa, in particolare della Dirigenza;
- l'informazione e la condivisione di progetti specifici di particolare rilevanza connessi al miglioramento della qualità assistenziale (es. B.P.C.O., miglioramento assistenza paziente P.S., U.C.I.O. ecc.)

*Delibere inerenti*

*Organizzazione su base dipartimentale aziendale*

*N. 245/1997*

*N. 517/1997*

*N. 55/1998*

*N. 848/1999*

*N. 201/2001*

*N. 362/2001*

*N. 39/2003*

Coordinamento dei Dipartimenti

Con delibera DG N. 245/1997 è stata istituita l'Organizzazione dei servizi sanitari su base dipartimentale nell'ambito del presidio ospedaliero dell'azienda USL di Imola, con delibera DG N. 848/1999 è stato adottato il regolamento definitivo per il funzionamento dei dipartimenti Ospedalieri, in seguito la struttura di dipartimento, in termini di modello organizzativo, è stata estesa ad altri ambiti aziendali.

Il Coordinamento dei Dipartimenti (o Consiglio Interdipartimentale) si riunisce periodicamente con cadenza almeno trimestrale, è composto dal responsabile del presidio ospedaliero che lo presiede, dal responsabile amministrativo del presidio, dai responsabili di Dipartimento, dai responsabili infermieristici di dipartimento, e dal responsabile infermieristico aziendale. Ha il compito di verificare la conformità dei comportamenti e dei risultati con gli obiettivi generali assegnati.

Promuove verifiche periodiche sulla qualità dei servizi prestati e sul gradimento da parte dei pazienti, garantisce la collaborazione e l'informazione nei confronti di tutti i componenti di dipartimento.

Nel corso del 2004 il coordinamento dei dipartimenti si è riunito 4 volte.

Governo Clinico

L'azienda ha operato al fine di definire un ambito organizzativo capace di promuovere la politica del Governo Clinico e di appropriarsi degli strumenti che possano permettere la sua realizzazione e pratica.

L'organizzazione operativa del Governo Clinico (momenti, strumenti e persone) è incentrata fondamentalmente sull'Unità Operativa, sul Dipartimento e sul Collegio di Direzione.

Il Direttore Sanitario Aziendale rappresenta la figura che, essendo parte integrante del processo di decisione strategico aziendale, si confronta sia con il Direttore Generale sia con gli Uffici e le funzioni di staff per rappresentare e portare a sintesi le necessità di "governance" clinica con le risorse e funzioni presenti.

*Delibera di*

*approvazione della*

*"L'Organizzazione della*

*Direzione Sanitaria*

*aziendale finalizzata al*

*governo clinico"*

*87/2003*

*Delibera di*

*approvazione*

*Regolamento CESU*

*98/2004*

Nello sviluppo della politica di Governo Clinico il Direttore di Dipartimento diviene figura centrale nella funzione di gestione delle risorse economiche e degli aspetti della qualità clinica (la pratica professionale).

Il Dipartimento è la struttura di riferimento del corretto utilizzo dei metodi e degli strumenti del Governo Clinico:

- sviluppa una pratica medica orientata, nel trattamento del paziente, alla medicina basata sull'evidenza, all'audit clinico, alle linee guida, alla gestione e comunicazione del rischio, all'Accreditamento;
- diviene l'interfaccia tra il governo generale dell'Azienda (la Direzione strategica) ed il governo clinico operativamente praticato, nell'ambito degli indirizzi definiti dal Dipartimento, dai Dirigenti delle Unità Operative negli ambiti di responsabilità ed autonomia propri.

Il 13 ottobre 2003 veniva affidato dal Direttore Generale l'incarico di Coordinamento delle Aree di Staff della Direzione Sanitaria Aziendale al Responsabile dell'Area Accreditamento e Qualità. Si è, pertanto, costituito il tavolo del governo clinico composto dal Direttore Sanitario, dai Direttori delle articolazioni sanitarie, dai Responsabili di Dipartimento e dai Rappresentanti dei MMG.

L'Organizzazione della Direzione Sanitaria aziendale finalizzata al governo clinico ha definito quali aree funzionali:

- Area Accreditamento e Qualità
- Area Efficacia Clinica (CESU Clinical effectiveness Support Unit)
- Area Sviluppo organizzativo
- Area Committenza e Controlli
- Area Direzione Scientifica e Formazione

è stata inserita quindi successivamente

- Area Rischio e Sicurezza Aziendale (ARSA).

In questo modo l'Azienda ha assunto una diretta responsabilità, riconducibile alla figura del Direttore Sanitario, del miglioramento continuo della qualità dei servizi e della salvaguardia degli standard di assistenza, creando un contesto nel quale si possa sviluppare l'eccellenza.

Il concetto di "Governo clinico" implica il convergere di una serie di leve di tutto il sistema in una prospettiva di rivisitazione critica degli elementi strutturali, organizzativi, professionali, culturali dell'assistenza erogata a qualsiasi livello; si tratta di un sistema di governo che responsabilizza politici, manager, professional e cittadini finalizzata a definire la qualità, assicurare le responsabilità ed implementare il miglioramento in modo reciprocamente controllabile da parte dei vari stakeholder del sistema assistenziale, basandosi sulle seguenti premesse:

- Condivisione multidisciplinare perché governare la pratica clinica significa porre l'accento sul coinvolgimento attivo e l'integrazione dei diversi attori e sulla buona operatività dei team di operatori di servizi;
- Perseguimento di obiettivi di qualità ed economicità, misurabili e monitorabili attraverso precisi indicatori e standard;
- Responsabilizzazione in una prospettiva di rendere conto agli stakeholder, e di darne evidenza;
- Empowerment del paziente-utente e della comunità attraverso

**Principi e premesse di riferimento per l'attuazione del Governo Clinico**

l'informazione, la trasparenza ed il fattivo coinvolgimento di tutti gli attori, politici, manager, professional, comunità.

Nel proporre un governo dell'organizzazione sanitaria finalizzato alla qualità e responsabilità clinica è evidente l'opportunità che si offre alla componente professionale medica di riprendere un ruolo centrale di effettiva dirigenza.

Tuttavia, ogni pratica di governo, per essere effettiva, necessita di individuare e sviluppare ruoli e strumenti operativi che la legittimino e dei quali ci si sia appropriati tecnicamente e culturalmente.

#### Area Efficacia Clinica (CESU)

La Cesu costituisce l'organismo tecnico a livello trasversale di cui si avvalgono il Direttore Sanitario, i Direttori di Dipartimento e Direttore Servizio Infermieristico e Tecnico per la realizzazione del sistema di Governo Clinico.

#### **Funzione trasversale all'Azienda**

Si occupa di pratiche assistenziali che coinvolgono più di un dipartimento e i Medici di Medicina Generale. Fornisce supporto e competenze alla Commissione Terapeutica Locale, al Comitato Infezioni Ospedaliere ed al Comitato Etico. Su indicazione del Direttore Sanitario e del tavolo del Governo Clinico, i membri della CESU partecipano a commissioni, gruppi aziendali e interaziendali, che affrontano temi specifici per i quali è richiesta la loro competenza.

#### **Funzione per il Dipartimento**

Il Direttore di Dipartimento si avvale del referente dipartimentale della qualità clinica per l'esercizio delle responsabilità di governo clinico. Il referente dipartimentale raccoglie le indicazioni dal Direttore di Dipartimento e dalle Unità Operative, formula la proposta al Comitato di Dipartimento e coordina il programma dipartimentale per il governo clinico.

#### **Sviluppare competenze e ruoli delle professioni sanitarie**

Nel corso dell'anno 2004 l'attività di tale organismo ha realizzato i seguenti obiettivi, (molti di carattere formativo):

- sono state raggiunte le competenze necessarie per svolgere attività formativa EBM Base, in particolare sono stati formati n. 4 docenti interni;
- è stata completata la formazione E.B.M. di base all'interno del Presidio Ospedaliero con il corso base del DEA;
- è stato effettuato un corso EBM base per il Distretto con docenti interni a cui sono stati invitati due MMG per nucleo di cure primarie nonché personale sanitario non medico del Distretto;
- sono stati effettuati n. 2 corsi pre-core curriculum con docenti interni;
- è iniziato il corso avanzato per i MMG (2 giornate).
- si è tenuto un corso formativo su "Evidence Based Nursing" con docenti interni;
- è proseguita la formazione del gruppo EBM Avanzato con un totale di n.7 incontri;
- sono state implementate le linee-guida sul Doppler mediante n. 4 edizioni del Corso di formazione "Utilizzo appropriato dell'ecodoppler" tenuto da medici dell'Azienda;
- si è proceduto alla revisione antibiotico-profilassi in chirurgia.
- È stato sviluppato il percorso clinico-organizzativo della BPCO e del tumore polmonare;
- nell'ambito del gruppo EBM avanzato, è stato dato mandato ad un



sottogruppo di iniziare un audit sull'utilizzo della Troponina, valutando le Linee Guida presenti in letteratura per adattare alla nostra realtà. Il lavoro ha prodotto la stesura di un protocollo è stato inviato ai Direttori delle Unità Operative per una prima valutazione;

- è stata affidata allo CESU il coordinamento di 4 gruppi tecnici su appropriatezza dell'utilizzo di alcune classi farmaceutiche:
  - o gruppo Gastrointestinali
  - o gruppo Cardiovascolari
  - o gruppo Muscolo-scheletrico
  - o gruppo Respiratorio

tutti i gruppi hanno prodotto un documento tecnico di appropriato uso dei farmaci e di indicatori per la valutazione del comportamento prescrittivi che è stato presentato al Collegio di Direzione nel mese di dicembre.

Il 2004 è stato l'anno in cui la CESU ha iniziato ad essere coinvolta in modo stringente nelle problematiche afferenti al Governo Clinico Aziendale.

Il coinvolgimento nello specifico si è manifestato nel supporto tecnico-metodologico di progetti aziendali, quali la BPCO e l'utilizzo appropriato dei farmaci, che hanno richiesto un impegno costante nel tempo di alcuni medici.

L'anno che si è concluso si è caratterizzato quindi dal progressivo trasferimento della CESU da un piano prettamente formativo ad un piano applicativo delle conoscenze EBM a livello locale.

#### 4.1.2. Gestione del rischio e della sicurezza

##### Gestione del rischio (626)

*Delibera DG 1070/1995  
Istituzione SPP  
Delibera DG 233/1998  
modifica assetto SPP  
Delibera DG N. 81/2003  
- modifica assetto SPP*

In riferimento alla gestione del rischio e della sicurezza l'azienda ha strutturato il Servizio di Prevenzione e Protezione, ex D.Lgs. 626/94, autonomamente in staff alla Direzione Generale.

Il servizio Prevenzione e Protezione ricopre le funzioni e i compiti previsti dalla specifica normativa vigente, al fine di favorire un miglior coordinamento delle attribuzioni.

Sono redatti e progressivamente aggiornati dal Servizio i seguenti documenti:

- Documento di "Valutazione rischi",
- Piani di emergenza antincendio
- Piano quadriennale di interventi effettuati e da effettuare per il miglioramento di sicurezza e salute in azienda e relativi costi.

Mediamente sono destinati ad interventi di miglioramento della sicurezza sui luoghi di lavoro circa 250000 € annui, oltre ai quali si consideri che ogni nuovo acquisto o investimento strutturale garantisce la coerenza ed adeguatezza al disposto normativo.

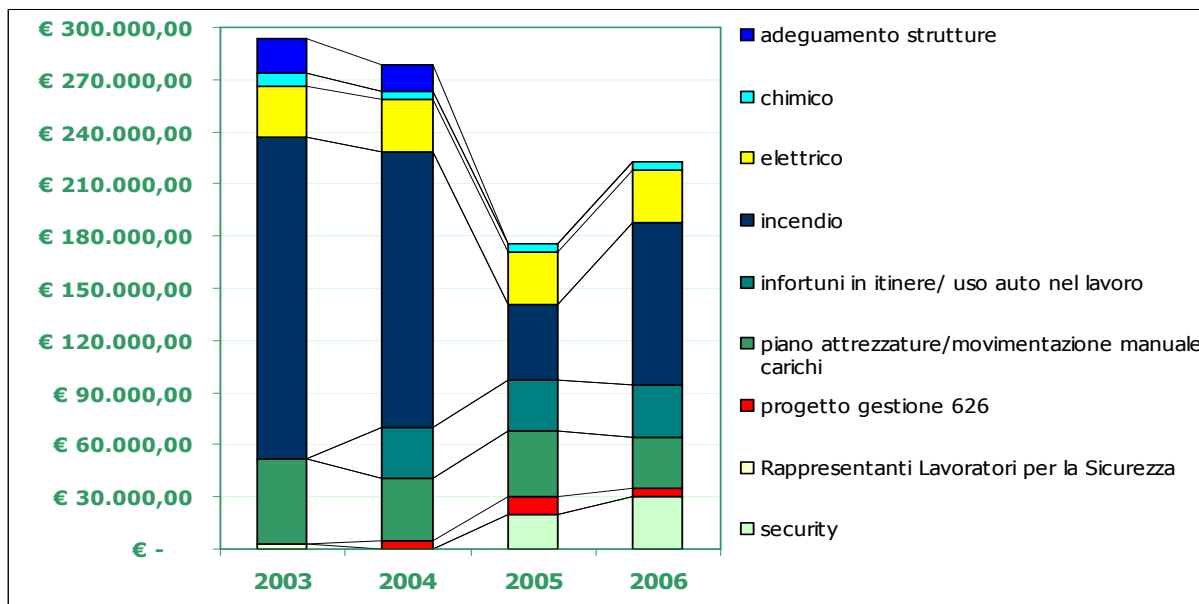
Sono inoltre definiti su base annuale i piani formativi ex art. 21 e 22 D.L. 626/94, corsi su sicurezza e salute, che via via si sono inseriti nel PAF aziendale (vedi cap. Formazione).

Le più significative attività svolte ed i conseguenti risultati raggiunti nel corso del 2004 corrispondono a:

- elaborazione di un progetto che garantisca la gestione del rischio aziendale in modo integrato e globale (programma ARSA);

- individuazione delle interfacce, delle strutture di supporto (Board del Rischio, della rete dei Referenti);
- attività di formazione ai sensi dell'art. 22 D.L. 626/94 e mod., per completare la formazione agli operatori in tal senso (rischio incendio, la movimentazione dei carichi, il rischio biologico);
- formazione sul campo a sostegno della revisione delle procedure relative alla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito, al trattamento degli endoscopi;
- formazione sul rischio biologico e sulla prevenzione agli studenti Infermieri, OSS;
- formazione dei neoassunti;
- formazione e informazione aziendale sulla SARS;
- attività di valutazione dei rischi del Polo Sanitario di Medicina
- attività di monitoraggio infortuni;
- attivazione del processo di valutazione del rischio radiologico al fine di una nuova classificazione del radio esposto, in itinere.

**Grafico 21 - 1 Piano delle azioni 2003-2006 per il miglioramento della sicurezza nei luoghi di lavoro - Sintesi impegno economico**



#### Andamento infortunistico

#### Dati Statistiche infortuni

Fonte:

RAPPORTO ANNUALE  
SULL'ANDAMENTO  
INFORTUNISTICO  
NELL'AZIENDA USL DI  
IMOLA

ANNI 2000 - 2001 -  
2002 - 2003 - 2004

D.ssa M.Cristina Carraro

L'andamento infortunistico aziendale del 2004 registra un calo complessivo degli eventi, in linea con le previsioni generali espresse dall'INAIL.

Il totale aziendale di tutti gli infortuni occorsi nell'anno 2004 è di 165, contro i 194 del 2003.

Annualmente vengono elaborati i dati relativi agli infortuni sul lavoro, la reportistica ha una profondità storica di 8 anni, si riportano di seguito alcune tavole particolarmente significative.

