

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

Bilancio di missione 2008





1. Contesto di riferimento	pag. 2
1.1 Territorio	3
1.2 Ambiente	10
1.3 Popolazione	14
1.4 Condizioni socio-economiche	30
1.5 Osservazioni epidemiologiche	34
1.6 Stili di vita	44
1.7 Sicurezza	48
2. Profilo Aziendale	58
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	58
2.2 Impatto sul contesto territoriale	73
2.3 Livelli essenziali di assistenza	80
3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	118
3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	118
3.2 Universalità ed equità di accesso	122
3.3 Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti	133
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	143
3.5 Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo	161
4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	166
4.1 "Carta di identità" del personale	166
4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	172
4.3 Gestione del rischio e sicurezza	175
4.4 Formazione	176
4.5 Struttura delle relazioni con il personale e le sue rappresentanze	189
5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	196
5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi	196
5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità	213
5.3 La comunicazione interna aziendale	229
6. Ricerca, Innovazione, Alta formazione e Accreditamento	234
6.1 Attività della struttura per la ricerca e l'innovazione	234
6.2 Progetti sanitari nel piano telematico regionale	239
6.3 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	245
6.4 Alta formazione	246
6.5 Accreditamento	250

Il Bilancio di Missione 2008 si riferisce all'ultimo esercizio "pieno" dell'attuale Direzione, e fornisce l'opportunità di sperimentare questo innovativo modello di rendiconto con riguardo al mandato pluriennale (settembre 2005 - settembre 2009). La stessa natura del BdM è particolarmente adatta allo scopo, avendo in sé i caratteri del controllo strategico, ovvero un ampio orizzonte temporale (le serie storiche analizzate sono per lo più relative ad almeno 4 o 5 anni) e una costante attenzione al posizionamento nel contesto regionale. Molti degli indicatori utilizzati hanno una valenza esplicativa su traguardi "di mandato", come del resto l'azione strategica di una Direzione deve essere orientata ai risultati di medio periodo, piuttosto che a quelli di breve o brevissimo. La presente rendicontazione, pertanto, consente di sperimentare nelle condizioni più pertinenti la prima ipotesi di "Risultato di Missione" - che è quindi anche "Risultato di Mandato" - a cui si dedica gran parte della Sezione 3, per esplicitare il metodo e visualizzare la sintesi di merito, riaggregando gli indicatori influenti, tratti altresì dalle altre Sezioni, secondo le dimensioni della mission aziendale stessa: centralità del cittadino e gamma dei servizi offerti; universalità ed equità d'accesso; performance economico-finanziaria ed efficienza gestionale; qualità dell'assistenza e outcome.

Nell'Appendice "Risultato di Missione/Risultato di Mandato" si è ulteriormente proceduto verso lo scopo, presentando complessivamente gli indicatori di performance contenuti nel BdM - selezionati e riclassificati - consentendone una prima valutazione "sinottica" e permettendone, prospetticamente, un percorso di standardizzazione del "peso", al fine di condividere a livello di SSR un modo omogeneo per la traduzione in "punti" delle performance delle Aziende Sanitarie.

Oltre alla peculiarità "aziendale" del BdM 2008, di cui si è appena detto, va contestualizzato il momento attuale: dato che è ormai indiscutibilmente assodato che le dimensioni portanti delle Società (economia, politica, welfare, occupazione, etc.) sono interconnesse, la crisi finanziaria ed economica in corso non può non entrare nel Bilancio di Missione dell'Azienda USL di Imola. Anche solo un anno fa, si ragionava di uno scenario presente e prospettico (quali strategie di sviluppo, a partire dai risultati conseguiti e dalle condizioni socio-economiche del Nuovo Circondario Imolese) diversi, in termini sia effettivi sia percepiti.

La reale o presunta imprevedibilità della "crisi" rende il senso di come una azione strategica debba essere orientata contestualmente alle capacità di perseguire scenari in miglioramento progressivo e anche alle capacità di mantenere i risultati raggiunti, oltre che ad affrontare bisogni emergenti, quando una crisi muta repentinamente e drasticamente il quadro di riferimento (da stabile/crescente, a recessivo). La crisi finanziaria ed economica attuale è di portata storica e gli eventi imprevedibili, pur trovandoci nel XXI secolo, restano ancora molti: per cui, l'accezione di

strategico - in termini sia di miglioramento verso una visione sia di mantenimento massimo delle condizioni raggiunte - ha una sua significatività generale costante.

Ciò detto, in questo momento è chiaro che si è innanzitutto di fronte a una scelta politica sul finanziamento del Sistema Sanitario.

Se prevalgono le logiche da patto di stabilità - in Italia sostenute dall'esorbitante debito pubblico - allora, evidentemente, le previsioni OCSE, che danno il PIL italiano a -5,5% per il 2009, implicano una forte riduzione delle risorse per la Sanità.

Di converso, come risposta alla crisi, a partire dall'epicentro "Stati Uniti", l'investimento sulla Sanità è considerato un potente strumento macroeconomico anticiclico, e uno strumento competitivo, rispetto ad altre opzioni di politica economica espansiva, a condizione di premiare e migliorare la produttività della spesa (si pensi alla occupazione "sicura", all'indotto industriale, dalla farmaceutica alle tecnologie, etc.). Tra l'altro, l'investimento in Sanità è risposta alla crisi non solo economica, bensì anche perché quando c'è crisi le comunità si percepiscono "meno in benessere", che si traduce in "meno in salute", comportando in genere un aumento dei consumi (farmaceutica, specialistica, servizi) e un ritorno alla tentazione di tradurre in sanitario tutte le domande espresse, anche in ragione del fatto che i "luoghi" della Sanità sono i più visibili del territorio, rispetto a nuovi soggetti del welfare, come ad esempio nella nostra Regione le ASP.

Attenzione però: qualunque sia la scelta tra le opzioni politiche di cui sopra, nel nostro Paese è ormai evidente un terzo fattore empirico, con il quale continuiamo a fare i conti, indipendentemente dalla crisi attuale: "la qualità della sanità non dipende dalla spesa".

Maggiori livelli di spesa non producono necessariamente servizi di elevata qualità, efficaci e appropriati, e neppure più e/o migliore Salute. Sono invece la qualità, l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi sanitari le variabili di maggiore impatto sulla Salute della popolazione.

Dette affermazioni sono ormai assunte come esiti di studi approfonditi, che vedono - tra i 21 Sistemi Sanitari Regionali italiani - non a caso classificate come "coerenti" (in termini di buona correlazione spesa-risultato) le Regioni che hanno sostanzialmente conseguito l'equilibrio di bilancio e tra le "incoerenti" (maggiore spesa pro-capite, a fronte di minore offerta di servizi, sia in quantità sia in qualità) le Regioni che complessivamente spiegano il disavanzo di Sistema Nazionale. Pertanto, in entrambe le opzioni politiche, resta estremamente attuale la linea di sviluppo della produttività quali-quantitativa della spesa.

Al momento, le politiche sanitarie dibattute a livello nazionale possono essere riassunte intorno a tre grandi temi: le risorse da destinare al Sistema; la gestione delle situazioni di dissesto finanziario; la ri-definizione delle politiche per la Salute all'interno del Sistema di Welfare.

Per quanto riguarda il primo tema - le risorse - sembra che si voglia procedere con tagli determinati dal "Centro" (riduzione degli standard di posti letto; riduzione dell'ospedalizzazione; riduzione dei costi per il personale; introduzione di ulteriori forme per la compartecipazione alla spesa) con conseguente contrazione del Fondo Sanitario, già preannunciato nel DL 112/08, soprattutto per il biennio 2010-2011. Ciò sembra far propendere per le logiche da patto di

stabilità, e appare in contraddizione con la recente Riforma sul Federalismo, che nell'autonomia di finanziamenti dei sistemi sanitari trova una delle sue esemplificazioni più ricorrenti.

Per quanto riguarda il secondo tema - la gestione dei dissesti finanziari - la contrazione del Fondo Nazionale ex ante paradossalmente rinforza le aspettative di intervento a ripiano ex-post da parte dello Stato: anche ciò sembra in contraddizione con la Riforma federalista, che - se realmente attuata - prevede il "fallimento istituzionale".

Infine, il terzo tema - ri-definire le politiche per la Salute nell'ambito del Welfare - è stato affrontato con il Libro verde prima e il recentissimo Libro bianco poi: la tendenza individuata è una ancora più marcata de-ospedalizzazione, un miglioramento dei servizi territoriali, una più forte integrazione con le politiche assistenziali, la massima attenzione all'efficienza nell'impiego delle risorse. Si tratta di indirizzi reiterati perché la loro messa in esecuzione nel SSN è a "coriandoli", con apici regionali di eccellenza addirittura nel confronto europeo, e ritardi clamorosi: complessivamente l'Italia continua a restare agli ultimi posti in Europa per l'assistenza agli anziani; l'impegno sulla non autosufficienza è attuato in pochissime realtà regionali. Su entrambi i fronti - interconnessi - le esperienze delle Regioni più avanzate - tra cui a pieno titolo l'Emilia Romagna - indicano ormai in modo chiaro come procedere.

Nella realtà della AUSL di Imola, tali considerazioni generali di sistema trovano riscontro empirico. Quanto al tema dei finanziamenti, il presente rendiconto dimostra come la disponibilità di risorse finite e altresì certe, assegnate sulla base di un patto interistituzionale (Patto per la Salute 2006-2009), ritrasposto in un patto tra RER e Aziende, consenta di muoversi secondo l'ottica che esiste una correlazione stringente "buona spesa → buon servizio", il cui senso è incontrovertibile.

Quanto alle politiche di equità (e non egualitarismo!) finalizzate a ridurre i differenziali di spesa tra territori locali, il rispetto da parte delle Aziende dei propri specifici obiettivi economici, così come determinati dalla Regione, è stato elemento fondamentale per conseguire l'obiettivo del pareggio di Sistema, fin dal 2007. La RER ha mantenuto la regia dell'operazione, aumentando ex-ante secondo criteri equi - non a pioggia - i finanziamenti regionali, con il vincolo stringente di contenimento della crescita dei costi, a parità/sviluppo di servizi.

La linea guida principale per il governo della spesa è l'appropriatezza: in altri termini, esiste ormai ampia evidenza che una maggiore attenzione all'appropriatezza e alla sobrietà d'esercizio produce effetti positivi sulla qualità dei servizi e sulle dimensioni della spesa. Qualsiasi sia il livello di governo che fa del contrasto agli sprechi la propria linea di condotta deve promuovere il buon uso dei servizi sanitari (a partire dal pronto soccorso), dei farmaci (in particolare dei generici), degli esami di laboratorio (procedendo nelle politiche già avviate di accentramento dei laboratori e nella diffusione dei punti prelievo), della diagnostica per immagini (razionalizzando l'offerta), nella revisione di alcune tariffe, e così via. L'AUSL di Imola ha fatto la sua parte, registrando nel periodo 2005-2008 un incremento dei costi tra i più bassi a livello regionale, mantenendo - e in alcuni casi incrementando - l'offerta.

Quanto alle prospettive, l'equilibrio economico (2007 e 2008) dell'AUSL di Imola non è - non deve essere - un evento episodico, un traguardo del breve periodo, bensì è una dimensione strutturale e fondamentale dell'autonomia dell'Azienda. La dimostrazione di ciò sta nell'evidenza sintetica del Risultato di Missione, che mostra un'Azienda sana e performante, sia dal lato dei costi sia da quello dei risultati, sia in termini di confronto spaziale (posizionamento nel contesto RER) sia di trend temporale di mandato. Il monitoraggio costante delle dimensioni spazio-temporali del risultato di missione consentirà di confermare la "buona salute" dell'Azienda, indipendentemente dalla schizofrenia dell'approccio di sistema alle politiche di finanziamento, laddove le politiche di "taglio" indiscriminato e conseguente sottofinanziamento paradossalmente diventano nuovamente deresponsabilizzanti e predeterminano le condizioni per "piè di lista" generalizzati.