**Tabella 53 – Tavola riepilogativa Infortuni con indici e rapporto con n.ro dip. Ore lavorate**

ANNO	NUMERO DIPENDENTI	ORE LAVORATE	GG. ASSENZA TOT.	DURATA MEDIA ASSENZA	TOT INFORTUNI	INFORTUNI RISCHIO BIODIP.	INFORTUNI MOVIM. MANI	INFORTUNI DIVERSI	INFORTUNI IN ITINERE	INDICE DI FREQ. ANNUA	INDICE DI GRAVITA'	INDICE INCIDENZA	INDICE INCID. RISCHIO BIODIP.	ASSENZA MEDIA
2000	1708	2.539.593	1982	11,39	174	58	11	86	19	0,069	780	10,19	3,4	1,16
2001	1705	2.516.353	1875	10,14	185	70	9	90	16	0,074	745	10,85	4,11	1,1
2002	1661	2.453.629	2289	13,46	170	50	15	90	15	0,069	933	10,23	3,01	1,38
2003	1637	2.405.622	2648	13,65	194	71	25	82	16	0,081	1101	11,85	4,34	1,62
2004	1666	2.479.921	2294	13,9	165	58	15	76	16	0,067	925	9,9	3,48	1,38

**LEGENDA**

DURATA MEDIA INFORTUNIO:	GG.TOTALI INFORTUNIO/N° TOTALE INFORTUNI
INDICE FREQUENZA ANNUA:	N° INFORTUNI*1.000.000\ ORE LAVORATE
INDICE DI GRAVITA':	GG.TOT. INFORTUNIO*1.000.000\ ORE LAVORATE
INDICE INCIDENZA:	N° INFORTUNI/TOTALE DIPENDENTI*100
INDICE INCIDENZA RISCHIO BIOLOGICO :	N° INFORTUNI R. BIOLOGICO/TOTALE DIPENDENTI*100
ASSENZA MEDIA PER ADD.:	GG.TOTALI ASSENZA/N° ADDETTI

**1° causa di inidoneità alla mansione**

*Disturbi del sistema muscolo scheletrico*

*Fonte*

**SORVEGLIANZA**

**SANITARIA**

**ANNO 2003**

**SINTESI DEI RISULTATI OBIETTIVI E PROPOSTE**

*A cura medico*

*compentente dott.*

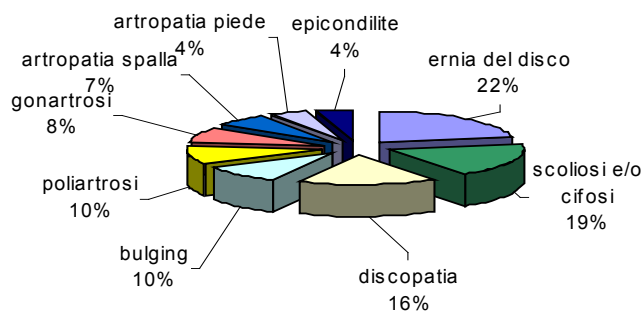
*Pompei*

**Sorveglianza Sanitaria**

L'apparato muscolo-scheletrico si conferma come in passato l'apparato più colpito, con particolare riferimento al rachide; le spondilartropatie funzionali (SAP) riscontrate sono 133 e mantengono la prevalenza di circa il 30% di cui oltre la metà di 2° e 3° livello. Le principali patologie confermate dalla diagnostica per immagini sono 91 pari al 19,4% di tutti i lavoratori visitati.

Al fine di ridurre il rischio sono state attivate alcune misure: Valutazione del rischio MM pazienti nei reparti ospedalieri secondo criterio MAPO, classificazione degli ambienti di lavoro con una mappatura a colori, censimento ausili, acquisizione ausili minori e maggiori (da completare), acquisizione barelle regolabili in altezza, sostituzione delle ruote dei letti di degenza, formazione, follow up dello stato di salute.

**Grafico 22 - Prevalenza patologie muscolo-scheletriche ASP 2003**



**2° causa di inidoneità alla mansione**

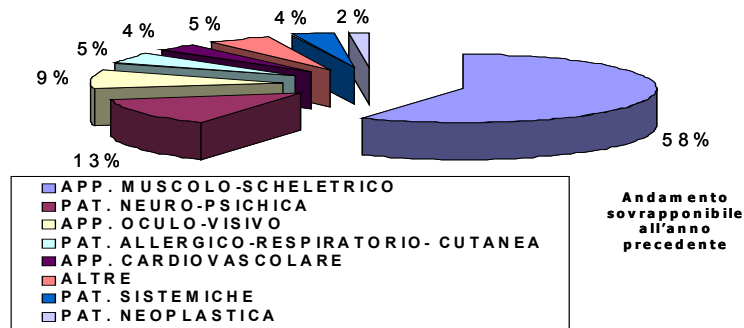
La Fondazione di Dublino nella sua III indagine europea sulle condizioni di lavoro ha riconosciuto come problemi più frequenti:

- mal di schiena 33%
- stress 28%
- dolori muscolari collo e spalle 23%

La 2° causa di inidoneità alla mansione è rappresentata dalle patologie neuro-psichiche. La prima considerazione da farsi è che le trasformazioni del mondo del lavoro e l'insorgenza di nuovi rischi, in particolare psico-sociali (stress, depressione o ansia, ecc.) sono causa e rappresentano ben il 18% dei problemi di salute legati al lavoro, un quarto dei quali comporta un'assenza dal lavoro pari o superiore alle due settimane.

Pertanto l'azienda intende intraprendere un percorso di analisi e pianificazione strategica del sistema di prevenzione aziendale, partendo dalla 'sicurezza', dai 'problemi di salute' e dai 'bisogni formativi'.

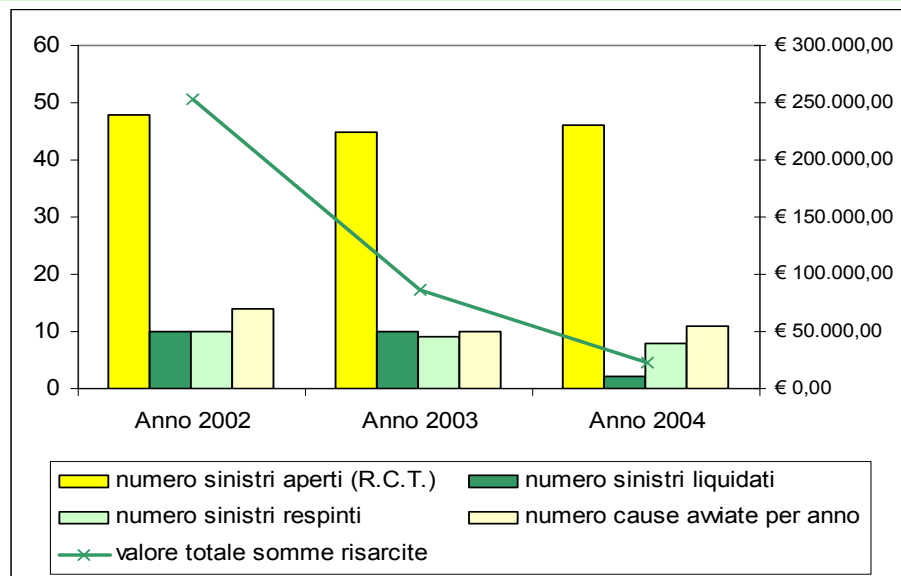
**Grafico 23 - Idonei con Limitazioni distribuzione per patologia al 31/12/03**



Livello di contenzioso con la "clientela"

Il livello di contenzioso con la clientela si mantiene costante negli anni, in dimensione contenuta, il valore del liquidato è invece di molto variabile data la durata non predefinibile e non standardizzabile delle singole cause.

**Grafico 24 – Livello di contenzioso con la clientela Anni 2002-2004**



#### 4.1.3. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Il sistema di valutazione aziendale si è sviluppato secondo le due direttrici fondanti:

- Valutazione delle posizioni
- Valutazione della performance

La valutazione delle posizioni si è basata sul modello Praxi adottato dalle aziende della provincia di Bologna e da altre aziende della regione.

Mediante tale metodo sono state valutate le posizioni dirigenti aziendali, e sulla base dello strumento adottato si fonda la valutazione dei dirigenti ed il rinnovo degli incarichi agli stessi.

##### Sistemi premianti

L'attenzione maggiore è stata focalizzata nella definizione di un percorso di negoziazione di budget che portasse a definire obiettivi strategici misurabili tali da garantire la misurazione dei risultati raggiunti ma anche la misurazione della performance gestionale ed in alcuni casi professionale.

In particolare la performance gestionale è stata definita mediante la misurazione di:

- Risultati gestionali dei professionisti (capacità del dirigente)
- Risultati negoziati con il budget (più specifici)

Il sistema di incentivazione è definito da:

- Regolamento del nucleo di valutazione: modello integrato di valutazione (strumento principale)
- Schede di budget (di attività e di risorse)
- CCIA: contratti integrativi aziendali che contiene i dati di trattamento economico

Sono stati adottati quali strumenti di governo e di attuazione del processo di budget:

- Linee guida annuali
- Schede di budget
- Report di monitoraggio
- Relazioni di valutazione finale
- Sistema informativo in Intranet (cruscotto).

##### Principi generali

I principi generali e le finalità del sistema di valutazione dei risultati sono:

- attivare un sistema che orienti i comportamenti verso il perseguimento degli obiettivi concordati nel processo di programmazione budgettaria, attraverso:
  - o la garanzia della coerenza tra obiettivi strategici aziendali e obiettivi negoziati
  - o l'attribuzione ai singoli dirigenti della unità operativa di un set di obiettivi comuni, negoziati dal responsabile della struttura che coinvolgono tutti gli operatori della equipe in questione.
- promuovere un sistema di definizione degli obiettivi il più possibile orientato alla condivisione negoziata degli stessi, prevedendo forme di coinvolgimento e di proposta da parte di tutti i dirigenti.
- differenziare il trattamento economico individuale in sede di valutazione dei risultati conseguiti. Limitare l'entità dei premi da erogare ai risultati effettivamente conseguiti.

**Definizione degli obiettivi**

L'iter della valutazione segue i principi stabiliti dal contratto e dal D.Lgs. 286/99. E' prevista e garantita la bidirezionalità della negoziazione (fasi):

- individuazione di priorità ed obiettivi da parte della direzione strategica aziendale e loro progressiva comunicazione e traduzione (articolazioni, dipartimenti sino alle UO)
- raccolta delle proposte operative di traduzione specifica degli obiettivi da parte delle diverse realtà aziendali (articolazioni, dipartimenti sino alle UO)
- negoziazione che deve condurre alla condivisione degli obiettivi annuali.

La negoziazione si divide in:

**Negoziazione**

- Negoziazione di primo livello (Alta Direzione – Articolazioni e Dipartimenti)
- Negoziazione di secondo livello (Dipartimenti – U.O.)

Gli obiettivi che vengono negoziati a cascata nelle diverse componenti della organizzazione aziendale garantiscono la coerenza con le indicazioni della Direzione strategica. Gli obiettivi devono poter assicurare un carattere "sfidante", altro rispetto alla attività istituzionale prestata in costanza di risorse.

**Figura 1 - Fasi del processo di negoziazione aziendale - Gantt generico**

Processo di Budget anno N	anno N-1				Anno N							Attori								
	sett	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	direzione	Com.Budget	NdV	Co.Gest.	TIR	Bdg. Trasv.	UO	Macroartic	
Revisione Budget anno N-1														X	X					
Secondo Monitoraggio Budget anno N-1 con dip e UO												X	X	X	X				X	
Definizione indicazione strategiche per il budget anno N												X	X							
Negoziazione Budget anno N; 1° livello												X	X				X	X	X	
Negoziazione Budget anno N; 2° livello																		X	X	
Valutazione raggiungimento obiettivi anno N-1														X	X	X		X	X	
Verifica intermedia raggiungimento obiettivi anno N														X	X	X				

**Rispetto dei tempi nel processo di programmazione e valutazione**

Il rispetto dei tempi ha il fondamentale significato di consentire la programmazione delle attività dei diversi segmenti aziendali, di poter mettere in campo le azioni utili a permettere il raggiungimento delle finalità concordate e a garantire lo svolgimento di un efficace processo di programmazione e negoziazione, che si sviluppi dall'alto verso il basso ma anche dal basso verso l'alto; un processo di questo tipo inevitabilmente richiede tempi più prolungati e esige un avvio il più possibile tempestivo del processo.

**Ruolo del Nucleo di Valutazione**

Il NV supporta direttamente la negoziazione a livello delle Articolazioni e dei Dipartimenti, garantendo il rispetto metodologico e il rispetto

della coerenza degli obiettivi assegnati con le indicazioni strategiche. Acquisisce le schede di budget di tutte le realtà aziendali e ne effettua la validazione.

### Strumenti di Valutazione

La valutazione è effettuata mediante alcuni strumenti metodologici quali:

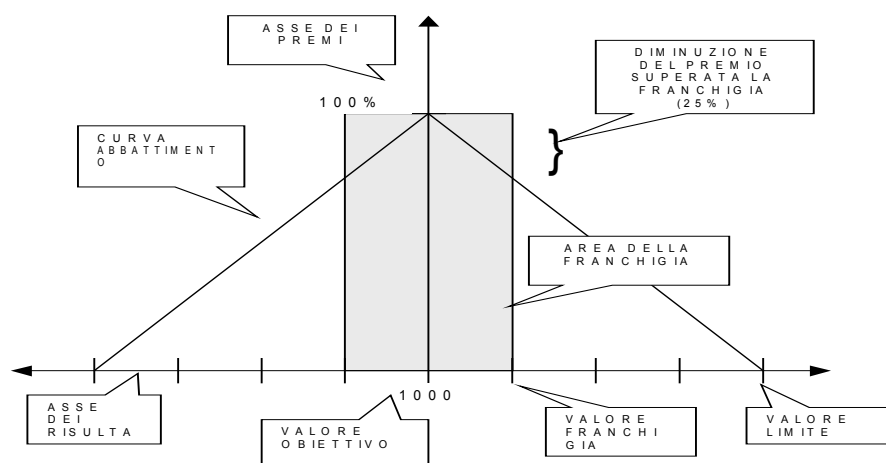
Scheda obiettivi "A"

Scheda di calcolo dei risultati ottenuti "B"

Scheda risorse "C"

- scheda obiettivi "A": modello utilizzato per definire gli obiettivi dei responsabili di struttura complessa o semplice con gestione di risorse, dell'area comparto di ciascuna unità operativa, delle singole posizioni organizzative del comparto;
- scheda di Calcolo "B": la determinazione del grado di raggiungimento degli obiettivi si realizza attraverso criteri stabiliti, utilizzando il modello della scheda di calcolo;
- scheda risorse "C": per ciascuna struttura complessa ovvero semplice con gestione di risorse è definita una scheda di risorse assegnate.

**Figura 2 – Metodo di calcolo del premio in relazione al raggiungimento degli obiettivi**



fonte: Regolamento del Nucleo di Valutazione

Criteria per la determinazione del grado di raggiungimento degli obiettivi

### La valutazione annuale dei risultati di gestione

Tale valutazione (dirigenti di struttura complessa o semplice con gestione di risorse) viene effettuata, secondo l'iter di prima e seconda istanza descritto, utilizzando per il 90% i risultati delle schede "A" e "B", per il rimanente peso del 10% altri elementi, quali: il rispetto della tempistica stabilita per il processo di programmazione e valutazione, l'utilizzo corretto degli strumenti di programmazione e valutazione, l'effettuazione della valutazione di prima istanza nei tempi e modi previsti.

Sistemi di valutazione della performance professionale

### Modalità di utilizzo dei risultati della valutazione nei percorsi di carriera

L'azienda procede alla produzione di report per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi a tutti i livelli organizzativi. Da tali report deve emergere anche il potenziale effetto sul sistema premiante in virtù del sistema di pesatura adottato.

I dati prodotti dal sistema di reporting dovranno essere oggetto di valutazione ai fini del computo dei premi maturati. A tale scopo:

- Valutazione di I istanza**
- Iter valutazione di prima istanza. I responsabili di struttura interni al dipartimento, sulla base anche dei report, predispongono una breve relazione relativa al raggiungimento degli obiettivi negoziati, nella quale sono documentati i risultati raggiunti e motivati gli scostamenti rilevanti ai fini del sistema premiante e la sottopongono al direttore di dipartimento che procede alla valutazione di prima istanza redigendo una relazione sulla base della scheda di budget, alla quale va allegata la relativa scheda di calcolo con la percentuale di raggiungimento degli obiettivi. Tale relazione deve pervenire al NV il primo trimestre dell'anno successivo a quello a cui si riferisce la valutazione insieme a un'istruttoria descrittiva realizzata utilizzando la scheda di budget, alla scheda di calcolo completata con i risultati raggiunti. La valutazione di I istanza dei responsabili di articolazione e di Dipartimento viene effettuata dal NV su mandato del Direttore Generale.
- Valutazione di II istanza**
- Iter valutazione di seconda istanza. Il NV, sulla base delle relazioni predisposte dai direttori di dipartimento, procede, se ritenuto opportuno, all'effettuazione di incontri di chiarimento con i responsabili di UO e, se richiesto, attiva la seconda istanza sentendo i dirigenti di struttura, complessa e semplice, che hanno riportato una valutazione non condivisa, in presenza del valutatore di I istanza.
- Effetti sul sistema premiante**
- Il NV sulla base degli elementi acquisiti e applicando i criteri stabiliti, propone all'azienda le valutazioni effettuate e gli eventuali effetti sul sistema premiante. Viene fatta salva la possibilità da parte della Direzione Aziendale di attribuire ai Dirigenti con mandato fiduciario (Articolazioni e Dipartimenti) un punteggio ulteriore a quello emergente dalle valutazioni sopradette, non superiore al 20% di quanto emerge dalla specifica scheda di calcolo. Per i Dirigenti che assommano la responsabilità di una UO con quella della struttura complessa sovraordinata (esempio: unità Operativa e relativo Dipartimento) il salario di risultato deve intendersi complessivamente impegnato nel giudizio della responsabilità più alta.
- Contraddittorio**
- I dirigenti di struttura che hanno riportato una valutazione negativa possono richiedere di essere ulteriormente sentiti dal NV, entro trenta giorni dal ricevimento del giudizio sull'andamento gestionale del precedente esercizio.
- Valutazione individuale**
- Alla relazione i responsabili di struttura, semplici o complesse, devono allegare la valutazione dei dirigenti componenti dell'equipe interessata.
- Valutazione obiettivi comparto**
- Relativamente al personale del comparto. Per le posizioni organizzative la valutazione è effettuata annualmente dal NV analogamente a quanto previsto per i dirigenti a mandato fiduciario. Per gli appartenenti alle équipes delle strutture complesse la valutazione attiene al Responsabile del Dipartimento in collaborazione, nelle aree sanitarie, con i Responsabili infermieristici delle UO e degli stessi Dipartimenti, pesando il contributo dei singoli professionisti agli obiettivi della équipe.

La seconda istanza è affidata al NV ed è effettuata su richiesta di una delle parti. Per i responsabili infermieristici di Dipartimento e di Articolazione la valutazione è effettuata rispettivamente dal



- Responsabile di Dipartimento o di Articolazione, sulla base degli specifici obiettivi affidati. La seconda istanza è, anche in questo caso compito del NV.
- I Progetti Straordinari** Con i progetti straordinari si vuole dare risposta a problematiche emerse acutamente nel corso dell'anno, tali da mettere in crisi il raggiungimento delle finalità aziendali. La loro presentazione si realizzerà solo nel caso di reale necessità. I singoli progetti dovranno descrivere con chiarezza gli operatori e le professionalità interessate, il peso percentuale del contributo delle singole figure impegnate, i risultati che ci si attendono ed i relativi indicatori, utili alla lettura del loro raggiungimento.

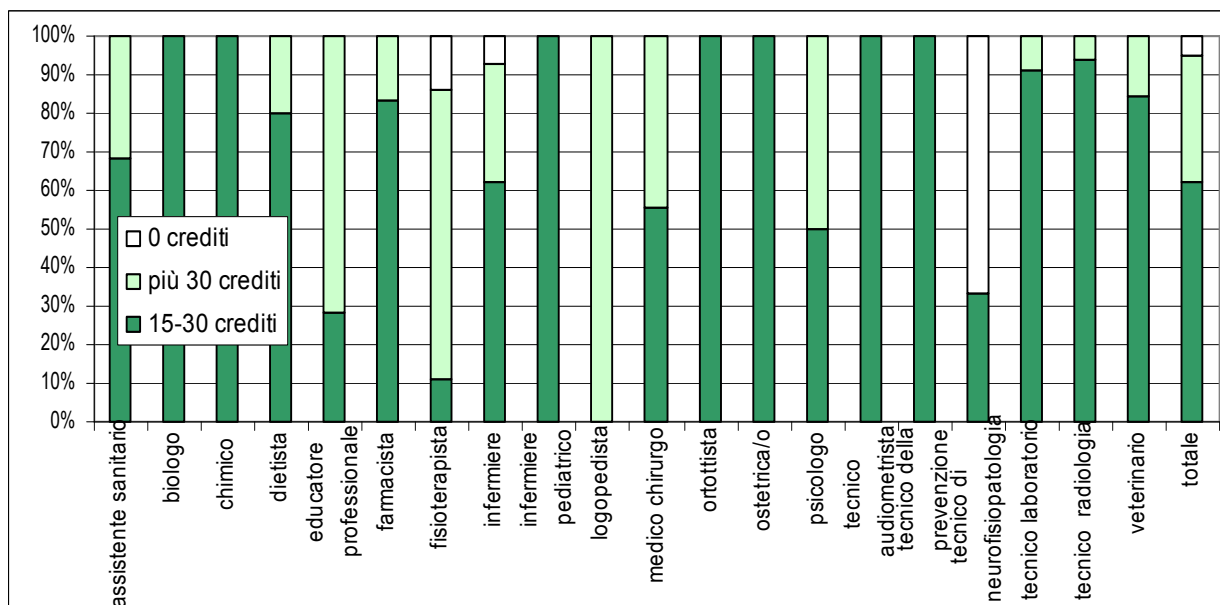
#### 4.1.4. Formazione

- Area Formazione** Il Polo Formativo viene identificato quale struttura operativa e di supporto alla Direzione Scientifica.  
Le Aree di attività proprie del Polo Formativo maggiormente significative sono:
- Corsi di Laurea**
- collaborare alla realizzazione e gestione, per gli aspetti di competenza, dei Corsi di laurea relativi all'Area delle Professioni Sanitarie;
  - collaborare con le Università per il tirocinio curricolare degli studenti;
- Corsi formazione post base**
- progettare e coordinare e gestire corsi di formazione post base di Area Infermieristica;
- Corsi formazione iniziale**
- coordinare, gestire e valutare i corsi di formazione iniziale per il personale di supporto all'assistenza infermieristica (O.S.S.);
- Riqualificazione**
- coordinare, gestire e valutare, in collaborazione, ove previsto, con Enti formativi, i percorsi relativi alla riqualificazione sul lavoro del personale OTA e AdB;
- PAF e accreditamento ECM**
- Formazione continua;
  - Elaborazione del PAF annuale sulla base del fabbisogno formativo espresso dalle diverse strutture Aziendali;
  - Garantire l'accreditamento di tutti gli eventi formativi realizzati in Azienda rivolti a personale dipendente e/o esterno attraverso procedura Ministeriale o Regionale;
  - Gestire ed implementare la banca dati Aziendale relativa ai dati sulla Formazione aziendale, garantendo la copertura dell'obbligo informativo interno ed esterno;
  - Progettare, realizzare e gestire iniziative di carattere trasversale per il personale afferente al SIT nonché iniziative a carattere aziendale trasversale;
- Agenzia Sanitaria Regionale**
- Garantire l'accreditamento degli eventi formativi realizzati dall'Agenzia Sanitaria Regionale, attraverso procedura Regionale garantendo il rispetto dei requisiti richiesti per l'accreditamento ECM degli eventi formativi realizzati.;
- Catalogo Offerte formative**
- Organizzare e gestire i corsi proposti per conto dell'Azienda nel "Catalogo delle offerte formative" annuale elaborato in collaborazione con le Aziende sanitarie della provincia di Bologna;
  - Promuovere e realizzare tipologie di formazione diversificate: FAD formazione a distanza.

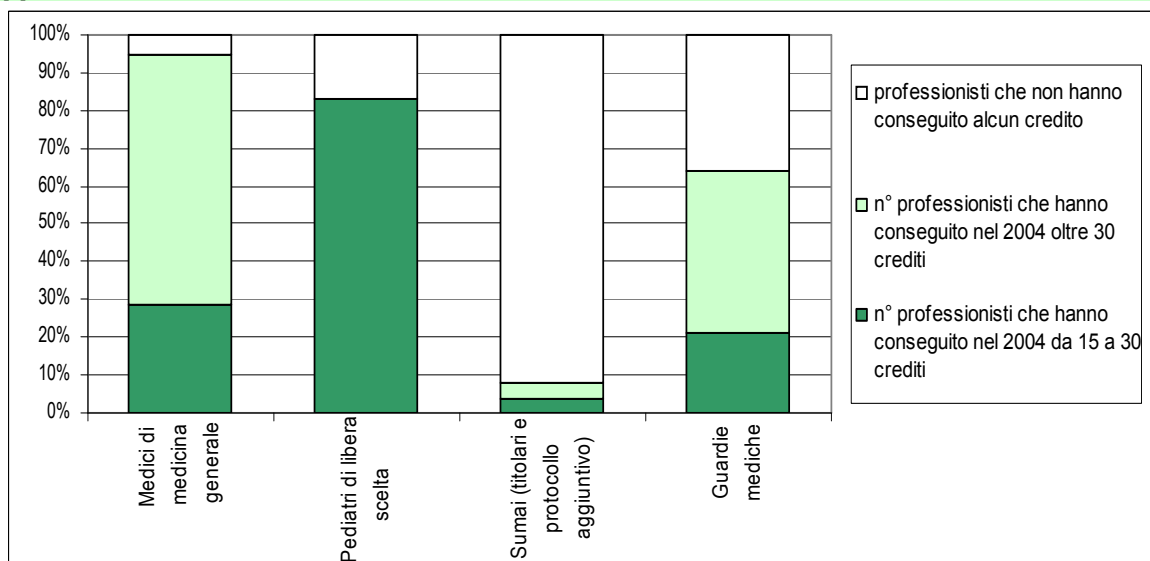
Il piano formativo 2004

<b>Attività svolta nel 2004</b>	Le iniziative formative realizzate nel corso dell'anno 2004 sono state:
<b>Formazione Universitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione dei C.L. per Educazione professionale e C.L. Infermieristica</li> </ul>
<b>Formazione "di tipo professionale" AL e SUL lavoro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- codirezione del Master di 1° livello Area Infer. Area geriatria Ospedaliera e Territoriale;</li> <li>- progettazione, coordinamento e gestione di n. 3 corsi di riqualifica sul lavoro rivolti a personale OTA;</li> <li>- coordinamento e gestione n. 4 corsi di riqualifica sul lavoro rivolti a personale AdB;</li> <li>- coordinamento e gestione n. 1 corso di prima formazione per OSS;</li> </ul>
<b>Formazione continua</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- elaborazione del PAF annuale;</li> <li>- realizzazione n. 163 eventi aziendali trasversali che hanno coinvolto circa n. 6366 partecipanti (comprese le iniziative da Catalogo 2004);</li> <li>- accreditamento n. 279 eventi di formazione interna aziendale (tipologia residenziale e/o formazione sul campo) che hanno coinvolto circa n. 8565 partecipanti interni;</li> <li>- accreditamento n. 9 eventi per conto dell'Agenzia Sanitaria R.E.R.;</li> <li>- accreditamento n. 29 eventi per Montecatone e Consorzio Servizi Sociali;</li> <li>- coordinamento e gestione n. 2 corsi rivolti al IV e V anno dell'istituto Cassiano;</li> <li>- coordinamento e realizzazione n. 25 corsi per il Progetto Pronto Blu e gestione delle n. 247 persone in carico per tale progetto afferenti a 23 Ditte/Aziende/Enti;</li> <li>- coordinamento dell'attività di informazione/supporto ai professionisti interni per l'elaborazione del Catalogo Provinciale delle offerte formative 2005.</li> </ul>
<b>Formazione a favore di Esterni</b>	

**Grafico 25 - Percentuale di copertura crediti ECM per categoria professionale anno 2004 – rapporto di lavoro dipendente**



**Grafico 26 - Percentuale di copertura crediti ECM per categoria professionale anno 2004 – rapporto di lavoro convenzionato**



#### 4.1.5. Sistema informativo del personale

Caratteristiche generali del sistema informativo aziendale

##### Sistema gestionale integrato

Il sistema informativo del personale è costituito da diversi moduli applicativi gestionali tutti integrati tra loro, così da utilizzare tutti una unica anagrafica dipendenti, i moduli applicativi distinti sono:

- gestione giuridica
- gestione economica
- gestione rilevazione presenze
- gestione reportistica direzionale
- gestione cartellino online (per la consultazione diretta da parte dei dipendenti sulla intranet aziendale)
- archiviazione ottica delle posizioni matricolari
- gestione concorsi
- gestione pensioni

La procedura utilizzata si basa su un data base Oracle secondo un'architettura applicativa di tipo client server. Una parte della reportistica direzionale riferita al personale è fruibile in ambiente web distribuito secondo livelli di abilitazione configurati.

Tutti gli adempimenti di legge sono stati realizzati entro i termini stabiliti dalla norma.

##### Sistema Praxi

Grado di Utilizzo Sistema Informativo al fine della Valutazione del Personale

E' in uso un sistema informatizzato che consente una valutazione automatica e guidata del personale, tale sistema è stato adottato dalle aziende sanitarie della provincia di Bologna. A tutt'oggi il sistema è stato utilizzato per la valutazione dei dirigenti, nel corso del 2005 si adotterà tale sistema anche per la valutazione delle posizioni organizzative e coordinamenti del comparto.

##### Archiviazione Ottica matricolare

Le posizioni matricolari di ciascun dipendente sono state archiviate mediante un sistema di archiviazione documentale informatizzato

Utilizzo del sistema informativo ai fini dell'applicazione degli istituti contrattuali

indicizzato, al momento non sostitutivo (le posizioni cartacee di archivio sono comunque conservate agli atti presso l'archivio della U.O. Risorse Umane).

Ogni percorso di valutazione del personale ai fini delle progressioni verticali o orizzontali, o ai fini dell'individuazione delle posizioni organizzative e dei coordinamenti, è effettuato con il supporto di tale sistema informatizzato, che è inoltre automaticamente alimentato dalle procedure di gestione giuridica del personale e dalla procedura di gestione della formazione aziendale.

#### 4.1.6. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze

L'Azienda attribuisce la massima importanza ad un rapporto positivo con il personale e con le sue rappresentanze, sia che ci si riferisca a rappresentanze sindacali (RSU) o a rappresentanze in materia di sicurezza sul lavoro (RLS). Ciò nella precisa distinzione dei ruoli e delle responsabilità.

Si è quindi favorito e sviluppato un sistema di relazioni sindacali che, in molti casi, va al di là degli obblighi contrattualmente stabiliti. Come è noto, infatti, sia i Contratti Nazionali di Lavoro delle tre Aree sia i Contratti Integrativi Aziendali prevedono quattro diversi livelli di relazioni sindacali: l'informazione, la concertazione; la consultazione e la contrattazione, stabilendo, per ciascuno di essi, le relative materie. Nell'Azienda Usl di Imola, pur nel formale rispetto dei suddetti livelli, spesso si è attivato un "confronto" con le OO.SS., anche su materie non strettamente obbligatorie, che ha, da un lato, favorito la comprensione delle reciproche posizioni e, dall'altro lato, consentito, in molti casi, di individuare soluzioni condivise ai problemi.

Tavoli di relazioni sindacali "decentrati"

Una ulteriore dimostrazione di questo ampio confronto sta nell'aver individuato, nell'ambito del Protocollo sulle relazioni sindacali dell'Area Comparto, dei Tavoli di relazioni sindacali cosiddetti decentrati, in particolare a livello del Servizio Infermieristico.

In quella sede sono stati svolti molti incontri (n.30 nel biennio 2003/2004), dove ci si è confrontati su temi attinenti, in particolare, all'organizzazione del lavoro (dalla definizione dei turni di lavoro, all'utilizzo del personale, alla individuazione di regole gestionali condivise) individuando, in molti casi, soluzioni concordate ai problemi gestionali sul tappeto.

Ciò non significa, ovviamente, che non ci siano stati anche momenti di aspro confronto tra Azienda ed OO.SS., in particolare, nell'ultimo biennio, sulle dotazioni organiche. L'obiettivo è stato, peraltro, sempre quello non di alimentare sterili ed improduttive contrapposizioni, ma di individuare realistiche e praticabili soluzioni ai problemi che contemperassero le diverse esigenze, sempre con l'attenzione rivolta alla prioritaria necessità di garantire servizi adeguati all'utenza.