*In questo senso la parola chiave delle linee di sviluppo della Sanità del Nuovo Circondario Imolese si conferma **autonomia**, in binomio inscindibile con la responsabilità "di missione", sul quale l'Azienda stessa - proattivamente - chiede di essere misurata.*

Il Direttore Generale

Mario Tubertini

1. Contesto di riferimento	pag. 2
1.1 Territorio	3
1.1.1 Collocazione geografica, viabilità e flussi di mobilità sanitaria	4
1.2 Ambiente	10
1.2.1 Fonti di inquinamento	10
1.3 Popolazione	14
1.3.1 Struttura demografica della popolazione residente	14
1.3.2 Aspettativa di vita	18
1.3.3 Natalità	20
1.3.4 Anziani e grandi anziani	21
1.3.5 Stranieri	22
1.3.6 Famiglie	26
1.3.7 Soggetti in condizione di marginalità potenzialmente portatori di bisogni	27
1.4 Condizioni socio-economiche	30
1.4.1 Caratteristiche del Sistema economico Circondariale	30
1.4.2 Mercato del lavoro	31
1.4.3 Tenore di vita	34
1.5 Osservazioni epidemiologiche	34
1.5.1 Mortalità	35
1.5.2 Mortalità per grandi cause	37
1.5.3 Altre cause di mortalità	41
1.6 Stili di vita	44
1.6.1 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	45
1.6.2 Attività fisica	45
1.6.3 Abitudine al fumo	45
1.6.4 Consumo di alcol	46
1.6.5 Tossicodipendenze	47
1.6.6 Stato di salute percepito	47
1.7 Sicurezza	48
1.7.1 Incidenti stradali	49
1.7.2 Infortuni sul lavoro	50
1.7.3 Infortuni domestici	53

1. Contesto di riferimento

Per l'edizione del Bilancio di Missione 2008 - e puntualmente per la stesura della Sezione 1, *Contesto di riferimento* - oltre all'aggiornamento di dati e indicatori riportati nell'ormai consolidato Sito *ad hoc* regionale, che permette il confronto tra ambiti aziendali e tra Aziende - l'AUSL di Imola quest'anno dispone di due importanti "Fonti" informative, di cui ci si avvarrà per alcune sintesi di rilevante significato, e precisamente:

- il *Piano Strutturale del Circondario Imolese* (PSC), nei cui elaborati di contestualizzazione e analisi si sono agiti metodi per la proiezione di lungo periodo delle componenti strutturali di Comunità Locale, al fine di sostenere una visione di "*pianificazione attiva*" e non solo "*previdente*". Secondo detto indirizzo, è stato necessario calcolare le diverse dimensioni che interessarono il cambiamento demografico, su un orizzonte futuro di oltre un decennio, per anticipare i bisogni emergenti della popolazione specifici del PSC e darne risposta attraverso politiche di pianificazione corrette e lungimiranti. Si è ritenuto opportuno elaborare la previsione di tre grandezze demografiche fondamentali: l'andamento della popolazione residente (incluso il *cluster* stranieri residenti), l'invecchiamento della stessa, la dimensione del nucleo familiare medio e, conseguentemente, il numero di famiglie residenti. Queste stesse grandezze influenzano direttamente la richiesta di servizi socio-sanitari e sanitari, oltre alle richieste sociali tipiche del PSC;
- il *Profilo di Comunità della Provincia di Bologna*, che è parte sostanziale dell'*Atto d'indirizzo e coordinamento triennale 2009-2011*, elaborato e adottato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna e dalla Giunta *ex* CTSS del Nuovo Circondario Imolese. Il Profilo di Comunità è un disegno descrittivo organico delle caratteristiche di domanda e alcuni elementi di risposta del *welfare* locale, secondo l'impostazione regionale della massima integrazione: il *Piano Sociale e Sanitario 2008-2010* della Regione Emilia-Romagna - già nel titolo - indica la priorità della integrazione forte tra le diverse dimensioni di *welfare*, ridisegna e semplifica attori, ruoli e attribuzioni/competenze della *governance*. Proprio l'introduzione del Profilo di comunità tra gli strumenti di programmazione istituzionale aveva fatto sorgere il quesito se mantenere la presente Sezione come componente di inquadramento del documento di rendicontazione aziendale: la risposta affermativa si sostiene proprio perché nel Bdm il Profilo, nelle sue componenti specifiche sanitarie e socio-sanitarie, dirette e indirette, si verifica, si conferma, ovvero si ri-orienta con cadenza annuale. Si pensi a come quest'anno il *Contesto di riferimento* debba essere interpretato come fotografie 2007 e 2008 - e/o andamenti fino a 2007 e 2008 - subito precedenti la crisi economico-finanziaria in corso.

Proprio in considerazione della "abbondanza informativa" - e per finalizzare la stessa agli scopi del Bdm - lo svolgimento della presente Sezione presenta un piano di lettura "numerico quali/quantitativo" prevalente sul piano descrittivo e di commento, a cui molto spazio è stato riservato nell'anno precedente, proponendo concetti che in gran parte mantengono il loro valore per l'esercizio in esame, trattandosi essenzialmente di fenomeni a lenta evoluzione.

1.1 Territorio

La popolazione residente nel Nuovo Circondario Imolese - ambito della AUSL di Imola - al 1/01/2009 è pari a 129.589 abitanti (49% maschi e 51% femmine). Circa l'81% della popolazione circoscrizionale vive nei Comuni di Imola (52,49%), Castel San Pietro Terme (15,77%) e Medicina (12,57%).

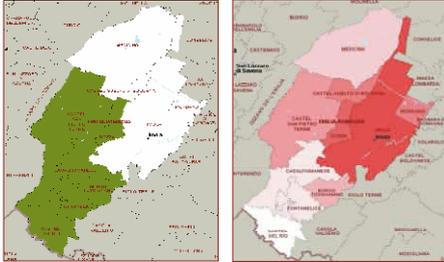
Tabella 1.1 - Superficie e densità demografica nei Comuni dell'Azienda USL di Imola al 1/01/2009

COMUNE e ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE kmq	DENSITÀ DI POPOLAZIONE Pop/kmq	POPOLAZIONE			2009 (%)	2008 (%)
			M	F	Totale		
Pianura							
IMOLA	204,94	331,90	33.069	34.950	68.019	52,49%	52,76%
MORDANO	21,46	212,07	2.337	2.214	4.551	3,51%	3,50%
MEDICINA	159,11	102,39	7.977	8.315	16.292	12,57%	12,38%
CASTEL QUELFO	28,55	142,98	2.052	2.030	4.082	3,15%	3,11%
TOTALE 1 (pianura)	414,06	224,47	45.435	47.509	92.944	71,72%	71,75%
Collina							
CASTEL S. PIETRO	148,48	137,62	10.081	10.353	20.434	15,77%	15,75%
DOZZA	24,24	260,44	3.139	3.174	6.313	4,87%	4,83%
CASALFUMANESE	81,87	41,85	1.724	1.715	3.439	2,55%	2,53%
BORGIO TOSSIGNANO	29,12	113,32	1.649	1.651	3.300	2,55%	2,58%
FONTANELICE	36,57	51,93	965	934	1.899	1,47%	1,50%
CASTEL DEL RIO	52,56	23,97	617	643	1.260	0,97%	0,97%
TOTALE 2 (collina)	372,84	98,28	18.175	18.470	36.645	28,28%	28,25%
TOTALE GENERALE	787	184,66	63.610	65.979	129.589	100%	100%
ITALIA (2008)		197,85					
REGIONE E.R.(2008)		193,33					

Fonte: ISTAT e Anagrafi comunali

La densità di popolazione nel territorio aziendale si conferma inferiore alle densità medie nazionale e regionale. Ciò detto, si rileva: un'alta densità in pianura, pari a 224,47 ab/kmq, con il valore massimo del Comune di Imola (331,90 ab/kmq) e il valore minimo del Comune di Medicina (102,39 ab/kmq); una densità molto più bassa in collina, pari a 98,26 ab/kmq, anche se i 6 Comuni ivi presenti registrano valori differenti, dal massimo di Dozza (260,44 ab/kmq) al minimo di Castel del Rio (23,97 ab/kmq).

Figura 1.2 - Distribuzione dei Comuni della AUSL di Imola per zona altimetrica e densità



I trend dei territori aziendale e regionale - rappresentati nel Grafico 1.3 - manifestano una sostanziale stabilità, ovvero sembrano non verificarsi consistenti flussi di mobilità collegati alle zone altimetriche.

Grafico 1.3 - Trend della distribuzione demografica nell'ambito dell'AUSL di Imola per zona altimetrica e confronto regionale. Periodo 2004-2008



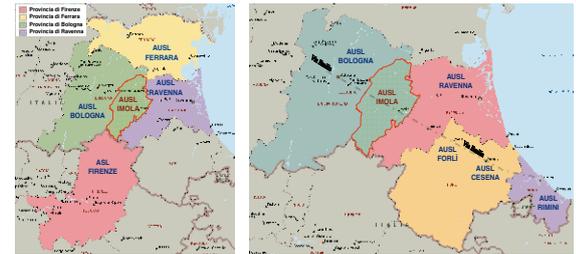
Dal punto di vista della dispersione abitativa, il 66% della popolazione circondariale vive nei 10 centri urbani dei Comuni, il 18% vive nelle frazioni, e il 16% nelle case sparse.

1.1.1 Collocazione geografica, viabilità e flussi di mobilità sanitaria

Il Nuovo Circondario Imolese, ovvero il territorio della AUSL di Imola, confina: a ovest, con la Provincia di Bologna - di cui è parte - e l'AUSL di Bologna; a nord, con la Provincia di Ferrara e l'AUSL di Ferrara; a est, con la Provincia di Ravenna e l'AUSL di Ravenna; a sud, con la Regione Toscana e l'Azienda Sanitaria di Firenze.

Oltre ai confini in senso strettamente geografico, è da sempre fondamentale lo sviluppo della Regione Emilia Romagna nella direzione segnata dalla via Emilia che, di fatto, realizza una conurbazione senza soluzione di continuità lungo il suo asse.

Figura 1.4 - Collocazione geografica dell'AUSL di Imola e Aziende confinanti lungo l'asse Via Emilia



Per l'AUSL di Imola, l'importanza dei confini determinati dalla via Emilia è dimostrata dall'evidenza dei flussi di mobilità sanitaria (Figura 1.7), concentrati sulla direttrice est-ovest, mentre risultano pressoché trascurabili sulla direttrice nord-sud.

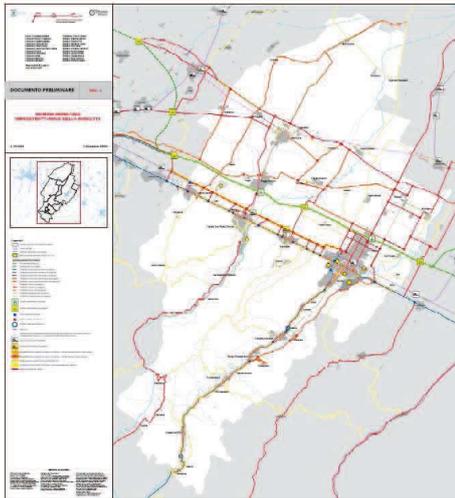
A proposito di infrastrutture viarie, la recente analisi condotta in sede di PSC rileva una ortodora "pseudo romana", con a nord l'asse della via Emilia, la via Selice-Montanara e due strade perpendicolari alla stessa via Emilia, che da Castel San Pietro Terme e da Toscanella raggiungono l'autostrada. La A14 ha due caselli che insistono nel territorio circondariale: quello di Castel San Pietro Terme movimentato oltre 3 milioni di mezzi in un anno; quello di Imola supera i 4,6 milioni annui. Le analisi condotte sulla viabilità, sull'uso spesso locale che viene fatto dell'autostrada, sulla mancanza di collegamenti idonei con il capoluogo e su tangenziali progettate e mai costruite evidenziano come il tessuto viabilistico risulti inadeguato e superato. Nello specifico si rileva:

- **Piste ciclabili:** complessivamente sono già stati realizzati quasi 90 km di piste; in corso di realizzazione ci sono altri 40,5 km, per un totale di circa 129 km. Nei Comuni del Circondario sono previsti 162 km di corsie dedicate;
- **Sistema Ferroviario e Trasporto Pubblico Locale (TPL):** il Sistema Ferroviario e il Trasporto Pubblico Locale rappresentano i due principali vettori di spostamento sul territorio. Nel Circondario sono presenti 3 stazioni (Sistema ferroviario metropolitano): Varignana, Castel San Pietro Terme e Imola. Il TPL è presente con 54 linee, di cui 7 urbane a Imola e 47 extraurbane. Attualmente si evidenzia come critica la fruibilità delle fermate delle linee del TPL;

- **Pendolarismo:** i dati evidenziano la necessità di fornire valide alternative all'uso del mezzo privato, in particolare attraverso il potenziamento della rete di trasporto pubblico ferroviario e su gomma. La recente analisi del pendolarismo ha riguardato gli spostamenti in entrata e in uscita per ogni Comune e la movimentazione interna ai Comuni. In uscita prevalgono in tutti i Comuni gli spostamenti verso Bologna; significativi sono gli spostamenti in uscita verso Est. In entrata giungono da Bologna 1.400 pendolari, che con San Lazzaro e Ozzano superano i 2.170 spostamenti. Da est si registrano 3.000 ingressi. In termini assoluti sono oltre 5.300 i movimenti interni al Circondario.

Nei prossimi anni, le azioni principali per le infrastrutture consistono in: (i) completamento della trasversale di pianura; (ii) realizzazione della nuova San Vitale; (iii) riorganizzazione della SS9 Emilia; (iv) qualificazione della SP610 Selice-Montanara; (v) creazione di un passante a nord a ridosso della linea ferroviaria; (vi) nuovo casello A14 all'altezza di Toscana; (vii) realizzazione 4ª corsia A4 fino allo svincolo A14 bis per Ravenna; (viii) collegamento tra l'autostrada e la tangenziale est di Imola e realizzazione di un nuovo ponte sul Santerno, con raccordo per la SP 14 Codrignanesa.

Figura 1.5 - Armatura Infrastrutturale della mobilità attuale e prospettica nel territorio circondariale



Fonte: PSC del Nuovo Circondario Imolese

Le azioni principali per il sistema della mobilità consistono in: (i) realizzazione della nuova stazione ferroviaria di Toscana; (ii) riqualificazione e potenziamento delle stazioni ferroviarie per un sistema metropolitano "cadenzato"; (iii) recupero del sedime della ex ferrovia Budrio-Medicina-Massa Lombarda per il ripristino della ferrovia o la realizzazione di un bus-via; (iv) potenziamento e promozione del trasporto collettivo e dell'intermodalità; (v) creazione di servizi di mobilità specifici per cittadini anziani o fasce sociali deboli, e di servizi di mobilità più sicura nei tragitti casa-lavoro, casa-scuola, casa-presidi socio sanitari.

In Tabella 1.6 si riportano gli indicatori specifici che rilevano la fidelizzazione dei residenti nei 10 Comuni circondariali verso il Presidio Ospedaliero della AUSL di Imola: dai dati si evince una ripresa della crescita dell'indice di dipendenza della popolazione dagli stabilimenti aziendali, con il recupero di 1,4 punti percentuali nel 2008, sul 2007 (corrispondente a una variazione percentuale pari a +2,15%).

Tabella 1.6 - Indicatori della mobilità sanitaria intraregionale per ricovero. Periodo 2005-2008

COMUNE	Ricoveri				Indice di dipendenza				Tasso di ospedalizzazione			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
CASTEL DEL RIO	259	221	207	230	72,2%	76,9%	72,0%	73,5%	206,54	176,24	167,88	182,54
CASALFUMANESE	535	497	496	504	74,4%	73,4%	65,5%	70,4%	165,07	153,35	147,93	146,55
FONTELELICE	346	307	365	378	78,9%	76,9%	72,3%	68,8%	185,22	164,35	191,30	199,05
MEDICINA	2.466	2.473	2.512	2.483	40,1%	40,6%	40,2%	42,5%	160,90	181,36	159,11	153,02
BORGIO TOSSIGNANO	551	539	454	462	73,3%	76,1%	74,2%	77,0%	170,75	167,03	168,39	170,30
CASTEL S. PIETRO	3.206	3.108	3.074	3.231	60,4%	61,9%	62,0%	64,1%	160,14	155,24	153,00	158,12
CASTEL GUELFO	653	612	577	636	63,4%	64,7%	63,4%	62,9%	167,69	157,16	145,27	155,81
MORDANO	715	703	704	696	69,7%	70,0%	67,9%	68,4%	162,39	159,66	157,67	152,93
DOZZA	1.014	875	962	956	68,6%	69,5%	67,8%	68,4%	168,66	145,54	156,22	151,43
IMOLA	11.353	11.021	11.183	11.537	71,6%	71,2%	70,6%	71,5%	170,32	165,34	166,16	169,91
Totale Ausl	21.098	20.356	20.634	21.243	66,6%	66,1%	65,2%	66,6%	167,57	161,68	161,76	163,92

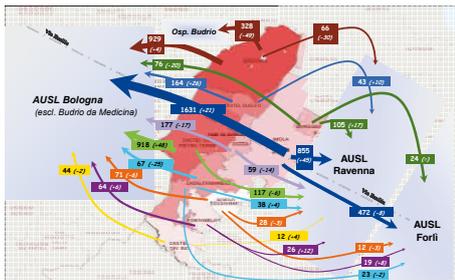
Per l'analisi di dettaglio del LEA *assistenza ospedaliera*, comprensiva dei flussi di mobilità azienda-dipendenti, si fa rinvio alla Sezione 2; in questa sede descrittiva di dinamiche influenzate da molteplici fattori, interessa sottolineare come l'indice di dipendenza del Comune di Medicina dal Presidio dell'AUSL di Imola aumenti nel 2008 di 2,3 punti percentuali, rispetto al 2007 (corrispondente a una variazione percentuale pari a +5,72%): se l'andamento dell'esercizio in corso considererà il *trend*, ciò potrà essere fondatamente letto come indizio di una erosione progressiva della storica fidelizzazione di tale Comunità locale verso il bolognese.

In Figura 1.7 è rappresentata la mobilità sanitaria passiva intraregionale 2008 dei residenti del territorio aziendale, per ricovero ospedaliero: la "fuga" - riferita ai ricoveri ordinari e in DH - è registrata interamente, senza distinzione di specialità presenti e non.

La rappresentazione della mobilità passiva per ricovero conferma l'importanza dell'asse della via Emilia: scegliendo di "disegnare" solo i volumi più significativi (>5% della mobilità complessiva di ogni Comune) l'Azienda di Ferrara non appare, mentre è significativa l'AUSL di Forlì. In termini speculari a quanto visto sopra come miglioramento dell'indice di dipendenza, si sottolinea che - per quanto la fidelizzazione dei medici verso l'Ospedale di Budrio continui a essere consistente - si registra un calo dei casi trattati tra 2007 e 2008 di quasi 50 ricoveri; è inoltre confermato il

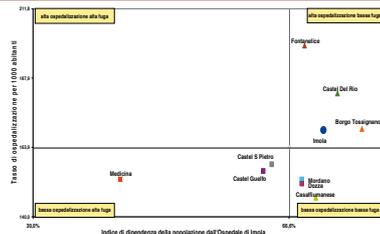
contenimento pressoché complessivo della mobilità entro le Aziende confinanti *lato sensu*, anche a evidenza del buon funzionamento delle reti *Hub&Spoke* per le Alte Specialità.

Figura 1.7 - Flussi di mobilità passiva per ricovero dell'AUSL di Imola. Anno 2008 e variazione 2007



Nel Grafico 1.8 si pone in relazione il tasso di fuga - inverso dell'indice di dipendenza della popolazione - con il tasso di ospedalizzazione specifico per singolo Comune del Circondario.

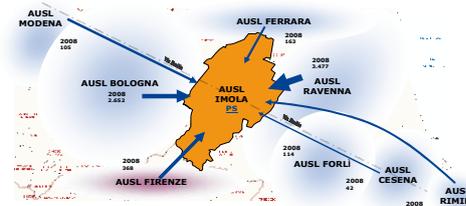
Grafico 1.8 - Relazione "tasso di ospedalizzazione e indice di dipendenza" per i Comuni circondariali Anno 2008



Si tratta di un tipico grafico a dispersione, dove i Comuni si collocano su quadranti caratterizzati da alto/basso livello delle variabili esaminate. Anche per il 2008 appare evidente l'esistenza di una relazione inversa tra le variabili: a un'elevata "fuga" si associa generalmente un basso tasso di ospedalizzazione, e viceversa. Rispetto alla fotografia 2007 (Tabella 1.6) si nota un progressivo avvicinamento del Comune di Fontanelice al quadrante "critico", caratterizzato da alta ospedalizzazione e alta fuga, in cui comunque, per l'esercizio in esame, non si posiziona alcun

Comune. Nel quadrante "virtuoso" - caratterizzato da bassa fuga e bassa ospedalizzazione - si confermano i Comuni di Mordano, Dozza e Casalfiumanese.

Figura 1.9 - Attrattività del PS dell'AUSL di Imola. Anno 2008



AMBITO	RESIDENZA	2008	AFFERENZA	RESIDENZA	2008
AUSL Bologna	BOLOGNA	274	BOLOGNA	473	183
	ALTRIO	101	ALTRIO	101	114
	SAN LAZZARO DI BAVENNA	481	FORLÌ	81	38
	MONTEFENICO	138	ALTRIO	38	105
	MOLINELLA	65	MODENA	81	80
AUSL Modena	BOLZANO	108	ALTRIO	108	100
	ALTRIO	201	ALTRIO	100	100
	CASTEL BOLOGNESE	618	ALTRIO	100	100
	BOLLE TERME	430	SPINZOLLA	274	368
AUSL Ravenna	CONSOLE	404	PALAZZUOLO D.SA. BENE	48	48
	FAENZA	218	ALTRIO	48	2205
	FORLIGNO	149	ALTRIO	48	2205
	MONDARA DI ROMAGNA	175	ALTRIO	48	2205
	CAROLA VALERIO	130	ALTRIO	48	2205
AUSL Ferrara	ALTRIO	245	ALTRIO	245	1302
	ALTRIO	245	ALTRIO	245	96
	ALTRIO	245	ALTRIO	245	96
	ALTRIO	245	ALTRIO	245	96
	ALTRIO	245	ALTRIO	245	96

La fluidità dei confini istituzionali è evidenziata altresì dalla vista inversa, ovvero l'attrattività della AUSL di Imola, per la quale si presenta l'analisi emblematica della "mobilità attiva" 2008, verso il Pronto Soccorso (Figura 1.9) che corrisponde al 17,3% (10.656) degli accessi totali (61.685). I principali flussi extraenzimali nell'esercizio in esame - fatta salva una forte quota di attrattività extraregionale (21,5% della mobilità totale) - riguardano per la massima parte (65,3% della mobilità totale, pari a 6.959 accessi) i Comuni posizionati nei confini geografici (compreso i primi Comuni toscani, che sono in contiguità con i Comuni aziendali della Valle del Santerno) e sui confini individuati dall'asse della via Emilia. Si noti che il dato riferito agli stranieri, contenuto nella tabella di Figura 1.9, non riassume la totalità degli accessi di pazienti con cittadinanza straniera, in quanto la gran parte di questi ha residenza in Italia e viene ricompreso nei dati per AUSL (per l'analisi puntuale si fa rinvio alle Sezione 3).

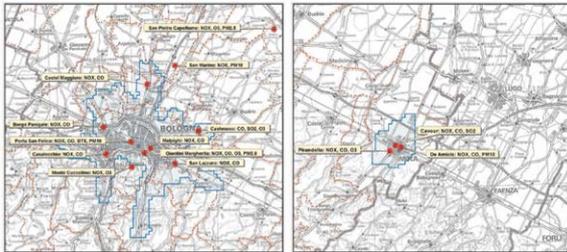
1.2 Ambiente

Di seguito vengono proposti elementi conoscitivi del Sistema ambientale del territorio, fornendo i dati aggiornati rispetto a: dimensione "Aria" come componente cosiddetta naturale; dimensione "Fabbriche a rischio di incidente rilevante" come componente cosiddetta antropica.

1.2.1 Fonti di inquinamento

La rete di monitoraggio dell'inquinamento atmosferico presente sul territorio provinciale di Bologna è attiva dal 1998 ed è costituita attualmente da 14 stazioni di rilevamento, distribuite su 8 Comuni, così come riportato nella Figura 1.10.

Figura 1.10 - Stazioni di rilevamento negli agglomerati di Bologna e Imola



I parametri rilevati dalle stazioni sono: Biossido di azoto (NO_2); Monossido di carbonio (CO); Polveri inalabili con diametro aerodinamico $<10 \mu\text{m}$ (PM_{10}); Polveri respirabili con diametro aerodinamico $<2,5 \mu\text{m}$ ($\text{PM}_{2.5}$); Biossido di zolfo (SO_2); Ozono (O_3); Benzene (C_6H_6).

Tra gli inquinanti atmosferici il Biossido di azoto, l'Ozono e il PM_{10} rappresentano buoni traccianti e generici indicatori di potenziali effetti sanitari.

BIOSSIDO DI AZOTO (NO_2) - Valore limite orario per la protezione della salute umana + margine di tolleranza nel 2008: $220 \mu\text{g}/\text{m}^3$ da non superarsi per più di 18 volte nell'anno; valore limite annuale per la protezione della salute umana + margine di tolleranza nel 2008: $44 \mu\text{g}/\text{m}^3$; soglia di allarme: $400 \mu\text{g}/\text{m}^3$ da misurarsi su 3 ore consecutive.

Dal 01/1 al 31/12/2008 si sono verificati superamenti sporadici del valore limite orario nell'agglomerato di Bologna; nessun superamento si è registrato nell'agglomerato di Imola.

Tabella 1.11 - Superamenti Valore Limite orario di NO_2 + margine di tolleranza ($220 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Anno 2008

STAZIONE	n. superamenti del valore limite orario $220 \mu\text{g}/\text{m}^3$											
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mai	Giù	Lug	Agò	Set	Ott	Nov	Dic
BORGIO PANIGALE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZANARDI*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GIARDINI MARGHERITA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PORTA SAN FELICE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MALPIGHI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MONTE CUCCOLINO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN LAZZARO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GRANAROLO**	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CASTEL MAGGIORE	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
CASALECCHIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN MARINO***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SAN PIETRO CAPOFUME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMOLA - CAVOUR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMOLA - DE AMICIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMOLA - PIRANDELLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: ARPA di Bologna

*ZANARDI: dismessa il 01/10/2008

**GRANAROLO: dismessa il 18/02/2008

***SAN MARINO: stazione attiva dal 01/04/2008

OZONO (O_3) - Soglia di informazione (media oraria): $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$; soglia di allarme (media di 1 ora per 3 consecutive): $240 \mu\text{g}/\text{m}^3$; obiettivo a lungo termine per la protezione della salute umana (media massima giornaliera su 8 ore nell'arco di un anno civile): $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Tabella 1.12 - Superamenti della Soglia di informazione di O_3 ($180 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Anno 2008

STAZIONE	n. superamenti della soglia di informazione $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$											
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mai	Giù	Lug	Agò	Set	Ott	Nov	Dic
ZANARDI*	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GIARDINI MARGHERITA	0	0	0	0	0	12	14	8	0	0	0	0
MONTE CUCCOLINO	0	0	0	0	0	22	30	10	2	0	0	0
CASTENASO	0	0	0	0	0	7	1	0	0	0	0	0
SAN PIETRO CAPOFUME	0	0	0	0	0	0	20	9	0	0	0	0
IMOLA - PIRANDELLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: ARPA di Bologna

*ZANARDI: dismessa il 01/10/2008

Dall'1 gennaio al 31/12/2008 si sono verificati superamenti della Soglia di informazione ($180 \mu\text{g}/\text{m}^3$) nell'agglomerato di Bologna, concentrati nei mesi di giugno, luglio e agosto; nessun superamento si è registrato nell'agglomerato di Imola.