Accordi aziendali 2003/2004 per Aree di contrattazione

Prova ne sia il numero di Accordi aziendali siglati nel biennio 2003/2004 nelle tre diverse Aree di contrattazione:

- Area Comparto: n. 28 (tavolo centrale) + n. 6 (tavoli decentrati)
- Area Dirigenza Medica e Veterinaria: n. 3
- Area Dirigenza SPTA: n. 4

In particolare, nell'Area della Dirigenza medica e veterinaria, nel corso del 2004, si è rinnovato l'Accordo sulla retribuzione di risultato e sul trattamento economico di posizione di una parte rilevante della

**Locali destinati alle  
OO.SS. Rappresentative**

Dirigenza, mentre nell'Area Comparto sono stati siglati, nel corso del biennio trascorso, n. 5 Accordi sulla dotazione organica, in particolare del settore infermieristico e tecnico, connesso allo sviluppo ed all'implementazione di nuovi settori di attività.

Base di corrette relazioni sindacali è, altresì, il riconoscimento delle prerogative sindacali. L'Azienda ha così siglato tre distinti protocolli che consentono, nella corretta applicazione degli Accordi nazionali, alle OO.SS. di avere adeguata visibilità all'interno dell'Azienda ed ai rappresentanti dei lavoratori di fruire dei benefici necessari all'espletamento della loro attività (permessi retribuiti e non retribuiti).

L'Azienda ha così messo a disposizione un locale presso l'Ospedale di Via Montericco a Imola per la RSU e tre locali presso il vecchio Ospedale di Via Amendola ad Imola da destinare alle OO.SS. Rappresentative.

I locali sono dotati di attrezzature di ufficio, compreso telefono abilitato alla rete telefonica interna e PC con collegamento ad intranet ed internet ed indirizzo di posta elettronica.

Inoltre è stato messo a disposizione della RSU e delle Organizzazioni sindacali un'area della Intranet aziendale, gestita dalle stesse, per informazioni e comunicazioni rivolte ai dipendenti.

Tutto ciò ha contribuito a favorire, nel corso delle ultime elezioni per il rinnovo della RSU (tenutesi nell'autunno 2004), una ampia partecipazione dei lavoratori dell'Azienda, passando da una percentuale del 62.6 delle elezioni del 2001, al 69.4 delle elezioni del 2004.

## 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

### Premessa

Una delle risorse fondamentali per qualificare il processo di riorientamento dell'azienda sanitaria verso i bisogni di salute della persona è rappresentata dal sistema di comunicazione. L'attivazione di flussi di comunicazione dalle amministrazioni pubbliche verso i propri cittadini e viceversa impone la necessità della contemporanea valorizzazione della comunicazione all'interno della stessa azienda sanitaria. Solo così, infatti, è possibile attivare un reale processo di comunicazione, garantire una efficace erogazione dei servizi e creare spazi e modalità di partecipazione dei cittadini alle scelte che orientano le politiche sanitarie. L'impegno di questi anni è il passaggio dalla comunicazione istituzionale, asimmetrica e caratterizzata da un approccio passivo/difensivo incentrato su adempimenti normativi, ad un approccio interattivo globale in cui l'azienda sanitaria dialoga ed agisce proponendosi come luogo di incontro e relazione.

La comunicazione diventa il terreno delle opportunità, delle relazioni tra operatore, struttura e cittadino generando quelle interazioni che creano il servizio. A tal fine, la comunicazione, come luogo della valorizzazione di risorse interne ed esterne e della facilitazione dei processi di qualità dei servizi sanitari diventa, necessariamente, dal punto di vista organizzativo comunicazione integrata. Si tratta, in questo caso, di un sistema comunicazione, che ha l'obiettivo di assicurare la soddisfazione e la fidelizzazione del cittadino, la soddisfazione dell'operatore ed il conseguente senso di appartenenza all'azienda stessa.

Questo approccio richiede un'elevata corresponsabilità degli attori e una cultura di fondo condivisa. Una sfida che nel nostro territorio, caratterizzato da sempre dal patrimonio sociale di protagonismo nelle strategie di salute da parte dei cittadini e da professionisti continuamente stimolati al miglioramento dei servizi, non si può vincere senza la corresponsabilizzazione della società civile nelle scelte e nella verifica dei risultati. Il sistema di comunicazione aziendale ha perciò il compito di promuovere e coordinare la rete delle relazioni e interazioni comunicative fra i diversi attori: cittadini, istituzioni/associazioni, media, professionisti, direzione aziendale e quanti concorrono al comune obiettivo di realizzare il benessere sanitario della comunità locale.

In questo capitolo sono illustrati alcuni dei principali interventi realizzati dall'Azienda per potenziare e qualificare il sistema comunicativo e relazionale. La scelta di raggruppare questi interventi in specifici contesti comunicazionali, se da un lato garantisce al lettore una migliore comprensione degli obiettivi e delle finalità di ciascuno di essi, dall'altro necessariamente rende meno evidente come ciascuno degli strumenti descritti sia strettamente correlato all'altro nell'ambito, appunto, di un progetto comunicativo integrato. Nello stesso modo, per evidenziare il diverso stato di attuazione e di maturità di applicazione dei diversi strumenti descritti, si è scelto, convenzionalmente, di parlare di obiettivi di miglioramento per quelle azioni di comunicazione che mostrano un'evoluzione dello strumento nel periodo considerato e rispetto al passato; di obiettivi di sviluppo per indicare l'introduzione di nuovi strumenti nel mix comunicazionale e di obiettivi di sostenibilità, per

indicare infine gli strumenti ormai consolidati all'interno dell'Azienda, che chiaramente, nel tempo, dovranno essere rilette e migliorati, quand'anche sostituiti, a fronte dell'evoluzione dei contesti e della rilettura dei bisogni che è primo dovere di ogni Azienda Sanitaria.

### 5.1.1. La comunicazione per l'accesso ai servizi

URP	<p><u>Obiettivi di miglioramento</u></p> <p>L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha proseguito nei propri compiti istituzionali di raccolta e registrazione delle segnalazioni, tramite sistema informativo regionale "Segnalazioni URP SANITA'" e di evidenziazione all'interno dell'Azienda delle criticità nella qualità percepita dall'utente. Nel 2004, oltre a gestire le 251 segnalazioni di problemi e di elogio, l'URP ha fatto 172 prestazioni complesse cioè interventi di "Assistenza URP". Si tratta di presa in carico dei cittadini per accesso a strutture ospedaliere regionali e nazionali, per agevolazioni relative ad handicap, aiuto nella gestione a domicilio di anziani e invalidi, ausili, rimborsi di cure, pratiche di adozione, trasporti ect. Per svolgere al meglio questo ruolo gli operatori URP nel 2005 svolgeranno una formazione specifica "Conoscere per mediare". Sempre nel corso del 2005 l'URP ha l'obiettivo di adeguare tutte le sue procedure alla recente normativa sulla privacy.</p>
Sportelli informativi (portinerie, SPRE, Sportello unico distretto)	<p>L'attività di informazione sull'accesso si sviluppa capillarmente tramite la rete dei referenti URP e la rete dei punti informativi. La rete dei referenti URP è formata dai professionisti che in ogni articolazione, oltre alla loro attività, svolgono il prezioso compito di garantire un costante rapporto tra URP e le proprie unità operative e di fornire dirette informazioni agli utenti. La rete dei punti informativi è formata dai professionisti, portieri e centralinisti, che garantiscono il sistema di informazioni diffuso e capillare. Nel corso del 2004 l'URP ha attivato la rete anche sul neo acquisito territorio di Medicina.</p> <p>Presso l'Ausl di Imola sono presenti 18 punti di interfaccia informativa (ivi compreso l'URP e gli Sportelli Unici Distrettuali). E' preciso impegno dell'Azienda qualificare ulteriormente gli addetti ai punti informativi attraverso un costante miglioramento dei canali di comunicazione interna ed una precisa formazione relazionale.</p>
Riorganizzazione segnaletica aziendale	<p>Nel 2004 è stata attivata una gara specifica per il rifacimento completo della segnaletica interna ed esterna aziendale, che troverà piena attuazione nel corso del 2005 in tutti i luoghi aziendali.</p>
Sito Web	<p><u>Obiettivi di sviluppo</u></p> <p>Nel 2004 è stato attivato il nuovo sito web aziendale (massima conformità alla legge Stanca). Esso contiene molte informazioni necessarie al cittadino per orientarsi ed accedere ai servizi ed alle prestazioni aziendali, nonché per mettersi in diretto contatto con l'URP e le varie articolazioni aziendali. Nel corso dei prossimi anni, oltre al preciso impegno di tutte le componenti aziendali nell'aggiornamento dei contenuti, il sito web sarà arricchito di nuovi strumenti e contenuti.</p>
Numero Verde Regionale	<p><u>Obiettivi di sostenibilità</u></p> <p>Ad Imola il Numero Verde Regionale è gestito dall'URP. Gli operatori hanno creato e mantengono aggiornata la banca dati delle prestazioni e dei servizi erogati dall'azienda. Ad oggi sono registrate circa 3.000</p>

	<p>prestazioni con tutte le indicazioni utili: luoghi, modalità di accesso e di erogazione. Questi dati sono a disposizione del call center regionale che risponde alle chiamate degli utenti di tutto il territorio regionale.</p> <p>L'URP di Imola, aperto 9 ore al giorno, risponde alle chiamate complesse di secondo livello, quando il call center regionale trasferisce la chiamata di utenti che hanno bisogno di specificazioni e di approfondimenti locali. La banca dati del numero verde aziendale viene curata dall'URP grazie ad un costante rapporto con tutte le unità operative. Nel corso del 2005 la banca dati dell'Ausl dovrà essere aggiornata con le prestazioni specialistiche aziendali non collegate e sui luoghi di erogazione.</p>
<b>Carta dei Servizi</b>	<p>La Carta dei Servizi dell'Ausl di Imola, prodotta nel 2001, è a tutt'oggi in distribuzione presso tutti i punti informativi aziendali e nel corso del 2004 si sono definite le modalità di aggiornamento. I prossimi due anni infatti vedranno un completo rinnovo di questo documento con l'elaborazione, in collaborazione con il CCM, di nuovi indicatori di qualità.</p>
<b>Guida Degenza e Schede informative di reparto</b>	<p>La Guida alla Degenza è un opuscolo informativo distribuito a tutti i cittadini che vengono ricoverati in Ospedale, che contiene informazioni generali per l'accesso, il soggiorno e la dimissione. Ciascuna Unità Operativa dispone poi di specifiche schede informative (15 schede reparti ospedalieri + 1 scheda spedalità tradotta in arabo e francese) con i dati essenziali di reparto (referenti medici ed infermieristici, orari visite, numeri telefonici,...).</p>
<i>"Quanto è stato soddisfatto del materiale informativo consegnato (lettera di dimissione, opuscoli, fogli informativi, dieta o comportamenti da seguire)?"</i>	<p>Il questionario di valutazione della qualità percepita del ricovero ospedaliero 2004 alla domanda 19 "Quanto è stato soddisfatto del materiale informativo consegnato (lettera di dimissione, opuscoli, fogli informativi, dieta o comportamenti da seguire)?" mostra che il 91% dei rispondenti è "molto/abbastanza soddisfatto" dei materiali informativi consegnati, mentre il 9% si dichiara per niente o poco soddisfatto. Nel 2005 questi fondamentali materiali informativi all'utenza saranno completamente revisionati e ristampati in modo da mantenere quanto più costante l'aggiornamento delle informazioni.</p>

### 5.1.2. La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

	<p><u>Obiettivi di miglioramento</u></p>
<b>Ospedale senza dolore</b>	<p>L'Azienda ha partecipato al progetto regionale "Ospedale senza dolore", in particolare somministrando il questionario proposto dalla Regione per la rilevazione della prevalenza del dolore nei pazienti ricoverati. Si è costituito il Comitato Ospedale Senza Dolore, che ha svolto una serie di incontri nei quali sono state definite le modalità di rilevazione del dolore. E' stato approntato il progetto di formazione "Insieme contro il dolore", che nel 2004 a visto partecipi 358 operatori tra personale infermieristico e medico. Sono inoltre stati prodotti specifici materiali informativi per invitare il degente ad esprimere la propria esperienza di dolore ai sanitari. La risposta alla domanda 21 del questionario di valutazione della degenza 2004 <i>"Quanto è stato soddisfatto dell'informazione ricevuta in merito al trattamento del dolore?"</i> rileva che il 91,8% degli intervistati dichiara di avere avuto informazioni su questo tema. Di questi l'84,5% ne è stato molto o abbastanza soddisfatto.</p>
<i>"Quanto è stato soddisfatto dell'informazione ricevuta in merito al trattamento del dolore?"</i>	
<b>Formazione</b>	<p>La formazione degli operatori volta al miglioramento del loro rapporto con l'utenza è stato un impegno forte dell'Azienda negli ultimi anni e</p>



**Questionario di  
rilevazione della  
soddisfazione dei  
degenti**

costituisce una priorità del Piano Formativo Aziendale per il prossimo. Nel 2004, ben 16 dei corsi formativi contenuti nel PAF, affrontavano temi inerenti il miglioramento della comunicazione-relazione-ascolto con cittadini, pazienti e loro famiglie. Ciascun corso trattava argomenti peculiari (dolore, malattia terminale, salute mentale, lutto, comunicazione efficace in emodialisi, privacy, nascita, ecc..) ed era rivolto a un determinato target interno (medici, infermieri, amministrativi, ecc...). Il numero totale di partecipanti ai differenti corsi è stato di 1700 persone (chiaramente alcuni operatori possono aver seguito più corsi).

Dal 2002, ogni anno, l'Ausl di Imola somministra un questionario a tutte le persone che hanno subito un ricovero nel periodo ottobre-dicembre dell'anno. Il questionario viene inviato al domicilio dell'ex degente, che è quindi libero di rispondere rispetto a potenziali condizionamenti che si verificherebbero con una somministrazione in corso di ricovero ed indaga la qualità delle relazioni interpersonali coi professionisti, l'informazione fornita, la percezione sull'esito delle cure, e la qualità percepita dei principali aspetti organizzativi.

Il metodo, ormai consolidato, del recall telefonico a qualche giorno dell'invio, da parte dei volontari del CCM che informano il destinatario sull'importanza del questionario e lo invitano a rinviarlo per posta, ha portato a percentuali di risposta estremamente alte: 48% nel 2002, 55,5% nel 2003, 58% nel 2004. Stiamo quindi parlando di un campione di oltre 1000 persone. Al di là degli ottimi risultati in termini di soddisfazione percepita, importa sottolineare che questo strumento, utilizzato in modo sistematico e continuativo, fornisce all'Azienda informazioni essenziali per intraprendere un percorso di miglioramento, ponendosi come strumento di ascolto fondamentale e anche come strumento di integrazione interna e di partecipazione per il grande numero di figure che partecipano al progetto. Obiettivo di sostenibilità.

**Consenso Informato**

Dal giugno '99 è attiva una procedura generale per la raccolta del consenso informato, che ha subito un aggiornamento nel 2001. Tutti i pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico o che devono effettuare procedure invasive, viene consegnato un modulo di consenso che contiene una parte generale in cui si chiede al paziente se vuole essere informato sulla patologia di cui è affetto, ed una parte specifica in cui viene esplicitato il tipo di intervento chirurgico e le possibili complicanze a cui può andare incontro.

Una serie di domande del questionario di valutazione della soddisfazione dei degenti anno 2004 riguardano il tema dell'informazione fornita in ospedale e costituiscono indicatori importanti. In particolare il linguaggio dei medici è considerato "molto/abbastanza facile da capire" nel 92,7% dei casi, la spiegazione dei benefici del trattamento è molto o abbastanza facile da capire nel 88% dei casi; i disturbi conseguenti alle terapie e ai trattamenti sono stati comunicati in modo semplice o abbastanza semplice da capire nel 79,6% dei casi, mentre non sono stati comunicati o lo sono stati in modo incomprensibile per il 20,4% dei rispondenti. Nel 78% dei casi i medici hanno parlato in maniera comprensibile ai degenti dei condizionamenti che il loro stato di salute avrebbero portato alla loro vita quotidiana, infine, rispetto al grado di coinvolgimento nelle decisioni terapeutiche, il 12% non desidera essere

Lettera dimissioni e informazioni su come gestire la terapia a casa

coinvolto, e tra i restanti il 74% è soddisfatto del coinvolgimento.