Tabella 1.13 - Superamenti dell'Obiettivo a lungo termine per la protezione della salute umana di O_3 ($120 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Anno 2008

STAZIONE	n. superamenti obiettivo a lungo termine $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$											
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mai	Giù	Lug	Agò	Set	Ott	Nov	Dic
ZANARDI*	0	1	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0
GIARDINI MARGHERITA	0	0	0	0	0	7	22	16	2	0	0	0
MONTE CUCCOLINO	0	0	1	9	10	14	25	23	7	2	0	0
CASTENASO	0	0	0	0	0	4	8	13	13	3	0	0
SAN PIETRO CAPOFUME	0	0	0	0	0	7	19	24	7	0	0	0
IMOLA - PIRANDELLO	0	0	0	0	0	2	3	1	0	0	0	0

Fonte: ARPA di Bologna

*ZANARDI: dismessa il 01/10/2008

In questi anni, l'inquinamento da Ozono ha assunto un andamento di costante riduzione, anche se durante il 2008 - nell'agglomerato di Bologna e in misura decisamente inferiore nell'agglomerato

di Imola (Tabella 1.13) - si sono registrati superamenti del livello soglia indicato dall'OMS come obiettivo a lungo termine per la protezione della salute ($120 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

PARTICOLATO INALABILE PM₁₀ - Valore limite giornaliero per la protezione della salute umana: $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ da non superarsi per più di 35 volte nell'anno; Valore limite annuale: $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Tabella 1.14 - Superamenti del Valore Limite giornaliero di PM₁₀ ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Anno 2008

STAZIONE	n. superamenti del valore limite giornaliero $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$											
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mai	Giù	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
PORTA SAN FELICE	16	15	2	2	1	0	0	0	3	10	14	11
GIARDINI MARGHERITA*	-	12	0	1	0	0	0	0	0	1	5	0
MONTE CUCCOLINO**	0	2	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-
CASTENASO***	7	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SAN MARINO****	-	-	-	0	0	0	0	0	2	12	0	1
IMOLA - DE AMICIS	8	12	0	0	0	0	0	0	1	2	3	5

Fonte: ARPA di Bologna

*GIARDINI MARGHERITA: il numero di superamenti del Valore limite giornaliero viene calcolato a partire dal 1/02/2008

**MONTE CUCCOLINO: dismessa il 01/09/2008

***CASTENASO: dismessa il 18/02/2008

****SAN MARINO: il numero di superamenti del Valore limite giornaliero viene calcolato a partire dal 1/04/2008

Dall'1 gennaio al 31/12/2008 si sono verificati superamenti del Valore Limite Giornaliero ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) sia nell'agglomerato di Bologna sia nell'agglomerato di Imola, concentrati nei mesi autunnali e invernali.

Tabella 1.15 - Polveri ultrafini (PM₁₀) nella Provincia di Bologna. Periodo 2005-2008

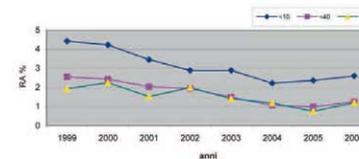
ANNO	VALORI LIMITE DI RIFERIMENTO	Agglomerato Bologna		Agglomerato Imola	
		NUMERO DI SUPERAMENTI ANNUALI	% DI GIORNATE/ANNO CON VALORI NELLA NORMA	NUMERO DI SUPERAMENTI ANNUALI	% DI GIORNATE/ANNO CON VALORI NELLA NORMA
2005	$50 \mu\text{g}/\text{m}^3$	100	70,33%	52	85,00%
2006	$51 \mu\text{g}/\text{m}^3$	108	66,46%	69	81,09%
2007	$52 \mu\text{g}/\text{m}^3$	122	66,58%	49	86,57%
2008	$53 \mu\text{g}/\text{m}^3$	68	81,27%	38	89,53%

Dal 2005 i dati validi non sono più i valori medi delle stazioni nell'agglomerato, bensì i valori più elevati riscontrati. Il conteggio viene effettuato separatamente per ogni stazione e il valore massimo è scelto come indicatore per tutto l'agglomerato: come evidenziato in Tabella 1.14 per l'agglomerato di Bologna la stazione riportata per il 2008 è Porta San Felice. Per l'esercizio in esame la media RER di giornate con valori entro la norma è 78,3%; Imola (89,53%) è seconda dopo Ravenna (91,8%).

Di seguito si riportano i grafici su " *eccesso di mortalità generale*" e " *percentuale di anni di vita persi*" attribuibile al PM₁₀. Tutti i dati stimati fanno riferimento a quanto accadrebbe se venissero adottati differenti livelli di inquinamento accettabile e il rispetto degli stessi fosse assunto come effettivo e costante. In pratica se la soglia di inquinamento accettabile è bassa si hanno più casi di morte, ovvero un maggior numero di anni di vita persi attribuibile al superamento di tale livello.

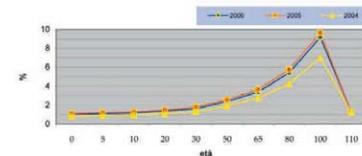
Di converso, se il livello di inquinamento accettabile è più alto, la stima di decessi attribuibili risulta meno importante.

Grafico 1.16 - Mortalità generale in eccesso stimata a varie soglie di PM₁₀. Periodo 1999-2006



Fonte: Profilo di Comunità della Provincia di Bologna

Grafico 1.17 - % di anni di speranza di vita persi a varie età imputabile al PM₁₀. Anni 2004, 2005, 2006



Fonte: Profilo di Comunità della Provincia di Bologna

Si deve prendere in considerazione anche la percentuale di speranza di vita persa nelle varie età per esposizione al PM_{2,5} (frazione inalabile delle polveri). In questo caso si è calcolato che i soggetti nati in provincia di Bologna nel 2006, se resteranno esposti nella loro futura vita alla concentrazione di PM_{2,5} rilevata nel corso dello stesso anno, perderanno circa 8 mesi di vita.

Infine, quale dimensione antropica, si riporta in Tabella 1.18 l'esito del monitoraggio delle Attività industriali a rischio di incidente chimico (Direttiva UE Seveso II) e/o grave contaminazione ambientale.

Tabella 1.18 - Comuni della Provincia di Bologna in cui insistono sedi di attività industriali a rischio

Comune sede dello stabilimento	Rischio alto (art.8)	Rischio medio (art.9)
Bentivoglio	2	
Castel Maggiore	1	
Castello d'Angile	1	
Castenaso	1	
Crespellano	1	
Molinella	1	
San Giorgio di Piano	1	
Sasso Marconi	1	
Bologna		2
Imola		2
Sala Bolognese		2
Granarolo dell'Emilia		1
Malalbergo		1
Montevigilio		1
Pianoro		1
San Lazzaro di Savena		1
San Pietro in Casale		1

Fonte: Profilo di Comunità della Provincia di Bologna

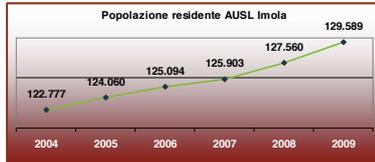
Nella Provincia di Bologna sono stati censiti a Giugno 2007: 9 stabilimenti ad alto rischio (art. 8) e 11 a medio rischio (art. 6); di questi, 2 a rischio medio insistono nell'ambito della AUSL di Imola.

1.3 Popolazione

1.3.1 Struttura demografica della popolazione residente

La popolazione del Nuovo Circondario Imolese è cresciuta, tra l'1/01/2008 e l'1/01/2009, di 2.029 unità, a un tasso del 1,6%.

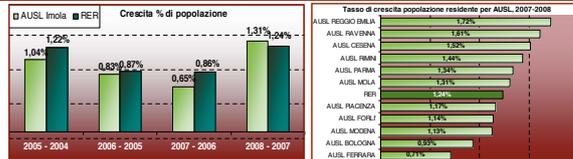
Grafico 1.19 - Variazione assoluta della popolazione circondariale. Periodo 1/01/2004-2009



Negli ultimi 5 anni la crescita demografica ha registrato ritmi sostenuti: l'incremento dal 2004 al 2009 si attesta intorno al 5,5%, passando da oltre 122.000 abitanti, a oltre 129.000, con un incremento annuo medio di 1.362 unità, evidenziando un maggiore sviluppo rispetto al decennio 1991-2001 (crescita media/anno di 835 unità) e rispetto al decennio 1981-1991 (crescita media/anno di 538 unità).

Per un confronto con il tasso di crescita medio regionale si hanno a disposizione i dati con uno scarto di 12 mesi, ossia la popolazione locale e della Regione all'1/01/2008.

Grafico 1.20 - Variazione % delle popolazioni circondariale e RER. Periodo 1/01/2004-2008



Come evidenziato nel Grafico 1.20, la crescita della popolazione della AUSL di Imola, nel quadriennio 2005-2007, tende a rallentare - così come il *trend* regionale - per poi aumentare nel 2008, sino a superare per la prima volta il dato medio RER (1,31% vs 1,25%). Nel biennio 2007-2008, gli ambiti con rispettivamente il più alto e il più basso tasso di crescita sono l'AUSL di Reggio Emilia (+1,72%) e l'AUSL di Ferrara (+0,71%).

Figura 1.21 - Variazione assoluta e % della popolazione circondariale per Comune di residenza Periodo 2007-2009

Comuni	Residenti al 1/01/2007	Residenti al 1/01/2008	Residenti al 1/01/2009	Var. 2007-2008	Var. % 2007-2008	Var. % 2008-2009	Tasso di crescita della popolazione 2007-2009
Imola	68.658	67.501	68.619	718	1,0%	1,6%	1,3%
Castel del Rio	1.254	1.251	1.250	-3	-0,2%	-0,1%	-0,1%
Fontanelice	1.351	1.350	1.350	-1	-0,0%	0,0%	0,0%
Borgo Tossignano	2.251	2.251	2.251	0	0,0%	0,0%	0,0%
Casalfumane	2.251	2.251	2.251	0	0,0%	0,0%	0,0%
Dozza	6.158	6.158	6.158	0	0,0%	0,0%	0,0%
Castel Guelfo	3.972	4.182	4.182	210	5,3%	4,8%	5,1%
Mordano	4.465	4.465	4.465	0	0,0%	0,0%	0,0%
Castel S. Pietro	3.972	4.182	4.182	210	5,3%	4,8%	5,1%
Medicina	15.788	15.788	15.788	0	0,0%	0,0%	0,0%
Circondario Imolese	127.560	127.560	129.589	2.029	1,6%	1,6%	1,6%

In Figura 1.21 è rappresentato il *trend* della popolazione del Nuovo Circondario Imolese, nel periodo 2007-2009, per singolo Comune: i progressi maggiori in termini di crescita demografica si registrano nei Comuni di Medicina (+6,3%), Casalfumane (+6,1%), Dozza (+5%) e Castel Guelfo (+4,8%). Tra 2008 e 2009 l'unico Comune con saldo negativo di popolazione risulta essere Fontanelice (-0,5%).

La Tabella 1.22 mostra una rielaborazione delle previsioni di crescita pubblicate dalla Regione Emilia-Romagna: tali valori sono stati calcolati sulla base dei dati reali rilevati dalle singole anagrafi comunali al 1 gennaio 2008, effettuando una "traslazione" degli indici di crescita previsti dalla stessa Regione in ipotesi di crescita alta. L'aggiornamento dei dati previsionali elaborati dalla Regione è stato necessario a causa dello sviluppo demografico registrato nel Nuovo Circondario Imolese durante i tre anni seguiti all'uscita della ricerca (2005), che ha reso le previsioni demografiche ormai superate.

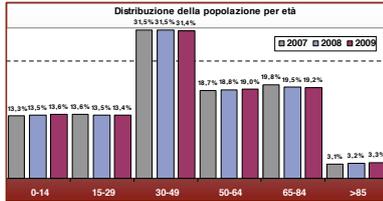
Tabella 1.22 - Previsioni di crescita demografica nei Comuni circondariale 2008-2024

Comuni	Previsione base dati 2008				Var. % 2008-2024
	2008	2014	2019	2024	
BORGIO TOSSIGNANO	3.290	3.340	3.516	3.778	14,8%
CASALFUMANESE	3.253	3.556	3.713	3.891	16,0%
CASTEL DEL RIO	1.253	1.243	1.310	1.377	11,7%
CASTEL GUELFO	3.972	4.182	4.372	4.584	15,4%
CASTEL SAN PIETRO TERME	20.092	21.097	22.067	23.138	15,2%
DOZZA	6.158	6.398	6.706	7.035	14,2%
FONTANELICE	1.358	1.325	2.038	2.141	12,2%
IMOLA	67.301	69.800	73.177	76.781	14,1%
MEDICINA	15.788	16.599	17.358	18.683	18,3%
MORDANO	4.465	4.612	4.839	5.078	13,7%
Nuovo Circondario	127.560	132.751	139.085	145.908	14,4%

Fonte: PSC del Nuovo Circondario Imolese

I dati evidenziano due fenomeni conseguenti: 1) una crescita generalizzata della popolazione del Nuovo Circondario Imolese, che passerà dalle 127.560 unità "2008", a circa 146.000 "2024", con un incremento netto di quasi 18.500 residenti in poco più di quindici anni (+14,4%); 2) una differenziazione dei tassi di crescita, tale per cui un gruppo di centri, per lo più collocati in pianura sull'asse via Emilia e San Carlo, crescerà a ritmo sostenuto (Medicina +18,3%), e un secondo gruppo di centri registreranno tassi di sviluppo bassi, in alcuni casi tra 0 e +1% annuo.

Grafico 1.23 - Distribuzione per fasce di età della popolazione circondariale. Periodo 2007-2009

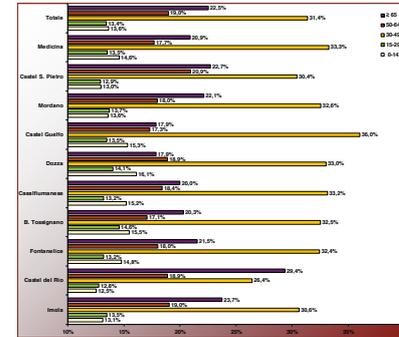


Nel Grafico 1.23 si riporta la distribuzione per fasce di età dell'intera popolazione circondariale, con il confronto 2007-2009. La distribuzione per macroaggregazioni anagrafiche - configurate dai concetti di "produttività" e "impatto sui consumi sanitari" - risulta essere ormai piuttosto stabile nel periodo, e precisamente:

- macroaggregato a "produttività zero" ed elevato impatto sul sistema sanitario (classi 0-14, 65-84 e >85) pari al 36,2% della popolazione totale;
- macroaggregato a "produttività bassa" - in ingresso e in uscita dal sistema - e moderato impatto sul sistema sanitario (classi 15-29 e 50-64) pari al 32,4% della popolazione totale;
- macroaggregato a "produttività elevata" e basso impatto sul sistema sanitario (classe 30-49 anni) pari al 31,4% della popolazione totale.
- In logica generazionale l'insieme della popolazione >50 anni rappresenta oltre il 41% del totale, in buona parte a carico della fascia pienamente "produttiva", che altresì investe per le generazioni future.