Sulla completezza informativa della lettera di dimissione e della comunicazione del personale di reparto su come gestire la terapia a casa i degenti rispondenti al questionario di valutazione della soddisfazione ritengono di avere avuto informazioni molto o abbastanza comprensibili il in più del 91% dei casi.

Materiali informativi per target

Periodicamente vengono aggiornati o prodotti materiali informativi diretti a particolari fasce di utenza. Nel 2004 sono stati realizzati materiali illustrativi ed informativi diretti a: nefropatici cronici (opuscolo informativo), neonati (libretto pediatrico), anziani (opuscolo per contrastare il caldo). I target di utenza hanno poi ricevuto informazione dell'avvio di specifici progetti a loro indirizzati attraverso materiali divulgativi (corso donne in menopausa, nonni e nonne, corsi per gestanti).

### 5.1.3. La comunicazione per le scelte di interesse della comunità

Comitato Consultivo Misto

#### Obiettivo di miglioramento

Il Comitato Consultivo Misto degli Utenti dell'AUSL di Imola è nato nel settembre 1995. E' un organismo dell'Azienda Sanitaria, composto in maggioranza da membri designati dalle organizzazioni ed associazioni di tutela e di volontariato operanti nell'ambito sociosanitario e, in minoranza, da operatori interni individuati dall'Azienda Sanitaria o da eventuali esperti con specifiche competenze. Esprime una partecipazione attiva e propositiva: accoglie le istanze dei cittadini e delle associazioni e svolge un ruolo consultivo su proposte, progetti e attività aziendali di interesse per i cittadini. Indicatore di efficacia è l'alta partecipazione dei membri alle riunioni (la media di presenze in ogni incontro è stata di 21 unità, pari al 78% dei 27 componenti il CCM, una partecipazione che manifesta l'alto grado di coinvolgimento e l'interesse per i lavori svolti); l'alta frequenza delle riunioni plenarie (12 riunioni nel 2004) ed i risultati di attività (vedasi relazione di attività 2004). Per il 2005 il CCM ha già sviluppato un preciso piano di attività che ha tra i propri obiettivi primari la creazione di un legame più forte con la cittadinanza.

Modalità di rapporto istituzionali

Fin dall'inizio del 2003 l'Azienda Usl di Imola ha attivato modalità di rapporto e comunicazione con le Istituzioni improntate alla massima disponibilità e trasparenza. In tal senso, la Direzione Aziendale relaziona in modo stabile dell'andamento aziendale e dei vari progetti via via attivati, non solo alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, che si riunisce con periodicità generalmente mensile, ma anche – su richiesta delle singole Amministrazioni - ai Consigli e alle Commissioni Comunali, con cui si sono tenuti tre incontri anche nell'arco dello scorso anno. Sempre nel 2004 la Direzione ed i capi articolazione hanno presentato la bozza del PAL in ben 22 diversi incontri con Consigli Comunali, Forum cittadini, Sindacati di categoria e confederali, ecc... raccogliendo tutte le osservazioni degli uditori e tenendone conto nella versione definitiva dell'importante documento programmatico.

La medesima modalità di rapporto viene utilizzata in ogni occasione in cui l'Azienda definisce strategie di gestione della sanità locale di ampio interesse. Un giudizio estremamente favorevole rispetto a questa

modalità di relazione e coinvolgimento è stata più volte affermato dagli stessi Amministratori che hanno richiesto alla Direzione di mantenere questo alto livello di apertura e coinvolgimento delle istituzioni Locali.

#### Obiettivo di sviluppo

**Gruppi di lavoro misti: esperti aziendali e cittadini competenti su particolari tematiche definite in sede di CCM**

Nel 2004 sono stati formati ed attivati alcuni gruppi di lavoro misti su temi di estremo interesse: Assistenza Non Sanitaria; Carta dei Servizi; Salute Mentale; Pronto Soccorso; Analisi attività MMG e Medici Continuità Assistenziale; Immigrazione; Reclami. I gruppi di lavoro produrranno nel prossimo futuro, in tempi e modalità diverse, dei documenti di sintesi della loro attività e le proposte di miglioramento rispetto ai temi trattati.

**Piano per la salute**

Il PPS rappresenta la specificazione locale degli obiettivi di salute che si sostanziano in un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute e l'assistenza sanitaria della popolazione di riferimento. Rappresenta la sede del patto di solidarietà dove gli attori, ognuno per la propria parte, si assumono impegni e responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi di salute individuati come prioritari.

La promozione del PPS è iniziata nel 2000 con il convegno di lancio "Il Diritto a Star bene". In seguito hanno avuto luogo 2 consultazioni pubbliche con la presenza dei rappresentanti degli Enti Locali e della Società, che hanno coinvolto gli attori sociali. 138 persone costituiscono "Il Parlamento" del PPS e si sono formati con 3 appositi corsi. Il "Governo" del PPS, eletto dal "Parlamento" nell'ambito dei singoli sottogruppi di rappresentanza, è composto da 23 rappresentanti, presieduto dal Presidente della Conferenza Territoriale e coordinato dal Direttore della Sanità Pubblica e dal Direttore del Distretto dell'Ausl.

Nel 2002 si è svolta una campagna di ascolto della popolazione locale che, attraverso l'invio di circa 7400 cartoline ha scelto i temi di salute su cui il PPS avrebbe lavorato, individuandoli in: dipendenze patologiche, qualità dell'aria e incidenti stradali. Su ciascun tema sono stati formati dei gruppi di lavoro che hanno presentato un piano di 18 azioni in totale, alcune già in fase avanzata di realizzazione.

Rispetto all'azione 18 - che si propone di attuare una comunicazione interna al progetto ed una esterna mediante interventi coordinati e continuativi di informazione e di sensibilizzazione sui 3 temi di salute - nel 2004 sono stati realizzati: l'informazione sintetica nel sito internet del PPS sul monitoraggio della qualità dell'aria che respiriamo con il dato delle polveri sottili e nel periodo estivo, dell'ozono; la distribuzione ai rappresentanti di classe degli istituti superiori del Comprensorio imolese di una brochure illustrativa dei PPS; la collaborazione dei componenti del gruppo incidenti stradali con i referenti universitari inviati dall'Agenzia Sanitaria del PPS della Regione, mediante interviste e compilazioni di questionari, l'adesione con il Comune di Imola e CSPT, "Professione Medica del Circondario Imolese" alla Giornata Mondiale della Salute 7/04/04 promossa dall'OMS, mediante il Convegno "Sicurezza stradale non è un incidente", svoltosi il 2 aprile a Imola ed il 6 Aprile a CSPT e rivolto a studenti del 4° e 5° anno degli istituti superiori del Circondario Imolese; la collaborazione per l'organizzazione di un seminario regionale in tema di "Valutazione di Impatto sulla Salute

	<p>nei Piani per la Salute" del 19 maggio 2004; l'elaborazione dell'opuscolo "Il nostro catalogo per il mondo della scuola", con iniziative che vanno da un coinvolgimento diretto di ragazzi ed insegnanti, alla formazione e informazione, all'intervento tecnico per la messa in sicurezza di percorsi casa - scuola e sua distribuzione; la realizzazione di uno studio relativo agli incidenti stradali in orario di lavoro ed in itinere nel Circondario imolese relativo agli anni 2002/2003 con inserimento ed elaborazioni dei principali comparti produttivi, redazione e divulgazione del documento; la partecipazione come relatori ad incontri rivolti ad anziani; l'elaborazione dell'opuscolo "Le azioni di miglioramento" e sua divulgazione, l'organizzazione del Convegno "Mobilità? Quanto basta per vivere meglio". Inoltre è già stato prodotto, come ogni anno, uno specifico piano di comunicazione del PPS per il 2005.</p>
<b>Immagine Coordinata/Applicazione Logo SSR</b>	<p>Nell'ultimo anno uno sforzo particolare è stato indirizzato all'applicazione del nuovo logo del SSR su tutti i materiali dell'azienda. Il logo, disponibile con il manuale di utilizzo nella home page dell'intranet aziendale, è stato dapprima applicato alla modulistica. Le difficoltà di applicazione del nuovo logo, ancora poco riconosciuto, soprattutto all'interno, come simbolo dell'Azienda, necessitano di uno stretto controllo nell'applicazione e di un flusso comunicativo continuo per garantirne la corretta applicazione in ogni settore. L'obiettivo finale, raggiungibile nell'arco di un paio di anni è garantire un'immagine coordinata dell'Azienda, coerente sia internamente che esternamente, facilmente riconoscibile da parte dei cittadini e strettamente collegata a quella del SSR</p>
<b>Campagne informative</b>	<p>Ogni anno l'Azienda, oltre ad aderire e collaborare alle campagne informative promosse dalla Regione Emilia Romagna, prevede nel Piano Annuale di Comunicazione aziendale lo sviluppo di specifiche campagne di informazione, che nel 2004 sono state 9. Tra le più significative ricordiamo quella rivolta agli anziani per fronteggiare l'emergenza caldo (con la produzione di lettera e depliant inviati al domicilio ad oltre 8000 anziani fragili del territorio); quella rivolta ai giovani di promozione dei 4 corsi di laurea per le professioni sanitarie, quella rivolta ai cittadini imolesi per la lotta alla zanzara tigre (in collaborazione con il Comune di Imola) ed infine quella di diffusione e condivisione del Piano Attuativo Locale che ha coinvolto a tutto tondo la popolazione e le istituzioni del territorio.</p>
<b>Attività di formazione-informazione nelle scuole</b>	<p><u>Obiettivo di sostenibilità</u></p> <p>L'attività di formazione-informazione nelle scuole medie inferiori e superiori del territorio viene svolta ogni anno. In particolare i temi affrontati sono quelli dell'educazione alla sessualità-affettività, con progetti sviluppati dall'equipe del Consultorio Familiare-Spazio Giovani, della donazione di organi e sangue, con incontri in cui gli operatori dell'URP, i sanitari dell'anestesia e rianimazione ed i volontari di AIDO e AVIS interagiscono con i ragazzi e quelle che su varie tematiche vengono sviluppate dal Dipartimento di Sanità Pubblica, come attività specifica di questa articolazione o nell'ambito del Piano.</p>
<b>Media</b>	<p>L'attività di informazione e formazione nei confronti dei cittadini si esplica incessantemente attraverso i media: quotidiani, settimanali, riviste specializzate, radio e televisione. Nel 2004 l'Azienda ha attivato un ciclo di trasmissioni radiofoniche su temi di salute, ed un</p>

Incontri diretti con la  
cittadinanza

appuntamento settimanale di un'intera pagina su Il Resto del Carlino che nel 2004 è uscito per ben 38 settimane e prosegue con regolarità nel 2005. L'Ufficio Stampa ha inoltre prodotto 280 comunicati stampa pubblicati sulle testate locali in più del 98% dei casi, convocato 10 conferenze stampa e realizzato 15 eventi. Proseguendo una tradizione che dura dal 1997 è stata inoltre pubblicata la rivista "E' salute", periodico aziendale di informazione ed educazione alla salute ed è continuata la collaborazione attiva alla redazione della rivista StarMeglio, mensile di prevenzione, promozione ed educazione alla salute del Dipartimenti di Sanità Pubblica della Provincia di Bologna.

Ogni anno, in collaborazione con AUSER e Centro Sociale Campanella, vengono svolti nei Centri Sociali alcuni cicli di incontri di educazione alla salute. Nel 2004 si sono svolti 13 incontri in cui professionisti aziendali hanno incontrato direttamente i cittadini, con ampio riscontro in termini di partecipazione. E' già in corso la definizione degli incontri per il 2005 a cui si aggiungerà un progetto sviluppato in collaborazione con il CCM di incontri organizzati direttamente dall'Ausl nei Centri Sociali per affrontare coi cittadini temi rilevanti quali il corretto uso di farmaci.

#### 5.1.4. La comunicazione interna aziendale

##### Obiettivo di miglioramento

Sito intranet

Dal 2003 è stato attivato un sito intranet aziendale ad accesso diretto dalla rete informatica interna. Dall'intranet aziendale gli operatori possono accedere ad informazioni strategiche (documenti di programmazione, linee guida, piano formativo, ecc.), operative e di servizio (schede di budget, cruscotto aziendale, eventi interni, elenchi telefonici interni, circolari, modulistica, ecc.), personali (cartellino timbrature, bacheche sindacali), di immagine esterna (rassegna stampa, comunicati stampa, relazioni, dichiarazioni, ecc.). Si tratta di uno strumento essenziale di coinvolgimento che nel tempo si sta arricchendo di contenuti. In prospettiva dovranno essere potenziate le possibilità interattive. Sono già circa 800 le postazioni aziendali che prevedono l'home page intranet come pagina predefinita di internet explorer.

Biblioteca/accesso  
documentazione  
scientifica

In questi ultimi anni la riqualificazione del Servizio di Biblioteca aziendale è avanzata soprattutto grazie all'utilizzo dell'informatica e del web, che ha portato alla razionalizzazione del patrimonio ed alla conversione dei tradizionali supporti cartacei (libri e riviste) in periodici elettronici ed open archives. La fruizione capillare delle risorse informative è facilitata dalla creazione di un'apposita pagina intranet.

Si è potenziata la rete di collaborazione con altre biblioteche nazionali e regionali e si è partecipato al progetto "Biblioteca medico scientifica Metropolitana On line", con l'implementazione di un catalogo virtuale di oltre 1.100 titoli, ed al consorzio GOT, presieduto dalla Soprintendenza ai beni Librari e Documentari, per l'acquisizione e la gestione aggregata di risorse informative selezionate e valutate, l'armonizzazione e la razionalizzazione degli acquisti delle risorse informative, l'accesso e la fruizione di documenti scientifici e delle migliori prove di evidenza scientifica disponibili. In fase di progettazione è l'implementazione della sezione "biblioteca" sul sito internet dell'Azienda.

Nel 2004 gli accessi alla biblioteca sono stati 4.980 di cui 4.530 frequentazioni delle risorse condivise in rete (riviste elettroniche, banche

dati ecc).

#### Obiettivi di sviluppo

#### **Convention aziendale**

Dal 2003 è stato attivato lo strumento della convention aziendale annuale attraverso cui si intende promuovere tra tutti i dipendenti la condivisione della mission aziendale ed il senso di appartenenza. Nel corso di queste riunioni plenarie, la direzione ha informato gli operatori sull'andamento aziendale nei vari settori (bilancio, risultati di attività, innovazioni, obiettivi, progetti, ecc), ma soprattutto ha stimolato un proficuo dibattito interno. Sia nel 2003 che nel 2004 sono stati oltre 300 i partecipanti alle iniziative, pubblicizzata attraverso gli strumenti di comunicazione interna consueta (Invito allegato alla cedola dello stipendio, lettera personale a tutti i dirigenti, i responsabili ed i coordinatori, intranet aziendale). A tutti i partecipanti sono stati distribuiti fascicoli riassuntivi sui progetti realizzati e in corso in azienda e sui dati di attività. L'adesione, valutata in termini quanti-qualitativi (numero partecipanti, grado di attenzione, numerosità e qualità degli interventi) costituisce indicatore del raggiungimento dell'obiettivo. La Direzione aziendale mantiene fisso l'impegno di effettuare questi incontri con cadenza periodica.

#### **Incontri con personale target**

E' uno strumento utilizzato costantemente, ma in situazioni contingenti. Si tratta di momenti di incontro tra operatori di un determinato settore e direzione aziendale per confronti diretti su situazioni particolari, atti a favorire ascolto, confronto, concertazione e a fornire segnali forti di presa in carico da parte della Direzione di eventuali criticità. Indicatore raggiungimento dell'obiettivo è la partecipazione quali-qualitativa del personale invitato all'incontro.