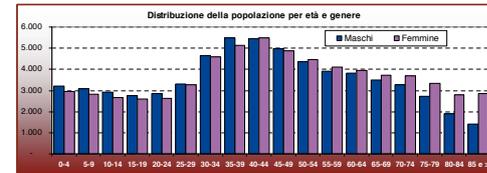
L'analisi per singolo Comune del Nuovo Circondario Imolese - visualizzata nel Grafico 1.24 - conduce alle stesse conclusioni esposte per la popolazione generale, con l'eccezione significativa di Castel del Rio, dove le fasce *over* 65 sopravanzano la fascia "produttiva". Si sottolineano altresì i picchi in fascia 0-14 anni dei Comuni di Dozza (16,1%), Castel Guelfo (15,3%), Casalfumanesi (15,2%) e Medicina (14,6%), coerenti con i più alti tassi di crescita delle rispettive popolazioni locali (effettivi e prospettici).

Grafico 1.24 - Distribuzione per fasce di età nei Comuni del Circondario Imolese. All'1/01/2009



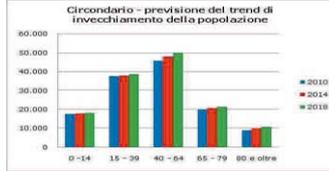
Nel Grafico 1.25, si rappresenta la distribuzione per classi di età e genere: la popolazione maschile è relativamente più presente di quella femminile fino a 49 anni (più nati e maggiore presenza di stranieri) e inizia a ridursi già lievemente nella classe di età 50-64 anni, fino a raggiungere gli apici di diminuzione dal settantesimo anno di vita in poi, coerentemente con quanto si vedrà nel paragrafo 1.3.2 *Aspettativa di vita*.

Grafico 1.25 - Distribuzione per fasce di età e genere della popolazione circondariale. All'1/01/2009



Il Grafico 1.26 mostra le previsioni elaborate fino al 2018, dall'Ufficio Studi per la Programmazione della Provincia di Bologna, riguardanti i residenti del Nuovo Circondario Imolese, suddivisi in 5 fasce d'età. Si stima un lento e costante invecchiamento della popolazione circondariale; le classi di età a maggiore crescita sono ricomprese tra i 40 e 64 anni, mentre le classi 0-14 e 15-39 anni risultano essere quelle a minor crescita. Ciò è confermato anche dalle stime in valori assoluti (Tabella 1.27).

Grafico 1.26 - Previsione del trend di invecchiamento della popolazione circondariale al 2018



Fonte: PSC del Nuovo Circondario Imolese

Gli anziani (*over 65* anni) si attesteranno a oltre 32.000 unità (Tabella 1.27), costituendo quasi un quarto dell'intera popolazione del Nuovo Circondario: si passerà da un'incidenza del 22,5% stimata nel 2010, al 23,1% nel 2018.

Tabella 1.27 - Popolazione circondariale per fasce d'età e principali indicatori demografici Previsione 2010, 2014, 2018

Circondario - popolazione per fasce d'età e principali indicatori demografici - 1° gennaio 2010, 2014, 2018	2010			2014			2018		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0 - 14	9.185	8.344	17.529	9.590	8.608	18.198	9.722	8.656	18.378
15 - 39	19.464	18.299	37.763	19.439	18.378	37.817	19.929	18.851	38.759
40 - 64	22.912	22.704	45.616	24.321	23.569	47.890	25.582	24.330	49.912
65 - 79	9.534	10.588	20.122	9.934	10.902	20.836	10.292	11.196	21.488
80 e oltre	3.208	5.947	9.155	3.526	6.524	10.050	3.782	6.956	10.738
Totale	64.283	65.882	130.165	66.810	67.881	134.791	69.306	69.969	139.275
Ind. vecchiaia	12,722	16,535	29,257	13,460	17,426	30,886	14,074	18,152	32,226
Ind. dipendenza	51,7	60,7	56,1	52,7	62,1	57,2	52,3	62,1	57,1
Ind. Strutt. pop. att.	117,7	124,1	120,8	125,1	128,2	126,6	128,4	129,2	128,8

Elaborazioni a cura dell'ufficio statistica della Provincia di Bologna su dati della Regione Emilia-Romagna (potestà medie)

Fonte: PSC del Nuovo Circondario Imolese

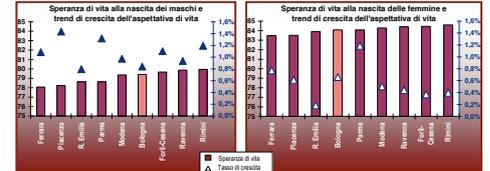
La popolazione in età scolare, tra gli 0 e i 14 anni, crescerà con una velocità minore rispetto alla popolazione adulta, passando dal 13,5% della popolazione totale nel 2010, al 13,2% nel 2018, consolidando lo sbilanciamento già presente tra le diverse fasce d'età.

1.3.2 Aspettativa di vita

La popolazione dell'Emilia Romagna è tra le più longeve in Italia e in Europa. I dati dimostrano che l'aspettativa di vita nella Regione è in continuo aumento, sia tra gli uomini sia tra le donne: pur permanendo una significativa differenza tra i generi - nel triennio 2005-2007, in tutte le Province RER una persona di sesso maschile ha una attesa di vita di circa 5 anni più breve, rispetto a quella di una sua coetanea - si evidenzia una lieve riduzione della forbice, rispetto al triennio 2003-2005, imputabile alla maggiore crescita della speranza di vita dei maschi, rispetto alle femmine.

Figura 1.28 - Speranza di vita alla nascita su base triennale, per Province RER

Province di residenza	Anni						Var. %	
	2003-2005		2005-2007		2005-2007		Maschi	Femmine
	Maschi	Femmine	Maschi	ranking	Femmine	ranking		
Piacenza	77,13	82,99	78,23	8	83,50	9	1,43%	0,61%
Parma	77,61	83,09	78,63	6	84,07	5	1,31%	1,18%
R. Emilia	78,00	83,76	78,62	7	83,91	7	0,80%	0,19%
Modena	78,60	83,85	79,37	5	84,27	4	0,97%	0,51%
Bologna	78,76	83,92	79,41	4	84,07	5	0,84%	0,68%
Ferrara	77,24	82,84	78,07	9	83,48	9	1,08%	0,77%
Ravenna	79,13	84,03	79,87	2	84,41	3	0,93%	0,44%
Forlì-Cesena	78,81	84,14	79,68	3	84,45	2	1,10%	0,37%
Rimini	79,00	84,26	79,94	1	84,59	1	1,19%	0,40%



La rappresentazione a istogrammi in Figura 1.28 rende immediata la lettura comparata di speranza di vita e *trend* di crescita per genere: l'aspettativa di vita delle femmine risulta più elevata, mentre il tasso di crescita è inferiore; la tendenza inversa si realizza per i maschi.

Gli alti migliori - alta speranza di vita, accompagnata a un buon tasso di crescita - risultano essere quelli della Provincia di Rimini, sia per i maschi sia per le femmine. All'opposto, la Provincia di Ferrara presenta i valori relativamente più bassi di speranza di vita.

Tabella 1.29 - Speranza di vita a 65 anni su base triennale, per Province RER

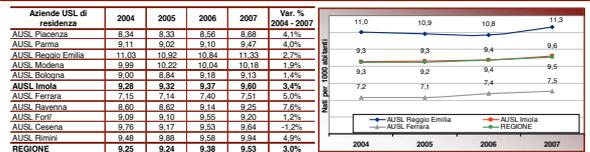
Province di residenza	Anni				Var. %	
	2003-2005		2005-2007		Maschi	Femmine
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine		
Piacenza	18,98	20,87	17,38	21,18	3,05%	1,38%
Parma	17,19	21,07	17,67	21,49	2,80%	2,02%
R. Emilia	17,24	21,41	17,75	21,48	2,96%	0,33%
Modena	17,83	21,38	18,21	21,72	2,11%	1,61%
Bologna	17,88	21,26	18,33	21,58	2,32%	1,43%
Ferrara	16,94	20,80	17,53	21,09	3,48%	1,40%
Ravenna	18,45	21,72	18,74	22,05	1,57%	1,51%
Forlì-Cesena	17,98	21,72	18,52	21,89	3,03%	0,78%
Rimini	18,14	21,57	18,73	21,95	3,21%	1,73%

Analizzando la speranza di vita a 65 anni, le tendenze sopra descritte vengono confermate e, in molti casi, accentuate: nella Provincia di Bologna, ad esempio, i tassi di crescita della speranza di vita a 65 anni di maschi e femmine sono sensibilmente più elevati di quelli alla nascita (rispettivamente +2,52% vs +0,84% e +1,43% vs +0,66%). Ciò conferma che l'aumento della vita media non è più correlato alla riduzione della mortalità infantile, bensì è spiegato soprattutto dal contributo delle età intermedie e avanzate.

1.3.3 Natalità

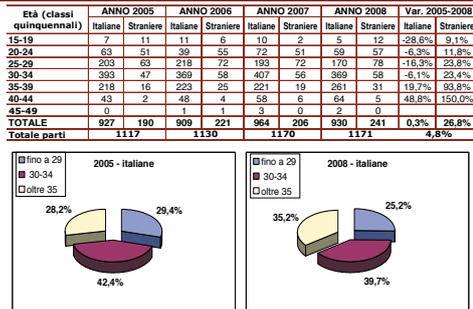
Nel periodo 2004-2007, la crescita della natalità nell'AUSL di Imola è praticamente sovrapponibile a quella media regionale: tasso grezzo di natalità 2007 dell'Azienda pari a 9,6/1000 abitanti; tasso grezzo di natalità 2007 RER pari a 9,53/1000 abitanti. Nel confronto tra Aziende, il maggiore tasso grezzo di natalità è rilevabile nell'ambito di Reggio Emilia, mentre quello più basso risulta nell'ambito di Ferrara.

Figura 1.30 - Tasso grezzo di natalità dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2007



Per la popolazione circondariale, le ragioni della ripresa stabile della natalità sono legate all'immigrazione e anche a comportamenti socio-culturali, quali l'aumento delle nascite da madri italiane over 35 anni.

Figura 1.31 - Numero Parti presso la UOC Ostetricia e Ginecologia del Presidio dell'AUSL di Imola



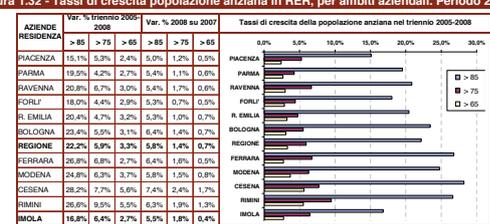
Cercando conferma alle affermazioni di cui sopra tramite la vista della Struttura aziendale "erogatrice", la UO di Ostetricia e ginecologia (Figura 1.31), nel periodo 2005-2008 si rileva che:

- la crescita dei parti è sostanzialmente attribuibile alla forte crescita delle donne straniere (+26,8%) e a una sostanziale "tenuta" - con picco nel 2007 - di quelle italiane (+0,3%);
- si verifica uno *shift* progressivo dell'età delle partorienti verso le fasce di età *over 35* anni (35,2% dei parti totali nel 2008 *versus* 28,2% nel 2005).

1.3.4 Anziani e grandi anziani

Per l'approfondimento sulla popolazione anziana del territorio aziendale, a confronto con la popolazione regionale, di seguito si propongono due indicatori significativi: i tassi di crescita specifici per le fasce di età che compongono la popolazione anziana complessiva; l'incidenza sulla popolazione totale che, per quanto riguarda l'intera fascia di popolazione di età superiore ai 65 anni, è definita "*indice di invecchiamento*".

Figura 1.32 - Tassi di crescita popolazione anziana in RER, per ambiti aziendali. Periodo 2005-2008

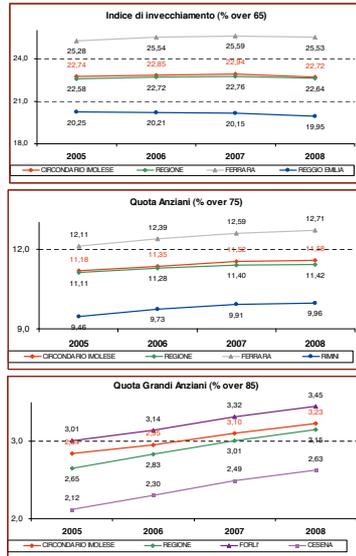


Nella Figura 1.32 si evidenzia come il tasso di crescita della popolazione circondariale >65 anni, per il periodo 2005-2008, sia pari a +2,7%, lievemente inferiore a quello medio regionale, pari a +3,3%. Il *gap* dalla media regionale si inverte prendendo in esame il sottoinsieme di popolazione di età >75 anni (+6,4% *vs* +5,9% regionale) e torna a un valore aziendale inferiore al valore medio regionale per il sottoinsieme definito "grandi anziani" (>85 anni) che cresce del +16,8% nel territorio dell'AUSL di Imola, a fronte di un dato regionale di +22,2%.

Nei Grafici 1.33 sono rappresentati: il *trend* dell'indice di invecchiamento della popolazione circondariale, per il periodo 2005-2008, a confronto con quello medio regionale, e delle AUSL con valori massimo e minimo; le incidenze delle sottoclassi *over 75* anni e *over 85* anni, sempre a confronto con la media regionale e i valori aziendali minimi e massimi.

L'indice di invecchiamento della popolazione circondariale non si discosta in maniera significativa da quello medio regionale, superandolo lievemente in tutti gli anni considerati; lo stesso si replica per l'incidenza di *over 75* anni e grandi anziani, costantemente un po' al di sopra delle incidenze medie regionali.