**Tabella 54 - Obiettivi e modalità della comunicazione**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>COMUNICAZIONE ACCESSO AI SERVIZI</b>	<b>COMUNICAZIONE INDIVIDUALE DELL'ASSISTENZA</b>	<b>COMUNICAZIONE SCELTE DELLA COMUNITA'</b>	<b>COMUNICAZIONE INTERNA</b>
<b>Miglioramento</b>	URP  Sportelli informativi  Riorganizzazione segnaletica	Ospedale senza dolore  Formazione	CCM  Rapporti Istituzionali  Questionario qualità percepita degenza	Sito Internet  Biblioteca
<b>Sviluppo</b>	Sito Web		Gruppi di lavoro misti  Piano per la salute  Immagine coordinata  Campagne informative	Convention aziendale  Incontri con personale target
<b>Sostenibilità</b>	Numero verde RER  Carta dei Servizi  Guide degenza e schede informative di reparto	Consenso informato  Lettera Dimissioni/ informazioni terapia a casa  Materiali informativi per target	Formazione/ informazione nelle scuole  Comunicazione attraverso i Media  Incontri diretti con la cittadinanza	

## 6. Ricerca e innovazione

### 6.1. Ricerca e innovazione

#### Premessa

L'Azienda, consapevole che le attività di ricerca e di innovazione sono fondamentali per garantire la qualità dei servizi, intende perseguire ogni strada utile a introdurre tali funzioni fra le proprie attività ordinarie e sistematiche e ad assicurare coerenza tra progetti di ricerca, piani formativi, strategia degli investimenti e appropriatezza d'uso delle innovazioni tecnologiche.

#### 6.1.1. Creazione della infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

##### Sviluppo della infrastruttura locale

Riconoscendo la centralità del ruolo regionale nella promozione e nel coordinamento delle attività di ricerca e di innovazione sanitaria, i primi passi intrapresi per facilitare lo sviluppo partecipato dell'infrastruttura aziendale sono stati la partecipazione di molti componenti del Collegio di direzione al convegno su "Ricerca e Innovazione" organizzato dalla Agenzia sanitaria regionale, la discussione delle tematiche del PRIER in seno allo stesso Collegio di Direzione e il mandato assegnato ai suoi componenti di diffonderne finalità e metodi nei propri ambiti professionali.

##### Integrazione tra i vari sotto-sistemi aziendali

Oltre all'interesse suscitato dal programma, ne è stato riscritto la maggior attenzione verso una cultura di valorizzazione delle attività innovative che ha portato a più ampia conoscenza e condivisione delle iniziative di ricerca svolte dai vari sotto-sistemi aziendali. E' su queste premesse che si fonda il progetto di integrazione tra le diverse unità operative dell'Azienda: le priorità individuate localmente riguardano i percorsi assistenziali condivisi ospedale-territorio per condizioni ad alta prevalenza, la rete delle malattie rare e la realizzazione di un sistema informativo in grado di fotografare trasversalmente e longitudinalmente le innovazioni intraprese in Azienda, che sia complementare e integrato con la banca dati delle iniziative formative.

##### Collaborazioni con altre aziende

Nel triennio 2002-2004 sono state intraprese diverse collaborazioni con altre Aziende Sanitarie e Ospedaliere, sia regionali che extra-regionali, per attività di ricerca specialmente in ambito oncologico e genetico, nell'area dell'integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio, in quella dell'educazione sanitaria e della integrazione e informatizzazione dei servizi tecnici e amministrativi di supporto alla componente sanitaria.

##### Capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie

Molte delle attività svolte sono state basate sull'iniziativa e sulla volontà dei singoli operatori/equipes in assenza di adeguate fonti di finanziamento. Ciò ne limita la portata e la sistematicità. Si rende quindi necessario individuare canali istituzionali per favorire l'accesso alle risorse destinate alla innovazione, tenendo conto che i risultati in questa direzione potranno essere meglio realizzati attraverso l'impegno



congiunto di più Aziende sanitarie con comuni caratteristiche istituzionali.

#### Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche

Il CESU, già descritto al paragrafo 4.1.1 e 4.1.3, costituisce l'unità di supporto alle valutazioni di appropriatezza delle innovazioni tecnologiche intese in senso ampio, come attrezzature, presidi, procedure e farmaci.

E' stato compilato in Azienda l'elenco ragionato e dettagliato di tutte le tecnologie biomediche in uso, atto a costituire la struttura di base sulla quale fondare le valutazioni di appropriatezza delle acquisizioni e dell'utilizzo delle tecnologie biomediche.

#### Attività di formazione del personale

Il piano formativo 2004 ha visto la realizzazione di molteplici eventi elencati al paragrafo 4.1.3 a cui si rimanda per i dettagli.

#### Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica

Le linee di indirizzo per garantire l'accessibilità alla informazione e alla documentazione scientifica e il corretto flusso della letteratura biomedica comprendono l'adesione al progetto di modernizzazione regionale "Biblioteca medico scientifica metropolitana online" e l'adesione al Gruppo Operativo per il trasferimento dei risultati della ricerca bibliografica nei Servizi Sanitari (G.O.T.), forma associativa tra la Soprintendenza Beni librari e Documentari IBC, l'Agenzia Sanitaria regionale, il CEVEAS e numerose altre Aziende sanitarie regionali.

A ciò si aggiunge l'attività, tra gli organismi di staff della Direzione Sanitaria, del già citato CESU che costituisce lo strumento operativo per realizzare gli obiettivi di partecipazione dei professionisti al governo clinico aziendale. Fondamentali nell'attività del CESU sono la medicina basata sulla evidenza e la formazione continua, la cui impostazione è stata orientata spostando la priorità dalla convegnoistica alla capillare attività locale e all'aggiornamento sul lavoro. Compito del CESU è anche organizzare e gestire i corsi proposti dall'Azienda nel Catalogo annuale delle offerte formative, elaborato anche nel 2004 in collaborazione con le altre Aziende sanitarie della provincia di Bologna.

#### Supporto allo sviluppo di progetti e di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie

Nel 2004 è stata costituita l'Unità di supporto amministrativo ai servizi sanitari nelle cui competenze rientra anche il compito di garantire il sussidio amministrativo e contabile necessario alla realizzazione dei progetti di innovazione quale referente nei confronti dei Finanziatori dei progetti e come coordinatore amministrativo delle diverse funzioni e sotto-sistemi aziendali.

#### Sostegno dell'integrazione tra diverse discipline/professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali

Diversi progetti e attività formative interdisciplinari sono stati portati avanti nella logica dell'integrazione tra discipline diverse e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali.

Si segnala, in particolare, che l'Azienda è capofila del progetto "SOLE" finalizzato a costituire una rete integrata ospedale-territorio attraverso l'implementazione delle necessarie infrastrutture tecnologiche e

un'ampia gamma di servizi telematici, fruibili su scala distrettuale e aziendale dalla maggior parte delle strutture, come studi medici di medicina generale, assistenza infermieristica domiciliare, punti di guardia medica cittadina, poliambulatori distrettuali e ospedalieri, hospice, centri di salute mentale, consultori familiari e servizi sociali dei comuni.

### 6.1.2. Garanzie di trasparenza

#### Attività di ricerca, risorse organizzative e finanziarie dedicate e valutazione dei risultati

Censimento attività di ricerca svolte: tre principali indirizzi di attività

La mappatura delle attività di ricerca ha censito 43 progetti attivati nel triennio 2002-2004. La suddivisione in aree tematiche dei progetti registrati permette di individuare tre principali indirizzi di attività:

- Gli interventi sull'organizzazione in cui sono stati attivati 17 progetti. Questa area comprende le iniziative finalizzate a rafforzare gli aspetti organizzativo-gestionali intesi come presupposto fondamentale per migliorare la qualità dei servizi.
- I progetti di tipo tecnico professionale comprendenti 18 iniziative. Rientrano in quest'ambito le esperienze focalizzate sul miglioramento dell'efficacia degli interventi di diagnosi, terapia, riabilitazione e prevenzione che agiscono sui principali aspetti legati alla qualità di tipo tecnico-professionale, come l'appropriatezza delle prestazioni, la valutazione dell'impatto di alcune innovazioni diagnostico-terapeutiche e il controllo di qualità delle campagne di screening e delle prestazioni diagnostiche.
- Le azioni rivolte alla comunicazione, all'educazione alla salute e miglioramento della soddisfazione dei cittadini costituite da 8 progetti. Appartengono a questa categoria gli interventi intesi a migliorare il rapporto tra il cittadino ed i servizi sanitari. Tra questi, rivestono un peso particolarmente importante le iniziative di umanizzazione, personalizzazione, accessibilità e presa in carico dei servizi.

E' inoltre da citare l'impegno per l'attuazione del Piano per la Salute che, dopo la campagna di ascolto del 2002 finalizzata a individuare i bisogni prioritari della popolazione, ha realizzato concrete opere di miglioramento lungo tre direttrici principali: gli incidenti stradali, l'inquinamento ambientale e la droga.

Risorse organizzative e finanziarie dedicate

La varietà dei progetti attivati in Azienda non trova corrispondenza nella adeguatezza delle risorse finanziarie, dato che solo 30 dei 43 progetti censiti sono stati finanziati. La distribuzione delle fonti di finanziamento è la seguente: Ministero della Salute - ricerca finalizzata ex artt. 12-12 bis, DLgs n. 502/1992 (5 progetti), Regione Emilia-Romagna (8 progetti), Provincia di Bologna (1 progetto), Industria farmaceutica (3 progetti), finanziamenti propri della AUSL (13 progetti).

Per quanto riguarda le ricerche sanitarie finanziate dal Ministero della Salute ex artt. 12-12 bis, DLgs n. 502/1992 la nostra Azienda ha preso parte ai seguenti progetti:

- Progetto nazionale per la standardizzazione e assicurazione di qualità dei test genetici.
- Collaborazione interregionale per la definizione di un modello di formazione / accreditamento dei centri di consulenza genetica.

- I costi della residenzialità extraospedaliera.
- Miglioramento dell'informazione e della comunicazione fra strutture sanitarie e pazienti oncologici.
- Nuove ipotesi di finanziamento e budgetting dei Dipartimenti di salute mentale per il superamento degli Ospedali Psichiatrici generali.

La ricchezza e la varietà delle esperienze maturate in una realtà convenzionalmente non orientata alla ricerca dimostra come anche la nostra Azienda possieda la capacità progettuale, la vivacità organizzativa e la competenza gestionale necessarie a mettere in campo soluzioni in grado di produrre risultati efficaci e concreti per migliorare la qualità dei servizi ed aumentare il livello di soddisfazione dell'utente.

Trova ulteriore motivazione l'obiettivo di reperire canali adeguati per facilitare l'accesso alle fonti di finanziamento delle attività di ricerca e di trasferimento dei risultati nella pratica assistenziale.

#### Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati

L'Azienda ha costituito un gruppo di lavoro per definire l'assetto di regole atte a fornire garanzie di trasparenza per i finanziatori, privati e non, della innovazione scientifica e tecnologica, per rendere conto dei risultati raggiunti e per condividere con i cittadini, le associazioni e gli enti territoriali gli obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi resi.

Nella Azienda non è più operante un Comitato etico e la valutazione bioetica delle attività di ricerca e innovazione è istituzionalmente demandata ai Comitati etici di altre Aziende sanitarie metropolitane.

**Valorizzazione ruolo  
comitato etico**

## 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

### Popolazione anziana

#### Premessa

I servizi rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente sono rilevanti per il numero degli anziani coinvolti, in costante aumento per il progressivo invecchiamento della popolazione, per la quantità di risorse impegnate, per la assoluta necessità di fornire servizi in forma strettamente integrata con le risorse sociali .

L'applicazione nella Azienda USL di Imola di quanto previsto dalla legge regionale 5/94 e dalle numerose circolari applicative pervenute negli anni seguenti, ha permesso la realizzazione di servizi numerosi, differenziati per la intensità sanitaria, funzionanti a rete.

Lo strumento utilizzato per effettuare la presa in carico dell'anziano non autosufficiente, per mezzo della valutazione multidimensionale, della stesura del progetto assistenziale, e del conseguente inserimento nella rete dei servizi è la commissione di Unità di Valutazione Geriatrica che presta mediamente 12 ore settimanali di attività.

**Tabella 55 - Popolazione anziana del territorio Aziendale - Anno 2003**

COMUNE DI RESIDENZA	65-69 anni	70-74 anni	75-79 anni	80 anni e oltre	65anni e oltre	75 anni e oltre	TOTALE POPOLAZIONE
BORGO TOSSIGNANO	171	148	130	204	653	334	3.214
CASALFIUMANESE	163	171	143	168	645	311	3.049
CASTEL DEL RIO	79	85	83	135	382	218	1.233
FONTANELICE	102	105	88	138	433	226	1.880
<b>TOTALE</b>	<b>515</b>	<b>509</b>	<b>444</b>	<b>645</b>	<b>2113</b>	<b>1089</b>	<b>9.376</b>
CASTEL GUELFO DI BOLOGNA	182	162	161	188	693	349	3.623
IMOLA	4.112	3.726	3.180	4.378	15.396	7.558	65.832
MORDANO	258	207	210	303	978	513	4.322
<b>TOTALE</b>	<b>4.552</b>	<b>4.095</b>	<b>3.551</b>	<b>4.869</b>	<b>17.067</b>	<b>8.420</b>	<b>73.777</b>
CASTEL SAN PIETRO TERME	1.158	1.029	891	1.150	4.228	2.041	19.524
DOZZA	280	264	227	243	1014	470	5.795
<b>TOTALE</b>	<b>1.438</b>	<b>1.293</b>	<b>1.118</b>	<b>1.393</b>	<b>5.242</b>	<b>2.511</b>	<b>25.319</b>
MEDICINA (*)	813	836	688	884	3221	1.572	14.305
<b>TOTALE</b>	<b>7.318</b>	<b>6.733</b>	<b>5.801</b>	<b>7.791</b>	<b>27.643</b>	<b>13.592</b>	<b>122.777</b>

(\*) Il Comune di Medicina fa parte dell'AUSL di Imola dall'ultimo trimestre del 2003. L'indice di vecchiaia del territorio imolese è 175,6. La popolazione ultra sessantacinquenne rappresenta il 22,51% della popolazione totale.

### 7.1.1. Dimissioni Protette

#### Criteri fondamentali

Nel corso dell'anno 2003 nell'AUSL di Imola l'organizzazione delle Dimissioni Protette è stata riprogettata e ridisegnata sui seguenti criteri fondamentali:

- Individuare precocemente il paziente che necessiti di dimissione protetta
- Comunicare al MMG il ricovero del suo assistito problematico
- Individuare i bisogni prevalenti del paziente, che rendono problematica la dimissione
- Attivare esclusivamente le risorse necessarie ed appropriate per rispondere a tali bisogni, per erogare una risposta più rapida ed efficace. (Nel caso il paziente sia da ricoverare in struttura viene attivata direttamente l'UVG)
- Prevedere una organizzazione centralizzata che faccia capo ad un Punto Unico di accesso della domanda e che si faccia carico della conseguente attivazione della risposta, della organizzazione e monitoraggio del processo.

A questo scopo è stato attivato ex novo il Punto Unico di accesso dotato di risorse umane e strumentali dedicate, che ha in seguito svolto anche funzioni di coordinamento ed integrazione con il territorio, in particolare per l'attività ADI.

#### Punti di forza

I suddetti criteri hanno prodotto un miglioramento del processo della dimissione protetta che, in seguito alla riorganizzazione, presenta i seguenti punti di forza:

- E' attivato all'inizio (e non alla fine) della degenza: in tal modo la valutazione dei bisogni è più approfondita, non c'è impatto sulla durata della degenza, è più precoce la comunicazione-condivisione con i parenti.
- E' costruito sugli attori della continuità assistenziale (fra i quali è sempre previsto il MMG) che sono reclutati in base al bisogno del paziente; facilita la loro partecipazione, definisce i ruoli, costruisce una rete di relazioni interprofessionali.
- Il Punto Unico è un riferimento certo e facilmente accessibile in ogni fase del processo, si fa carico dell'attivazione e monitoraggio del processo, della valutazione di bisogni, del reclutamento e relazione fra gli attori.

Alla riorganizzazione delle dimissioni protette è stato dedicato uno specifico corso di aggiornamento obbligatorio per i MMG che quindi, nella loro totalità, hanno preso conoscenza delle nuove modalità organizzative del processo che, peraltro, era stato elaborato sotto forma di protocollo da un gruppo di lavoro multidisciplinare del quale facevano parte attiva anche alcuni MMG.

#### Indicatori di attività

Fra gli indicatori di attività segnaliamo:

- Nel corso del 2003 al Punto Unico sono state inviate dall'Ospedale 650 segnalazioni che hanno dato esito ad attivazione di servizi territoriali in 527 casi (81%). Di queste 650 segnalazioni 608 (93,5%) hanno riguardato pazienti > 65 anni.
- Il numero di pazienti per i quali è stato erogato un servizio sul territorio, in seguito all'attivazione di una dimissione protetta, è quattro volte superiore a quello di altre Aziende con le quali è stato confrontato.
- Mediamente i tempi di attivazione dei servizi territoriali sono stati di

1 giorno per il servizio infermieristico, di 3,5 giorni per l'ADI, di 7 per l'UVG.