Grafi 1.33 - Indice di invecchiamento della popolazione (% over 65) e incidenza di >75 e >85 anni Periodo 2005-2008

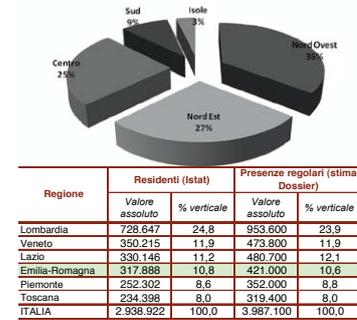


Si ribadisce che le previsioni di cui al PSC del Nuovo Circondario Imolese (Tabella 1.27) stimano che gli anziani *over 65* anni si attesteranno a oltre 32.000 unità, costituendo quasi un quarto della intera popolazione: l'incidenza stimata nel 2010 è pari al 22,5%, fino al 23,1% nel 2018.

1.3.5 Stranieri

Il processo migratorio è diventato una realtà strutturata in Italia: alla fine del 2008, la presenza regolare straniera risultava pari a circa 4 milioni di persone (6,7% della popolazione totale, secondo il "Dossier statistico 2008" della Caritas) con un aumento di +8%, rispetto al 2007. La presenza è differenziata sul territorio nazionale: il numero di immigrati è molto consistente al nord (più del 63% del totale) inferiore al centro (25%) e ancor più ridotto al sud (12%).

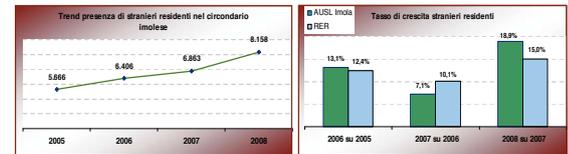
Figura 1.34 - Stranieri residenti per ripartizione e principali regioni di insediamento. Anno 2008



Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes e Istat

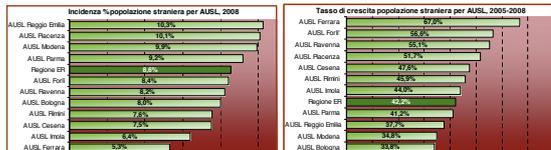
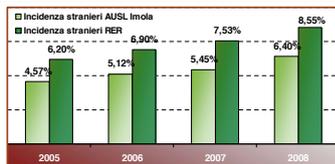
Nel Grafico 1.35 vengono espsti i *trend* di crescita della popolazione straniera, in valore assoluto per il territorio circondariale e come variazione percentuale annuale, per il confronto regionale. Gli stranieri residenti all'1/01/2008 sono 8.158 (il 6,4% della popolazione totale); il tasso di crescita tra 2007 e 2008 registra una forte accelerazione (+18,9%), pur rimanendo l'incidenza decisamente inferiore al dato medio regionale (Grafico 1.36) - e anche a quello nazionale - confermando l'analisi svolta nel PSC del Nuovo Circondario Imolese, che evidenzia come il territorio circondariale abbia margini di "ricettività" ulteriore.

Grafico 1.35 - Trend e tasso di crescita stranieri residenti, confronto AUSL di Imola e RER Periodo 2005-2008



Ciò detto, in quattro anni (2005-2008) l'incidenza della popolazione straniera sul totale dei residenti è significativamente e continuamente aumentata, passando da 45,7 a 64 stranieri ogni 1.000 residenti.

Gráficoo 1.36 - Incidenza % stranieri residenti nell'AUSL di Imola, a confronto con la media RER e in dettaglio per AUSL. Periodo 2005-2008



Le macroaree geografiche di provenienza degli stranieri sono rappresentate nel Gráficoo 1.37, ponendo a confronto la distribuzione media regionale e quella del territorio circondariale.

Gráficoo 1.37 - Distribuzione stranieri residenti per provenienza, confronto tra AUSL di Imola e RER Anno 2008



Nell'ambito aziendale c'è una minore dispersione delle provenienze, rispetto alla distribuzione regionale: gli stati di origine risultano concentrati in "Africa Settentrionale" e "Paesi Europei non UE a 15". I gruppi nazionali più numerosi nel territorio circondariale sono: Marocchini; Albanesi; Tunisini; Pakistani; Cinesi.

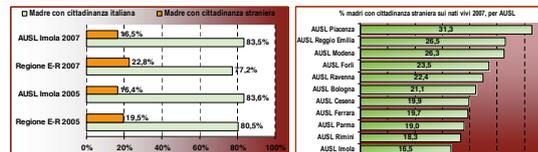
La visualizzazione della composizione percentuale della popolazione straniera per fasce di età (Gráficoo 1.38) supporta l'affermarsi di dinamiche omogenee tra i territori circondariale e regionale, collegate all'evidente superamento dell'immigrazione "temporanea", con l'affermarsi di comunità locali multietniche.

Gráficoo 1.38 - Distribuzione stranieri residenti per età, confronto tra AUSL di Imola e RER. Anno 2008



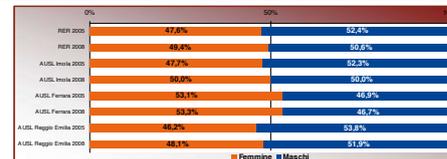
L'entità del fenomeno rappresentato nel Gráficoo 1.39 - che indica come ormai quasi un nato su 4 in Regione abbia madre straniera - dimostra il sostanziale contributo fornito dai residenti stranieri alla natalità complessiva: l'8,5% della popolazione determina quasi un quarto delle nascite in Emilia Romagna; il 6,4% di popolazione dell'AUSL di Imola contribuisce al 26,8% di parti nel 2008 (Figura 1.31).

Gráficoo 1.39 - Incidenza di nati vivi per cittadinanza della madre, confronto tra AUSL di Imola media RER e dettaglio per AUSL. Anni 2005 e 2007



Per un ulteriore rinforzo delle considerazioni svolte, nel Gráficoo 1.40 si propone l'indicatore "distribuzione di genere della popolazione straniera", che testimonia una coerente differenziazione dell'offerta occupazionale e anche la stabilizzazione delle dinamiche di ricongiungimento familiare.

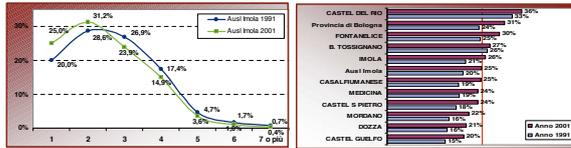
Gráficoo 1.40 - Incidenza % degli stranieri residenti per genere, confronto tra AUSL di Imola media RER e valori minimo e massimo aziendali. Anni 2005 e 2008



1.3.6 Famiglie

Dal dopoguerra ad oggi la dimensione media della famiglia italiana è drasticamente crollata, passando da valori prossimi ai 5 componenti per nucleo familiare negli anni '50, ai valori attuali inferiori a 2,5 componenti. Ciò è la conseguenza di due distinti fenomeni: (i) la diminuzione della natalità; (ii) l'aumento delle famiglie mononucleari (anziani che vivono soli dopo la morte del coniuge; *single* o individui che creano famiglia tardivamente; famiglie mononucleari conseguenti a separazioni e a divorzi).

Gráfico 1.41 - Distribuzione delle famiglie per numero di componenti nell'AUSL di Imola e % di famiglie unipersonali per Comune circosidareale. Censimenti 1991 e 2001



Dal Gráfico 1.41 si evince che l'incidenza di famiglie unipersonali nel territorio della AUSL di Imola - pur se crescente nel periodo 1991-2001, fino a coprire il 25% del totale - si posiziona al di sotto della media provinciale (31%).

Gráfico 1.42 - Composizione media delle famiglie nei Comuni del Nuovo Circondario Imolese e confronto con la Provincia e il Comune di Bologna. Anno 2007



Nel Gráfico 1.42 si propone una ulteriore informazione di specie su dati più aggiornati, in attesa del prossimo censimento 2011, e precisamente la composizione media delle famiglie nei Comuni circosidareali, a confronto con la Provincia e il Comune di Bologna: il dato più basso si registra nella città di Bologna (la qual cosa ovviamente condiziona il dato medio provinciale), inferiore ai 2 componenti medi, mentre tutti i Comuni circosidareali stanno al di sopra dei due componenti medi. Considerato l'obiettivo di fornire previsioni sulle dinamiche demografiche che influenzano la "domanda" di *welfare lato sensu*, il PSC riporta le proiezioni del nucleo medio familiare,

estrapolando il *trend* registrato negli ultimi 5 anni (2001-2005), stante che gli anni presi come "base dati" hanno visto l'affermarsi di tendenze (crescita della popolazione e delle famiglie straniere; diminuzione dei nuclei familiari) che difficilmente potranno essere modificate da politiche attuabili nell'arco di 15 anni.

Tabella 1.43 - Previsioni al 2024 composizione media dei nuclei familiari nei Comuni circosidareali

Dimensione nucleo familiare	Dato 2001	Dato var 2005	coeff 01-05	coeff 2009	coeff 2014	coeff 2019	coeff 2024	prev 2009	prev 2014	prev 2019	prev 2024
Borgo Tossignano	2,51	2,49	-0,0158	-0,0158	-0,0356	-0,0553	-0,0751	2,48	2,46	2,44	2,42
Casalfumane	2,48	2,46	-0,0127	-0,0127	-0,0285	-0,0444	-0,0602	2,45	2,43	2,42	2,40
Castel del Rio	2,34	2,24	-0,1012	-0,1012	-0,2277	-0,3541	-0,4806	2,14	2,02	1,89	1,76
Castel Guelfo	2,65	2,56	-0,0887	-0,0887	-0,1995	-0,3104	-0,4213	2,47	2,36	2,25	2,14
Castel San Pietro Terme	2,50	2,36	-0,1389	-0,1389	-0,3125	-0,4861	-0,6597	2,22	2,05	1,88	1,70
Dozza	2,63	2,47	-0,1624	-0,1624	-0,3654	-0,5684	-0,7714	2,31	2,11	1,90	1,70
Fontanelice	2,47	2,35	-0,1122	-0,1122	-0,2523	-0,3925	-0,5327	2,24	2,10	1,96	1,82
Imola	2,44	2,36	-0,0842	-0,0842	-0,1894	-0,2946	-0,3997	2,27	2,17	2,06	1,96
Medicina	2,53	2,45	-0,0805	-0,0805	-0,1812	-0,2819	-0,3826	2,37	2,27	2,17	2,07
Mordano	2,58	2,51	-0,0627	-0,0627	-0,1411	-0,2195	-0,2980	2,45	2,37	2,29	2,22
Totale											

Fonte: PSC del Nuovo Circondario Imolese

I valori della Tabella 1.43 sono supportati dall'andamento di specie 2001-2005, con estrapolazione lineare; la tendenza che emerge chiaramente è l'ulteriore contrazione dei componenti il nucleo familiare medio.

1.3.7 Soggetti in condizione di marginalità potenzialmente portatori di bisogni

Il presente paragrafo è di nuova introduzione e, per costituire la base informativa, si presentano i dati in proposito riportati nel *Profilo di comunità della Provincia di Bologna*, parte sostanziale dell'*Atto d'indirizzo e coordinamento triennale 2009-2011*; per quanto concerne le informazioni più puntuali del Nuovo Circondario Imolese, si utilizza il *Rapporto sulle povertà Caritas 2008*.

Tabella 1.44 - Istituti penitenziari nelle Province RER e presenza detenuti al 30/06/2008

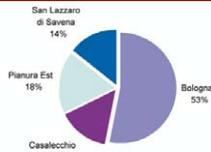
SEDE ISTITUTO	TIPOLOGIA	DETENUTI PRESENTI AL 30/06/2008		
		Donne	Uomini	TOT
Bologna	Casa circosidareale con sezione reclusi	49	997	1046
Piacenza	Casa circosidareale	14	315	329
Parma	Casa circosidareale	0	98	98
Reggio Emilia	Casa circosidareale	12	272	284
	O.P.G.	0	289	289
Modena	Casa circosidareale	28	393	421
Castelfranco	Casa lavoro	0	86	86
Saliceta San Giuliano	Casa lavoro	0	89	89
Ferrara	Casa circosidareale con sezione reclusi	0	378	378
Ravenna	Casa circosidareale	0	135	135
Forlì	Casa circosidareale	24	200	224
Rimini	Casa circosidareale	0	139	139
Totale		127	3391	3518

Fonte: Profilo di Comunità della Provincia di Bologna

In Tabella 1.44 si mostra la dotazione della Regione Emilia Romagna di Istituti di pena, distribuiti per provincia: le persone detenute nella Casa Circondariale di Bologna sono 1.043, circa un quinto in più rispetto all'anno 2000.

Per quanto concerne la presenza di nomadi nella Provincia di Bologna, sono quattro i distretti interessati dal fenomeno, che - così come in Regione - è in aumento, rispetto alla rilevazione 2003.

Gráfico 1.45 - Nomadi in aree regolari e in altre soluzioni abitative (% sul totale nella Provincia di Bologna). Anno 2006



Fonte: Indagine sulle caratteristiche dei campi nomadi e della popolazione nomade presente (REF)

Nei campi esistenti si stima la presenza di 696 persone Sinte e Rom, poco più della metà delle quali è nel Capoluogo.

Concentrate nella Città di Bologna sono anche le persone senza fissa dimora in carico ai servizi. Il sistema informativo sul disagio sociale ne stima 132, tre/quarti delle quali presentano anche problematiche di tossicodipendenza.

Tabella 1.46 - Soggetti in condizione di marginalità potenzialmente portatori di bisogni al 31/12/2006

	Bologna	Casalecchio di Reno	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Piorata Terme	San Lazzaro di Savena	Provincia di Bologna	Emilia Romagna
totale	368	101	0	128	0	0	99	696	2330
% sul totale Prov. Bologna	52,9	14,5	0,0	18,4	0,0	0,0	14,2	100,0	-
var % rispetto anno 2003	88,7	-16,5	0,0	-38,8	*	0,0	52,3	13,5	27,0
Presenza stimata nomadi in aree regolari e in altre soluzioni abitative (1)									
di cui minori	88	50	0	56	0	0	44	236	732
% sul totale nomadi	23,4	49,5	0,0	43,8	0,0	0,0	44,4	33,9	31,1
var % rispetto anno 2003	7,5	-15,3	0,0	-37,8	*	0,0	130,0	-8,5	-0,4
Presenza stimata nomadi in aree irregolari (1)									
totale	100	0	0	0	0	0	0	100	200
di cui minori	0	0	0	0	0	0	0	0	88
Detenuti ** (2)									
totale	1043	-	-	-	-	-	-	1043	3882
var % rispetto anno 2000	19,7	-	-	-	-	-	-	19,7	18,8
Senza dimora presenti sul territorio (tabella 1) (3)									
totale	132	-	-	-	-	-	-	132	-
di cui tossicodipendenti	102	-	-	-	-	-	-	102	-

Fonte: Profilo di Comunità della Provincia di Bologna

* Dati al 31/12/2005

^ In questo caso non è possibile calcolare la variazione % in quanto si passa da 9 nomadi nel 2003 a 0 nel 2006

** Dati al 31/12/2007

Dati forniti da:

Regione Emilia Romagna;

(1) Indagine sulle caratteristiche dei campi nomadi e della popolazione nomade presente

(2) Rapporto: Le politiche sociali e gli interventi a favore dell'area penale nella regione Emilia Romagna

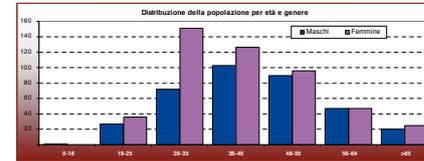
(3) Comune di Bologna - Sistema informativo sul disagio sociale. Anno 2007

Per lo specifico del Nuovo Circondario Imolese, utilizzando come Fonte il *Rapporto sulle povertà 2008* della Caritas diocesana, sul tema "fragilità" si riporta che nell'esercizio in esame si sono rivolte al Centro Ascolto 845 persone - a cui corrispondono 2.049 componenti i rispettivi nuclei familiari - con un incremento di domanda da parte degli italiani, rispetto al 2007, pari a +11%.

Oltre agli italiani, le persone incontrate provengono da 44 stati, di cui i primi 10 per numerosità sono ovviamente appartenenti alle aree geografiche "Africa settentrionale" "Paesi Europei non UE" (Gráfico 1.37); sul totale di 482 stranieri l'84% possiede il permesso di soggiorno regolare. Rispetto al totale generale, solo il 44% delle persone è seguito anche dall'ASP.

Figura 1.47 - Numero utenti Centro Ascolto della Caritas diocesana di Imola. Anno 2008

PROVENIENZA	DONNE	UOMINI	TOTALE
Italiani	204	159	363
Stranieri dell'est	105	37	142
Stranieri	174	166	340
Totale	483	362	845



Il grafico di Figura 1.47 mostra la distribuzione dei contatti per genere e fasce di età: si sottolinea la prevalenza delle donne, praticamente per tutte le fasce di età, e la prevalenza nelle fasce "giovani" e "adulti" delle persone che esprimono richiesta di aiuto; per quanto concerne gli over 65, sono praticamente tutti di nazionalità italiana (vedi n. pensionati in Tabella 1.49). Due dimensioni analitiche dello stato socio-economico di chi si rivolge al Centro Ascolto della Caritas diocesana di Imola sono le situazioni "abitativa" e "occupazionale".

Tabella 1.48 - Situazione abitativa degli utenti del Centro Ascolto. Anno 2008

TIPOLOGIA DI ACCOMODAMENTO	ITALIANI	STRANIERI EST EUROPA	ALTRI STRANIERI	TOTALE	%
Affitto singolo	106	41	145	292	34,6%
Affitto condiviso	7	50	41	98	11,6%
Casa popolare	84	4	27	115	13,6%
Comodato	2	1	1	4	0,5%
Proprietà	15	0	8	23	2,7%
SFD*	73	17	50	140	16,6%
Altro**	76	29	68	173	20,5%
Totale	363	142	340	845	100,0%

* Senza fissa dimora

**Si intendono i casi in cui non vi è certezza sulla situazione abitativa oppure si tratta di: ospiti di privati, badanti, ospiti di strutture di accoglienza

Tabella 1.49 - Status occupazionale degli utenti del Centro Ascolto. Anno 2008

STATUS OCCUPAZIONALE	ITALIANI	STRANIERI EST EUROPA	ALTRI STRANIERI	TOTALE	%
Non occupato	138	80	208	424	50,2%
Salt/Inter/Stagionale	52	19	48	119	14,1%
Tempo pieno	32	17	42	91	10,8%
Part time	25	16	30	71	8,4%
Pensionato	87	9	4	91	10,8%
Altro*	29	10	10	49	5,8%
Totale	363	142	340	845	100,0%

* Si intendono i casi in cui non vi è certezza sulla situazione occupazionale oppure si tratta di borse lavoro

Gli individui senza dimora e i nomadi presenti nel territorio circondariale, secondo i dati della Caritas, nel 2008 sono circa 140 unità (+8,5% rispetto al 2007), di cui il 52% sono di nazionalità italiana. La loro è una situazione di povertà estrema, di vita ai margini della Società e non sono al momento "intercettati" dall'ASP (Tabelle 1.46).

1.4 Condizioni socio-economiche

Come anticipato in Premessa, in particolare il presente paragrafo quest'anno presenta "andamenti" e "fotografie" pre-crisi economico-finanziaria, essendo i dati di specie aggiornati al 2007.

1.4.1 Caratteristiche del Sistema economico Circondariale

L'analisi del sistema economico del Nuovo Circondario Imolese ha preso in esame in primo luogo le Unità locali (UL) e gli addetti. Le UL sono aumentate negli ultimi 15 anni (+10%), specialmente nel settore Servizi e nel *no profit*. Dal punto di vista dimensionale sono aumentate le piccole e piccole-medie imprese (fino a 49 addetti) e le grandissime imprese (>250 addetti). Mentre si registra una leggera stagnazione delle attività manifatturiere (-1,7%), si riscontra un aumento del settore costruzioni (+23%); il commercio presenta una diminuzione delle UL e un aumento di addetti (rispettivamente -6% e +8%), fenomeno dovuto alla presenza di grandi strutture, con elevato numero di dipendenti. In forte crescita risulta il settore terziario (+139%), ricomprendo nel quale si trova la UL "Azienda USL di Imola", che mantiene il suo primato nel territorio circondariale in termini di organico dipendente. Il Comune di Imola influenza molto questi dati, in quanto ospita metà delle UL e 1/3 degli addetti. I dati anagrafici delle imprese individuano un gruppo di Comuni (Imola, Castel Guelfo, Castel San Pietro e Dozza), dove il saldo tra imprese iscritte e cessate è positivo, con presenza elevata di imprese manifatturiere e società di capitali, mentre i restanti Comuni, specie quelli della valle del Santerno, mostrano saldi negativi, e registrano una particolare vocazione agricola e una presenza maggiore di ditte individuali.

Il tasso di disoccupazione è pari a circa il 3%, in linea con i buoni tassi provinciali e regionali (Grafici 1.52 e 1.53); la stabilità lavorativa - in termini sia di lavoro a tempo indeterminato sia di scarsa mobilità rispetto al territorio di residenza - è elevata, anche a scapito di un sottoutilizzo delle risorse umane di livello universitario.

Fonte: sintesi tratta dal PSC del Nuovo Circondario Imolese

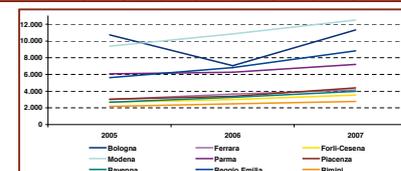
1.4.2 Mercato del lavoro

Gli indicatori qui presentati (e aggiornati all'anno 2007) sono tratti dal Sito "Bilancio di Missione" regionale e sono disaggregati per Province: il dato che di seguito si evidenzia è quello della Provincia di Bologna, rispetto al quale il Nuovo Circondario Imolese non presenta significativi elementi di disomogeneità.

Il dato relativo ai lavoratori interinali è indicatore su cui il Bilancio di Missione dell'Emilia Romagna ha posto il *focus* già dalle prime edizioni; nell'attuale congiuntura economica assume particolare rilevanza, trattandosi della fascia di addetti più "sensibile" alle variazioni dei livelli produttivi. Se da un lato si può ipotizzare un minore ricorso al lavoro interinale in fasi di recessione economica, può d'altra parte verificarsi anche un maggiore ricorso alle Agenzie specializzate, in ragione sia della perdita di posti sia della riduzione delle chiamate dirette da parte delle Aziende.

Figura 1.50 - Numero lavoratori con contratto interinale nelle Province della RER. Periodo 2005-2007

Provincia	2005		2006		2007		Var % nel periodo			
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine				
Bologna	5.503	4.559	10.726	3.339	7.041	6.152	5.190	11.312	-5,3%	
Ferrara	1.522	1.479	3.001	1.910	1.734	3.644	2.184	2.005	4.159	-38,6%
Forlì-Cesena	1.631	1.045	2.676	1.926	1.926	3.000	2.160	1.981	3.544	-32,4%
Modena	5.068	4.306	9.374	6.791	5.062	10.843	6.546	5.565	12.511	-33,5%
Parma	3.056	3.008	6.064	3.214	3.061	6.275	3.662	3.275	7.197	-18,7%
Piacenza	4.970	1.170	3.056	2.072	1.911	3.363	2.584	1.808	4.360	-43,7%
Ravenna	1.562	1.084	2.676	2.061	1.223	3.284	2.551	1.432	3.363	-48,8%
Reggio Emilia	1.210	2.208	613	13.242	2.815	6.017	1.102	3.023	4.828	-57,2%
Rimini	1.256	874	2.172	1.638	852	2.480	1.779	392	2.771	-27,6%
Totale	25.215	20.846	46.061	26.547	20.725	47.272	33.637	26.040	59.677	-28,6%

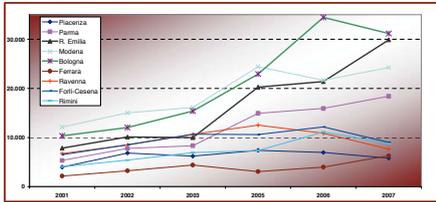


A fronte di un analogo progressivo aumento delle restanti Province - con l'apice di Modena in valore assoluto - la Provincia di Bologna presenta l'anomalia di un consistente calo nel 2006 - probabilmente per le stabilizzazioni realizzate, in particolare, nel settore pubblico - per poi riprendere una forte crescita, prossima al recupero del "primato 2005".

Nel Grafico di Figura 1.51 è rappresentato il *trend* 2001-2007 dei lavoratori stranieri nelle Province RER: l'occupazione di stranieri in Regione nel triennio 2005-2007 continua a crescere, con una variazione % pari a +14%, per quanto molto più lentamente rispetto al triennio 2001-2003 (+50%); ciò è dovuto anche a saldi negativi registrati da alcune Province (Piacenza, Ravenna, Forlì, Cesena), mentre nel periodo precedente tutte hanno registrato tassi di crescita a "2 cifre" (fino alle "3" di Ferrara: +105% e +106%).

Figura 1.51 - Numero lavoratori stranieri nelle Province della RER. Periodo 2001-2007

Provincia	Anno 2005			Anno 2006			Anno 2007			Var. % triennio 2005-2007		Var. % triennio 2001-2003	
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	
Piacenza	4.545	2.545	7.090	4.501	2.538	7.039	4.111	2.329	6.440	-47%	-22%	57%	
Parma	13.881	8.037	21.918	13.252	8.059	21.311	12.583	18.413	23%	24%	23%		
Reggio Emilia	15.343	4.905	20.248	15.370	5.813	21.183	24.210	6.654	20.860	15%	17%	21%	
Modena	11.711	6.574	18.285	11.301	6.451	17.752	19.514	24.954	14%	20%	33%		
Bologna	11.788	11.144	22.932	20.499	19.359	39.858	18.842	12.848	31.170	67%	11%	38%	
Cesena	792	2.297	3.089	2.259	1.705	3.964	2.861	3.451	19.292	20%	51%	105%	
Ravenna	8.274	4.245	12.519	6.974	3.887	10.861	5.818	2.033	7.651	-35%	-33%	51%	
Forlì-Cesena	1.048	4.562	5.610	8.252	10.644	18.896	7.265	1.854	10.118	25%	-42%	115%	
Ferrara	5.528	1.811	7.339	7.884	3.247	11.131	5.872	2.865	8.738	6%	58%	119%	
Emilia-Romagna	80207	43182	123389	88041	50450	138491	99927	44243	141170	21%	14%	38%	

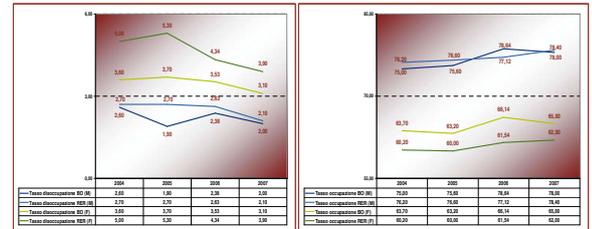


La Provincia di Bologna mantiene nel 2007 il primato raggiunto nel 2006, rispetto al numero assoluto di lavoratori stranieri occupati, con una lieve flessione che l'avvicina alla Provincia di Reggio Emilia, anch'essa in forte crescita. Per quanto concerne la Provincia con il minore numero di stranieri occupati, in entrambi i periodi risulta essere Ferrara, i cui elevati tassi di crescita - sopra descritti - si possono interpretare stante il raddoppio dei valori assoluti più bassi (dato 2005: 3.059; dato 2007: 6.292).