- I ricoveri dei pazienti presi in carico dopo la dimissione protetta sono mediamente inferiori a quelli degli altri pazienti.

### 7.1.2. Assistenza domiciliare integrata (ADI)

*L.R. 25/1988, L.R.  
5/1994, L.R. 29/1994*

*Criteri e direttive  
D.G.R. n° 124 dell'8  
febbraio 1999*

#### Tipologie pazienti

Una ulteriore rimodulazione del modello di assistenza territoriale, nel corso del 2003, ha riguardato l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I) riorganizzata sulla base dei riferimenti legislativi "storici" (L.R. 25/1988, L.R. 5/1994, L.R. 29/1994) e, soprattutto, dei criteri e delle direttive contenute nella D.G.R. n° 124 dell'8 febbraio 1999, che si proponevano di riorganizzare, in ambito distrettuale, l'assistenza domiciliare integrata, frammentata in molteplici forme, superando le diverse modalità di assistenza e realizzando un modello unico, basato su tre livelli di intensità delle cure erogate in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente: ADI I, II, III.

L'ADI si rivolge a specifiche tipologie di pazienti che trovano nella domiciliarità la forma di assistenza più appropriata:

- Pazienti affetti da patologie in fase terminale
- Pazienti affetti da patologie croniche
- Portatori di gravi disabilità
- Dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali (dimissione protetta)

Le condizioni suddescritte sono, in grande maggioranza, prevalenti fra la popolazione anziana.

Il nuovo modello è stato progettato da un gruppo di lavoro interdisciplinare che ha elaborato un protocollo operativo fondato su alcuni punti principali specifici:

- Sono esplicitati i criteri di elezione dei pazienti da assistere in ADI, basati su uno score di gravità, dedotto dall'ISM (modificato).
- I criteri di gravità definiscono, anche i livelli di intensità assistenziale.
- Per ogni livello di intensità assistenziale sono indicate le risorse mediamente necessarie ad una assistenza appropriata
- Il MMG è sempre responsabile del caso ed il suo ruolo è grandemente valorizzato in tutto il processo
- E' prevista l'integrazione del MMG con figure professionali diverse: medici specialisti (con livelli di intensità assistenziale definiti dal bisogno del paziente: dalla semplice consulenza alla cogestione del caso, insieme al MMG), infermieri, assistenti sociali.
- Il Punto Unico di accesso garantisce l'attivazione, l'organizzazione, il monitoraggio del processo.
- Il Punto Unico valuta i bisogni del paziente e decide l'attivazione e la composizione dell'Equipe valutativa, che si reca al domicilio del paziente per definirne i bisogni e le risorse professionali e materiali necessarie all'assistenza, elaborando il PAI (Piano di Assistenza Individuale).
- L'Equipe valutativa definisce la composizione della Equipe professionale che erogherà l'assistenza domiciliare.
- Sono previste modalità facilitate di fornitura dei farmaci e dei presidi, che favoriscano la tempestività nella erogazione dei servizi.

Anche alla riorganizzazione dell' ADI è stato dedicato uno specifico

	<p>corso di aggiornamento obbligatorio per i MMG che quindi, nella loro totalità, hanno preso conoscenza delle nuove modalità organizzative del processo.</p>
<b>Assistiti in ADI</b>	<p>Nel corso del 2003 sono state assistiti in ADI (di I, II e III livello) 331 pazienti, di cui 223 nuove attivazioni.</p>
<b>Assistenza domiciliare ADP/ADPR</b>	<p>Una ulteriore forma di assistenza domiciliare è la ADP/ADPR rivolta a pazienti con problemi alla deambulazione e che, per questo, abbiano difficoltà a recarsi dal proprio medico. Per questi pazienti è il medico a recarsi a domicilio a cadenze definite, per monitorare patologie semplici, che non necessitino di una presa in carico integrata da parte di una equipe multiprofessionale. E' evidente che tali pazienti sono, soprattutto, anziani.</p> <p>Nel corso del 2003 sono state seguiti a domicilio, con le modalità di ADP/ADPR 1045 pazienti</p> <p>Esiste, infine, una forma di Assistenza Infermieristica domiciliare, nella quale l'unica figura professionale che porta assistenza al domicilio del paziente è l'Infermiere professionale, su indicazione e richiesta del MMG.</p> <p>L'assistenza infermieristica domiciliare ha preso in carico 1775 pazienti, dei quali 1549 (87,3%) ultrasessantacinquenni, ai quali ha, complessivamente, erogato 1987 prestazioni di bassa (51,5%), media (23,7%) ed alta (24,8%) intensità.</p>
<b>Assistenza Infermieristica domiciliare</b>	

### 7.1.3. Servizi residenziali e semiresidenziali - SAD

*Assistenza sociale  
domiciliare - Delibera  
G.R. 26 Luglio 1999 n.  
1378*

Per quanto riguarda i servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti il 2003 ha visto consolidarsi sempre di più la tendenza alla riduzione del numero di domande di residenzialità definitiva, a fronte di una modificazione della tipologia dei richiedenti caratterizzata da una sempre maggiore complessità sanitaria e da livelli elevati della non autosufficienza. L'andamento della domanda, analizzato e discusso con i Servizi Sociali e con i rappresentanti delle strutture convenzionate, trova in gran parte spiegazione nella diffusione dei servizi di assistenza domiciliare (formali ed informali). Questo fenomeno ha prodotto liste di attesa per la residenzialità brevi (tra le 30 e le 50 domande per tutto il territorio), ed un tempo per l'ammissione in struttura degli anziani estremamente ridotto (mediamente 25 giorni) fra i minori della nostra regione.

La dotazione dell'AUSL di Imola di posti protetti convenzionati residenziali e semi residenziali ed il numero di anziani previsti dalle convenzioni SAD (assistenza sociale domiciliare) dalla fine del 2003 a tutto il 2004 è la seguente:

**Tabella 56 - Posti convenzionati e numero di anziani – fine 2003 e 2004**

ULTRA 75 POPOLAZIONE		POSTI CONVENZIONATI	PARAMETRO
13.592	122.777	Residenziali 484 (493) (*)	3,56%- 3,62%
		Semiresidenziali 48 (*)	0,35%
		Utenti in convenzione SAD 105 (*)	0,66%

(\*) Nel prospetto è compreso il territorio del comune di Medicina: l'AUSL di Imola alla fine del 2003 ha allargato il suo territorio al comune di Medicina, di conseguenza ha rilevato le convenzioni con la Casa Protetta Istituzioni di Assistenza Riunite per 43 posti, con la RSA GERSA di Medicina per 10 posti (temporaneamente 19: numero di pazienti medicinesi in convenzione presenti in struttura) con il Centro Diurno Comunale per Anziani per 12 posti, e con il servizio sociale di Medicina per il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) per 15 posti.

#### Progetto di miglioramento dell'assistenza

L' AUSL di Imola, assieme a quella di Forlì e Ravenna, partecipa con tutte le strutture del suo territorio al "Progetto azioni di miglioramento delle infezioni e delle lesioni da decubito nelle strutture residenziali per anziani" condotto dalla Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia - Romagna, presentato nel Febbraio 2003.

#### Indagine regionale

Nel 2001-2002 è stata completata una indagine di prevalenza delle infezioni e delle lesioni da decubito in 49 strutture residenziali per anziani, che ha evidenziato l'esistenza di numerose aree suscettibili di miglioramento per quanto concerne le misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni e delle lesioni da decubito.

L'indagine è stata condotta su tutte le residenze sanitarie assistite (RSA, 15 per un totale di 329 anziani) e su un campione di case protette (CP, 34 per un totale di 1.597 anziani) di tre Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna (Forlì, Imola, Ravenna). Obiettivo principale dell'indagine era stimare la prevalenza di due specifici eventi potenzialmente prevenibili - le infezioni acquisite nelle strutture e le lesioni da decubito - e analizzare i fattori a questi associati, relativamente alle caratteristiche sia del paziente, sia delle strutture.

È stata riscontrata una variabilità tra Aziende in termini di:

- caratteristiche delle strutture (dimensioni, esternalizzazione dei servizi, documentazione sanitaria disponibile, ecc.);
- caratteristiche della popolazione ricoverata (durata di permanenza nella struttura, caratteristiche cliniche e grado di disabilità);
- caratteristiche del profilo assistenziale (tasso di ricoveri ospedalieri, procedure invasive, presidi posturali, presidi antidecubito).

I risultati dello studio costituiscono la base di un progetto di miglioramento dell'assistenza, che ha impegnato tutto il 2003 e che prosegue tuttora.

Gli obiettivi principali del lavoro sono:

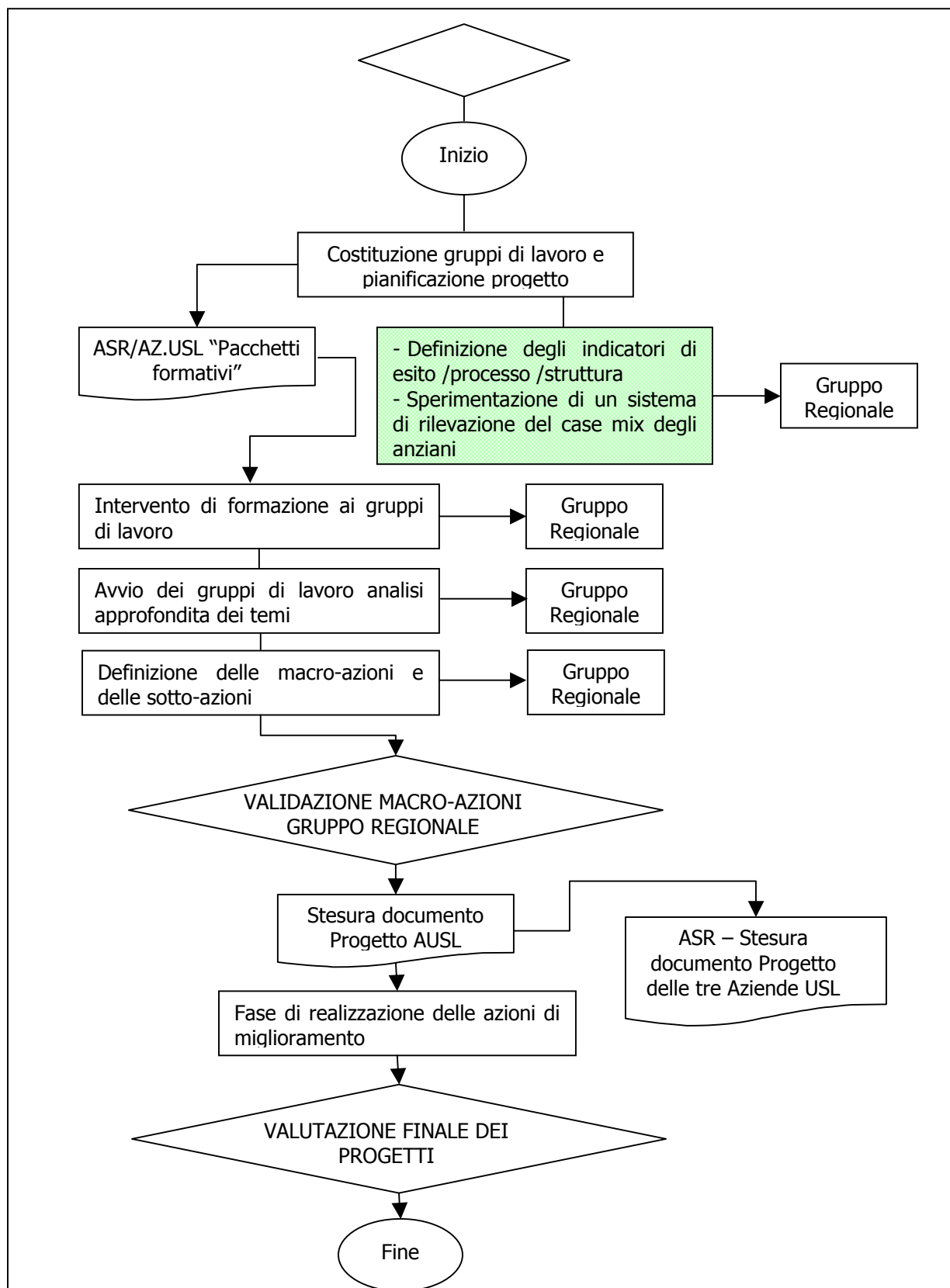
- Ridurre la frequenza di infezioni e di lesioni da decubito nelle 22 strutture coinvolte nel progetto di intervento.

#### Obiettivi di migliorameneto



- Valutare impatto e fattibilità di un modello di intervento che possa essere replicato in altre strutture delle tre Aziende o in altre AUSL della Regione Emilia Romagna.
- Valutare la fattibilità e l'accuratezza di strumenti per il monitoraggio continuo delle infezioni e delle lesioni da decubito.

**Figura 3 - Percorso per la realizzazione del progetto**



**Mandato dei gruppi di miglioramento**

Il mandato dei gruppi di miglioramento è stato il seguente:

- ✓ Identificare le aree di non adesione alle pratiche assistenziali dimostrate efficaci a prevenire/gestire in modo appropriato le infezioni e le lesioni da decubito. Per identificare le aree di non adesione, il progetto prevede sia momenti formativi, che l'esecuzione di rilevazioni ad hoc delle conoscenze/attitudini e pratiche degli operatori socio-sanitari.
- ✓ Identificare i motivi alla base della non adesione, attraverso il confronto nell'ambito di gruppi di lavoro costituiti dagli operatori responsabili del processo clinico-assistenziale nelle strutture coinvolte.
- ✓ Identificare delle macroazioni per rispondere alle criticità individuate e, nell'ambito di ciascuna macroazione, delle azioni specifiche.
- ✓ Messa in opera delle azioni identificate.

Gli operatori dei gruppi di lavoro, per poter identificare le aree di non adesione a pratiche di "Evidence Based Medicine" e "Evidence Based Nursing" hanno partecipato a momenti formativi mirati a discutere le evidenze disponibili relative alle diverse aree selezionate come azioni di miglioramento.

**7.1.4. Contributi alle famiglie**

Per quanto riguarda la risorsa contributi alle famiglie, per favorire l'integrazione delle risorse e l'omogeneità dei criteri, l'Ausl di Imola ha delegato la gestione dell'attività al Consorzio dei Servizi Sociali.

**7.1.5. Progetto demenze**

La realizzazione del "Progetto Demenze" ha proseguito nel 2003 quanto già avviato negli anni precedenti.

Il consultorio demenze è adiacente al Day Hospital Geriatrico, questo facilita l'accesso privilegiato alla diagnostica strumentale e laboratoristica. Al fine di creare un ulteriore percorso agevolato per le indagini necessarie al raggiungimento diagnostico, è stato attivato inoltre il Day Service.

Le professionalità disponibili, con modalità programmate, sono il geriatra, il neurologo, lo psicologo, l'infermiere professionale.

Esiste la disponibilità per l'effettuazione di valutazioni neuro psicologiche di secondo livello che completano, se necessarie, la valutazione eseguita alla visita di accesso.

Su appuntamento è prevista la presenza della assistente sociale e del volontariato per la famiglia. Il reparto di Geriatria partecipa fattivamente, con i Medici che svolgono attività presso il Centro UVA, all'UVG rendendo possibile in più occasioni la definizione di un programma assistenziale personalizzato per il paziente affetto da demenza. Nella tabella successiva sono sintetizzati i dati di attività del consultorio relativi al 2003.

**Tabella 57 - Attività del consultorio - Anno 2003**

CONSULTORIO CENTRO ESPERTO - DELEGATO	Utenza	Prime Visite			Progetto Cronos		Controlli		
	Popolazione anziana >65aa	TOT	Di cui presi in carico	Di cui Non presi in carico	Pazienti Ammessi nell'anno	Pazienti ancora in trattamenti al 31.12	TOT	Di cui Cronos	Di cui altro
IMOLA	27140	149	137	12	51	168	521	400	121

**Gruppo di lavoro  
"Progetto Demenza"**

La rete dei servizi per la popolazione anziana ha la disponibilità di complessivi sette posti temporanei all'interno della RSA di Imola e tre posti temporanei nelle case protette. Nel corso del 2003 i ricoveri di sollievo, non esclusivamente dedicati ai portatori di demenza, sono stati 49 nella RSA di Imola e tre nelle case protette.

Nel corso del 2003 il gruppo di lavoro "Progetto Demenza" in cui sono rappresentati oltre che l'AUSL, i servizi sociali, le associazioni di volontariato, i medici di medicina generale, e le IPAB, ha approfondito il tema "Adattamento dell'ambiente domestico ed autonomia a domicilio dei pazienti affetti da demenza".

Dalla illustrazione e dalla discussione allargata del documento prodotto dal sottogruppo incaricato sono emersi i seguenti obiettivi che saranno portati avanti successivamente:

- Rafforzare il livello dell'informazione alle famiglie che assistono un anziano portatore di demenza sulle modalità per accedere ai contributi economici regionali, appositamente destinati agli adeguamenti dell'ambiente domestico mediante un opuscolo informativo distribuito presso i servizi sociali, il centro ausili, l'ambulatorio demenze, il volontariato, l'ospedale.
- Sensibilizzare i professionisti coinvolti nell'assistenza agli anziani portatori di demenza (Medici di Medicina Generale, Medici specialisti ospedalieri, Infermieri Professionali ed Assistenti Sociali) alla osservazione dell'abitazione in cui vive il paziente, ed alla attenta indicazione alle famiglie su come predisporre gli ambienti di vita perché risultino sempre più protesici. A questo proposito risulta utile prevedere tra gli strumenti della valutazione multi dimensionale la valutazione della idoneità dell'ambiente domestico in particolare nei pazienti portatori di demenza assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata.
- Predisporre un breve strumento di valutazione per l'utilizzo da parte di personale non professionale (volontariato).
- Istituire presso la sede dell'associazione Alzheimer la presenza di un volontario formato per supportare con i suoi consigli le famiglie.
- Garantire nei casi precedentemente identificati in base alla disponibilità a modificare l'ambiente domestico, da parte della famiglia, la consulenza tecnica del centro ausili.
- Predisporre un breve opuscolo per le famiglie in cui siano sintetizzate le indicazioni da seguire per prevenire alcune complicanze della malattia (cadute ecc..) per potenziare le capacità residue e supportare le autonomie mancanti.
- Verificare la disponibilità ad aprire una finestra di informazione/consultazione sull'argomento all'interno del sito

Progetti di qualificazione dell'assistenza al paziente demente

internet dell' AUSL di Imola.

L'AUSL di Imola partecipa attivamente a tutti i progetti di qualificazione dell'assistenza al paziente demente portati avanti dalle strutture convenzionate. Tale modalità è facilitata dalla scelta aziendale di garantire l'assistenza infermieristica mediante personale dipendente AUSL. Nel corso del 2003, sono state eseguite indagini di rilevazione della qualità percepita in molte strutture.

All'interno dei progetti di qualificazione dell'assistenza, secondo quanto previsto dalle direttive regionali, sono state programmate ed in gran parte realizzate: modifiche strutturali per migliorare le capacità di orientamento e la qualità della vita degli ospiti, sono state riviste le modalità di compilazione dei piani di assistenza individualizzati (PAI) e sono state attuate da tutti i partecipanti al tavolo numerose iniziative di formazione ed informazione. In particolare l'AUSL di Imola ha condotto nel corso dell'anno 2003 quattro moduli del seguente corso: sviluppare le conoscenze degli operatori che operano nella rete per meglio affrontare e gestire le dimensioni e le complessità dei problemi legati alla demenza.

L'AUSL ha partecipato ad un gruppo di lavoro attivato dalla Fondazione della Cassa di Risparmio che si è impegnata a finanziare una struttura specializzata per i malati di demenza, la costruzione è prevista contigua alla Casa Protetta di Imola, ospiterà circa 43 posti residenziali e circa 20 semi residenziali. Il progetto della costruzione è stato affidato all'architetto dott.ssa Valla. L'inizio dei lavori è previsto per il 2005.

#### 7.1.6. Assistenza ospedaliera del paziente anziano

Principi fondamentali dell'assistenza ospedaliera

L'anziano fragile è ad alto rischio di ospedalizzazioni ripetute. In particolare, gli ultrasessantacinquenni ricoverati in ospedale per patologie acute costituiscono ormai il 30-40% del totale dei ricoverati nei reparti internistici, malgrado questa fascia d'età rappresenti solo il 6,9% della popolazione totale.

L'assistenza ospedaliera agli anziani è basata sui seguenti principi fondamentali:

- 1) L'età avanzata non deve costituire controindicazione assoluta per trattamenti farmacologici, interventi di rianimazione, procedure chirurgiche e programmi di riabilitazione.
- 2) La riduzione del rischio di reazioni avverse da farmaci si ottiene riducendo il numero delle prescrizioni, somministrando esclusivamente sostanze sicuramente efficaci per le patologie che devono essere trattate in via prioritaria in quel particolare momento.
- 3) Alcune sindromi geriatriche, causa del ricovero o complicità della patologia che lo ha determinato, devono essere trattate o prevenute con interventi, anche non farmacologici, orientati a facilitare la comunicazione con il paziente, attenuare l'isolamento, correggere interferenze ambientali negative e ridurre l'handicap.
- 4) Per i pazienti anziani, nei quali una patologia acuta di pertinenza specialistica sia stata la causa del ricovero, deve essere facilitata una sinergia tra lo specialista di riferimento ed il geriatra, eventualmente anche attivando unità dedicate (es. OrtoGeriatra: basata sulla collaborazione tra geriatra e ortopedico determina una riduzione di mortalità, una riduzione delle complicanze e una minore tendenza a

Processi assistenziali  
articolati in aree  
fondamentali

consultare altri specialisti ed una riduzione del consumo di farmaci.).  
5) Per ottenere i migliori risultati possibili alla dimissione, l'équipe dell'Unità Operativa di Geriatria per Acuti deve interagire con l'UVG per stabilire il successivo piano individualizzato di assistenza. Devono essere studiati e realizzati programmi integrati di assistenza continuativa tra ospedale e servizi territoriali, con l'obiettivo di ridurre il fenomeno dei "letti bloccati" ed i reingressi nelle Unità Operative ospedaliere di Medicina Generale e di Geriatria.

L'organizzazione dei processi assistenziali deve prevedere l'articolazione in alcune aree fondamentali.

#### Area Intensiva

U.O. per ACUTI che deve farsi carico dei casi geriatrici ad alta intensività (quali ictus, gravi scompensi cardiaci e multiorgano) attraverso una gestione multiprofessionale, un buon livello di nursing ed alcune tecnologie di base. Nell'U.O. di Geriatria della Azienda USL di Imola sono stati ricoverati, nell'anno 2004, 985 pazienti (961 nel 2003).

L'età media del 90,1% dei pazienti era superiore a 75 anni e un altro 9,3% aveva un'età compresa fra 65 e 74 anni. Il peso medio DRG è risultato di 1,0875 (1,0287 nel 2003). La degenza\_media è stata di 10,5 giorni nel 2004 (11,6 nel 2003).

Le patologie principali trattate, secondo i principali DRG, sono state:

- Insufficienza cardiaca, edema polmonare: 20,2%
- Polmoniti: 10,5%
- Disturbi cerebrovascolari, ictus, TIA, occlusioni carotidi: 9,1%
- BPCO: 3,2%
- IRC complicata: 3,0%
- Aritmie cardiache: 2,9%
- Infarto acuto del miocardio: 2,7%
- Neoplasie dell'apparato digerente: 2,7%
- Arteriopatie ostruttive e aterosclerosi complicate: 2,2%
- Anemie: 2,2%

Area Intensiva

#### Area Intermedia

Le Lungodegenze (LD): PostAcuti (PA), Riabilitativa Estensiva (RE): la LDPA assume un ruolo indispensabile nella gestione a breve/medio termine di pazienti che, superata la fase acuta della malattia, hanno bisogno ancora di assistenza medico-infermieristica non erogabile in altri regimi assistenziali.

La Lungodegenza - Riabilitazione Estensiva (LDRE) ha come obiettivo mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti e si caratterizza per un tempo compreso tra 1 e 3 ore di trattamento giornaliero, un alto livello di assistenza infermieristico - riabilitativa e un'inferiore necessità di sorveglianza medica.

Gli obiettivi della LDPA e della LADPARE possono essere così sintetizzati:

- 1) Fornire assistenza qualificata e costi ridotti ai pazienti post-acuti non dimissibili.
- 2) Recuperare il massimo grado di autonomia funzionale perduta in seguito all'evento acuto, al fine di permettere un più facile inserimento nel proprio ambito familiare e sociale.
- 3) Accelerare il turn-over nei reparti per acuti.

Area Intermedia

4) Ridurre i ricoveri ripetuti.

I criteri di ammissione sono così definiti:

- a) paziente con malattia ad andamento cronico recidivante e ben definita sul piano diagnostico e che può necessitare solo di accertamenti di primo livello per il controllo della malattia;
- b) paziente con pregressa malattia acuta, stabilizzato, non autosufficiente, nel quale persiste la necessità di verifica medica quotidiana;
- c) paziente convalescente con esiti non stabilizzati di malattia;
- d) paziente destinato a trattamenti periodici ad elevata frequenza;
- e) paziente che necessita di assistenza internistica e di interventi riabilitativi di tipo estensivo.

Nelle strutture LDPA e LDPARE dell'Azienda USL di Imola, sono stati ricoverati 987 pazienti nell'anno 2004 (806 nel 2003). La degenza media è stata di 29,1 giorni (29,9 nel 2003).

Le patologie principali trattate, secondo i principali DRG, sono state:

- Disturbi cerebrovascolari, ictus, TIA, occlusioni carotidi: 13,4%
- Insufficienza cardiaca, edema polmonare: 8,3%
- Polmoniti: 7,7%
- Fratture di Femore: 7,5%
- Demenze complicate: 5,3%
- Neoplasie dell'apparato digerente: 4,3%
- BPCO: 3,9%
- Arteriopatie ostruttive AA.II. complicate, amputazioni: 2,7%
- Neoplasie apparato respiratorio: 2,5%
- Percorsi riabilitativi: 2,4%
- IRC complicata: 1,4%
- Ulcere distrofiche e da pressione della cute: 1,4%

Sono parte dell'area intermedia le consulenze geriatriche intraospedaliere e le sedute UVG per dimissioni protette.

Area della Continuità delle Cure

Area della Continuità  
delle Cure

- a) Ambulatorio Geriatrico: l'Attività Ambulatoriale di Visita Geriatrica (effettuata da U.O. di Geriatria e da LDPA) è finalizzata ad una valutazione clinica multidimensionale, ad una valutazione di tipo certificativo per invalidità/assegno di accompagnamento e ad una valutazione per prescrizione presidi. Nel 2003 sono state eseguite 979 visite geriatriche ambulatoriali. La U.O. LADPA effettua inoltre attività di Visita Cardiologia di I livello indirizzata alle persone anziane (circa 750 l'anno).
- b) Day Hospital e Day Service: l'attività consiste in più di 50 percorsi diagnostici complessi come Day Service e circa 190 (dato 2003) ricoveri in Day-Hospital di tipo prevalentemente terapeutico indirizzati a:
  - Trattamento emotrasfusionale e/o marziale e.v. in pazienti affetti da anemia cronica da perdita, da IRC e da patologia ematologica.
  - Trattamento e percorso diagnostico (in collaborazione con il Centro di Analgesia) di "ulcere trofiche vascolari difficili".
- c) Centro Esperto per lo Studio delle Demenze (Centro Unità Valutazione Alzheimer - UVA): finalizzato ad attività di Valutazione

- Neuropsicologica: vengono eseguite circa 180 prime visite all'anno, circa 560 visite di controllo e vengono seguiti in follow-up circa 280 pazienti.
- d) Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e Valutazione multidimensionale (VMD) (effettuate in collaborazione da U.O. di geriatria e LDPA): finalizzata ad attività di valutazione del paziente anziano per l'ammissione ai servizi della rete e ad attività di tipo certificativo. Nel 2003 sono state eseguite 948 valutazioni U.V.G. territoriali e 213 valutazioni U.V.G. per dimissioni protette.
  - e) Consulenze geriatriche presso le Case Protette e la RSA.

## Conclusioni del Direttore Generale

**Bilancio di Missione  
supporto operativo alla  
Direzione aziendale**

Come già espresso in premessa, la redazione di questo primo Bilancio di Missione si è ispirata da un lato alla necessità di fornire una puntuale risposta alle indicazioni regionali, dall'altra all'opportunità di realizzare un documento valido come supporto costante ed operativo alla Direzione aziendale, alla dirigenza e a tutti gli operatori nell'esercizio delle attività e funzioni sia nei rapporti verso l'esterno sia nell'organizzazione aziendale interna.

Il documento redatto, come si è visto, risulta composto da una prima parte finalizzata a fornire dati ed indicatori con riferimento all'ambito territoriale ed al contesto aziendale e da una seconda parte orientata ad esprimere gli obiettivi di salute perseguiti, nonché gli strumenti e le azioni messe in campo.

**Raggiungimento  
dell'equilibrio economico-  
finanziario**

Dalla lettura dei dati e degli indicatori riportati si evince il percorso dell'Azienda di Imola, già intrapreso nell'anno 2001 di perseguimento graduale ma costante, dell'equilibrio economico-finanziario da raggiungere nel corso dell'anno 2006.

**Mantenimento dei livelli  
quali-quantitativi**

Tale obiettivo, perseguito con puntualità e costanza, non ha comunque pregiudicato il mantenimento del livello quali-quantitativo dei servizi erogati ai cittadini ed anzi, in linea con i contenuti espressi nel Piano Attuativo Locale 2004-2006, si è attuata una politica di sviluppo dei servizi sia nell'Area Distrettuale sia nell'Area Ospedaliera; ad esempio l'Unità operativa di Lungodegenza e Riabilitazione nello Stabilimento Ospedaliero di Castel S.Pietro, la recente attivazione dell' Hospice ospedaliero a completamento ed integrazione della rete assistenziale dedicata ai malati terminali, l'integrazione dei servizi ambulatoriali nel Polo di Medicina e l'avvio dei lavori per la realizzazione del 3° lotto dell'Ospedale di Imola finalizzato al Dipartimento Emergenza-Accettazione.

Nel corso dell'anno 2004, come peraltro ampiamente descritto nei Capitoli 3 e 5, l'Azienda si è impegnata nella redazione e nell'approvazione, attraverso un ampio percorso concertativo, del P.A.L. in cui sono evidenziate, per tutte le Aree e settori di attività aziendali, le linee di sviluppo a valere per il triennio 2004-2006.

**Verifica attuazione P.A.L. e  
riorientamento ed  
integrazione degli obiettivi**

E' quindi indispensabile e già prevista nel corso dell'anno 2005, una verifica del livello di attuazione del Piano partendo da una valutazione ed autoanalisi congiunta da parte della Direzione aziendale e dei Direttori di Articolazione associato ad un analitico monitoraggio delle varie attività.

In questa sede si renderà probabilmente opportuna associare alla verifica un riorientamento di alcuni obiettivi ed eventuali integrazioni, in relazione a mutati bisogni della popolazione o al cambiamento degli scenari demografici.

**Ridefinizione dell'assetto  
organizzativo**

L'entrata in vigore della L.R. 29/2004 di riforma del Servizio Sanitario Regionale, e la sua concreta applicazione, inoltre impegnerà nel breve periodo l'Azienda nella ridefinizione dell'assetto organizzativo e, sulla base delle emanande direttive regionali, nella redazione di un nuovo Atto aziendale i cui elementi di sostanziale innovazione, peraltro richiamati dalla citata normativa, sono la qualificazione del Collegio di



**Sfida futura**

Direzione come organo aziendale, la rivalutazione del ruolo professionale, le nuove modalità di relazione fra Servizio Sanitario ed Enti Locali tramite la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e la definitiva qualificazione della competenza del Distretto nel campo della Committenza.

Preme sottolineare, infine, un'altra non secondaria finalità che si ritiene di attribuire al Bilancio di Missione, visto non solo come strumento in grado di produrre effetti rilevanti all'esterno dell'Azienda bensì all'interno dell'organizzazione, associato ad un'attività di comunicazione e coinvolgimento attivo dei dipendenti.

La sfida futura sarà quindi quella di favorire un raccordo costante e di rilievo tra il momento di redazione del Bilancio Sociale e processi di sviluppo organizzativo che l'Azienda vuole percorrere già a partire dall'anno in corso.