Nel Grafico 1.52 sono rappresentati i tassi di disoccupazione e occupazione per genere, riferiti alla sola Provincia di Bologna, a confronto con la media RER, relativi al periodo 2004-2007. Innanzitutto, vale la pena evidenziare che nel 2007 sia la Regione sia la Provincia presentano tassi di disoccupazione - rispettivamente 2,9% e 2,5% - al di sotto della soglia fisiologica posta dagli economisti al 3%.

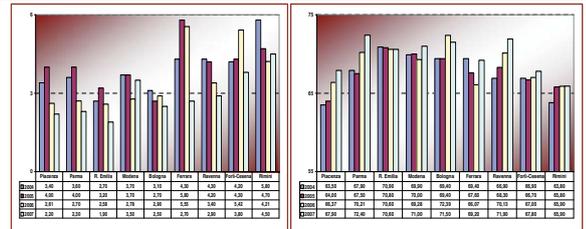
Il tasso di attività - definito come Forza Lavoro/Popolazione, ovvero come quota percentuale della popolazione potenzialmente attiva (età 15-64 anni) che si affaccia sul mercato del lavoro - negli ultimi dieci anni, in Provincia di Bologna, aumenta costantemente, sia per i maschi (da 75% a 80% circa) sia per le femmine (da 60% a 67% circa).

Grafico 1.52 - Tasso di disoccupazione e Tasso di occupazione per genere in Provincia di Bologna e confronto media RER. Periodo 2004-2007



Nonostante questo maggiore "afflusso", il mercato locale del lavoro evidenzia grande capacità di assorbimento, in quanto cresce non solo il tasso di occupazione (Occupati/Popolazione) bensì anche il tasso di disoccupazione (quota percentuale della Forza Lavoro ancora in cerca di occupazione).

Grafico 1.53 - Tasso di disoccupazione e Tasso di occupazione nelle Province RER. Periodo 2004-07



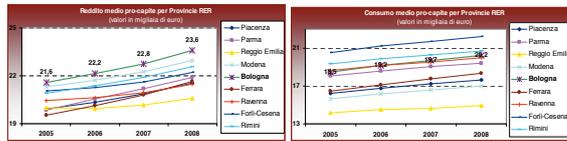
Quanto all'analisi per singole Province, di cui al Grafico 1.53, si segnalano le *performance* di: Reggio Emilia, che presenta un tasso di disoccupazione addirittura inferiore al 2%; Parma, che nel 2007 consegue il primato assoluto nel tasso di occupazione (72,4%) e ha un tasso di disoccupazione minimo (2,3%); Ravenna, in termini di *trend* in miglioramento, che in pochi anni raggiunge i vertici del tasso di occupazione. La Provincia di Bologna si caratterizza per buoni valori complessivi, in particolare molto migliori della media regionale per il genere femminile (elevato tasso di attività e basso tasso di disoccupazione, convergenti a determinare un picco nel tasso di occupazione).

1.4.3 Tenore di vita

Sul tenore di vita si presentano due confronti per Province dell'Emilia Romagna, secondo gli indicatori "reddito pro-capite" e "consumo pro-capite".

In un contesto regionale tra i meglio posizionati per reddito pro-capite (terza Regione italiana dopo Lombardia e Trentino-Alto Adige - Fonte Eurostat, anno 2005) la Provincia di Bologna è quella che registra il valore più elevato e con maggiore tasso di crescita, allargando progressivamente la forbice con la Provincia di Modena (seconda per tutto il periodo considerato 2005-2008).

Grafici 1.54 - Reddito e Consumo medio pro-capite per Province della RER. Periodo 2005-2008



Tale posizionamento non è confermato se si prende in considerazione il consumo pro-capite, dove la Provincia di Bologna risulta terza, dopo Piacenza e Rimini (e Modena si posiziona addirittura al penultimo posto).

1.5 Osservazioni epidemiologiche

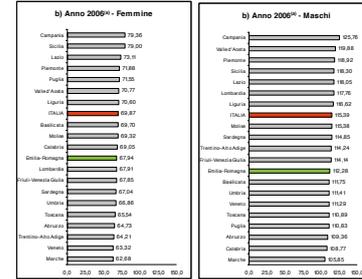
La mortalità, sebbene sia un indicatore parziale, è considerata a livello nazionale e internazionale una delle principali dimensioni di *outcome* nella valutazione dell'efficacia di interventi volti al miglioramento delle Salute pubblica e, più in generale, dei Sistemi Sanitari.

Oltre all'aggiornamento 2007, il confronto per ambiti aziendali RER è arricchito con il confronto nazionale e tra Regioni, per genere, fondato sulle stime ISTAT 2006. La stima dell'ISTAT intende rispondere all'esigenza di una maggiore tempestività nella diffusione di un "indicatore" così rilevante per la determinazione e il monitoraggio dello stato di Salute del Paese. Le cause di morte presentate sono codificate secondo la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases - ICD 10*) proposta dall'OMS, la stessa in gran parte utilizzata dalla classificazione RER. Ciò detto, è necessario premettere che i dati utilizzati nella formula del tasso standardizzato ISTAT (stimato) differiscono da quelli utilizzati in ambito RER, essendo già disponibili i valori effettivi (ad esempio, l'ISTAT utilizza le popolazioni regionali così come da Censimento 2001).

1.5.1 Mortalità

Il tasso standardizzato di mortalità in Italia stimato dall'ISTAT per il 2006 risulta di 884,3 decessi per 100.000 abitanti (valore assoluto pari a 560.858); sempre secondo la stima ISTAT - con l'avvertenza di cui sopra e per rendere in premessa i dati confrontabili - la Regione l'Emilia Romagna registra un tasso di mortalità pari a 860,3, al di sotto del dato nazionale, sia per i maschi sia per le femmine.

Grafico 1.55 - Stima ISTAT 2006 del tasso standardizzato di mortalità, per genere



Fonte: ISTAT, *morti*10.000 abitanti*, secondo i dati di popolazione del Censimento 2001

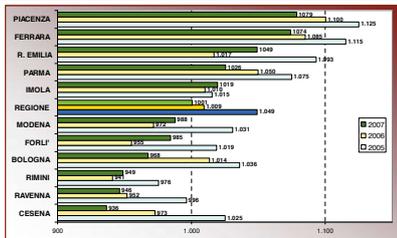
Le graduatorie per genere riportate nel Grafico 1.55 dimostrano come la mortalità sia un rilevante indicatore di Salute pubblica - molto utilizzato nella "Dimensione" OMS - e meno rilevante in termini di valutazione dei Sistemi Sanitari di "erogazione", poiché molteplici sono le determinanti influenti (ambientali, sociali, culturali, economiche, etc.).

Di seguito si passa alla analisi dei dati effettivi di periodo 2005-2007: tra 2006 e 2007 il tasso standardizzato di mortalità in Emilia Romagna scende da 1.049 a 1.001, con un numero di decessi nell'ultimo anno preso in esame pari a 46.307 (45.595 nel 2006).

Nel Grafico 1.56 la mortalità è scomposta per ambiti aziendali, in ordine decrescente, rispetto al valore 2007:

- l'AUSL di Piacenza presenta il tasso di mortalità più elevato (1.079 decessi per 100.000 abitanti);
- l'AUSL di Cesena presenta quello più basso (936);
- l'AUSL di Imola si colloca subito sopra al valore medio regionale, nel 2007, mentre nel 2005 registrava il terzo tasso più basso in Regione. Ciò è imputabile a una riduzione della mortalità nelle altre Aziende, a fronte di un lieve incremento nel 2007, sul 2006 e sul 2005, registrato nell'ambito dell'AUSL di Imola.

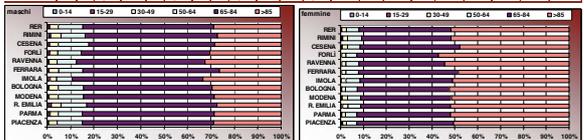
Gráfico 1.56 - Tasso standardizzato di mortalità totale per AUSL della RER. Periodo 2005-2007



La suddivisione per fasce di età (Figura 1.57) evidenzia pochi decessi tra i 0-29 anni: nel 2007, risultano 386 in tutta la Regione, corrispondenti allo 0,9% del totale e allo 0,8% nel territorio circondariale (valore assoluto 12 giovani). Circa il 41% dei decessi in Emilia Romagna avviene dopo gli 85 anni di età (il 42% nel territorio circondariale). Riguardo alla fascia 65-84 anni, l'AUSL di Ferrara rileva la più alta percentuale di decessi (51%), l'AUSL di Imola è sovrapponibile al dato medio regionale pari al 48%, e l'AUSL di Forlì mantiene il valore più basso (45%).

Figura 1.57 - Numero assoluto e % di decessi per età e genere, confronto tra AUSL e RER. Anno 2007

	0-14		15-29		30-49		50-64		65-84		>85		Totale				
	m	% sul Tot	m	% sul Tot	m	% sul Tot	m	% sul Tot	m	% sul Tot	m	% sul Tot	m	% sul Tot			
PIACENZA	3	0,3%	9	0,5%	61	2,6%	181	7,6%	952	7,6%	497	9,1%	1693	18,0%	3498		
FERRARA	13	0,6%	16	0,4%	81	2,5%	231	13,2%	1276	10,7%	646	13,7%	2263	26,1%	4679		
R. EMILIA	16	0,8%	33	0,8%	100	3,4%	328	14,4%	1400	10,4%	684	13,7%	2521	26,5%	5175		
MODENA	10	1,4%	22	0,4%	119	6,3%	346	19,1%	1801	19,2%	916	18,6%	3514	35,0%	8717		
BOLOGNA	18	0,3%	23	0,3%	187	8,5%	478	25,5%	2428	19,0%	1302	27,0%	4416	49,0%	9323		
IMOLA	2	0,1%	8	2,0%	19	1,4%	23%	48	4,4%	359	28,9%	240	38,4%	716	7,1%	1459	
RAVENNA	7	1,3%	12	0,4%	50	4,4%	30%	228	12,9%	1278	10,1%	579	11,2%	2192	23,2%	4514	
FORLÌ	8	0,3%	12	0,4%	68	4,2%	2,6%	161	12,4%	1088	8,1%	644	11,9%	1981	21,2%	4163	
CESENA	2	0,2%	9	2,0%	35	2,0%	2,7%	100	5,2%	546	38,5%	304	6,1%	896	10,7%	2073	
RIMINI	13	0,8%	9	0,5%	55	3,0%	3,1%	136	8,7%	735	55,2%	47%	355	7,3%	1303	14,1%	2714
Totale	94	0,4%	161	0,5%	829	2,8%	2307	7,8%	12398	9,0%	6425	12,6%	22214	24,0%	46307		



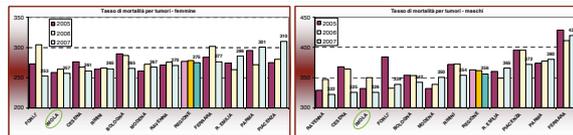
La suddivisione per sesso indica una maggiore prevalenza di decessi tra i maschi, fino alla fascia 65-84 anni, oltre la quale la differenza si inverte: il 50% dei decessi della popolazione femminile avviene dopo gli 85 anni di età e solo il 28% nella popolazione maschile.

1.5.2 Mortalità per grandi cause

Nei Grafici seguenti si presentano i tassi standardizzati di mortalità per i principali macroaggregati di cause, distintamente per genere e ponendo a confronto il valore medio regionale e quelli specifici delle singole AUSL. In ciascun Grafico, l'ordine di rappresentazione è per tasso di mortalità crescente, rispetto ai valori dell'ultimo anno, ossia il 2007. Si propone tra l'altro il posizionamento della Emilia Romagna per le stesse cause, secondo la stima ISTAT 2006, quando disponibile.

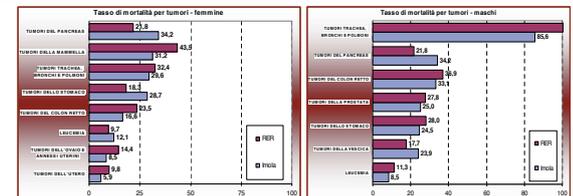
Rispetto al grande aggregato "Tumori" il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola è per le femmine il secondo valore più basso della Regione (257) in calo sia sul 2005 sia sul 2006. Il posizionamento migliore è registrato dall'AUSL di Forlì (253) - che manifesta una consistente riduzione dal 2006 al 2007 - e quello peggiore è dell'AUSL di Piacenza (310). Per i maschi l'AUSL di Imola è posizionata con il terzo valore più basso nel 2007 (326), registrando una notevole riduzione sia sul 2005 sia sul 2006. Il posizionamento migliore è dell'AUSL di Ravenna (322) e quello peggiore è dell'AUSL di Ferrara (420).

Gráfico 1.58 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore, confronto tra AUSL. Periodo 2005-2007



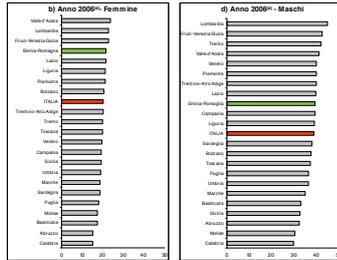
Se si analizza la mortalità per tumore nel 2007, scomposta per le principali neoplasie (Grafici 1.59) si riscontrano ovviamente pochi valori dell'AUSL di Imola più alti del dato medio regionale: riguardo al genere femminile, solo per tumori del pancreas e dello stomaco e lievemente per le leucemie; riguardo ai maschi, sempre per il tumore al pancreas e per il tumore della vescica.

Gráfico 1.59 - Tasso di mortalità per i principali tumori nell'AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2007



Secondo la stima ISTAT 2006 per la classe "Tumori", la RER si posiziona con valori superiori ai dati medi nazionali per i maschi e - in misura sostanziale - per le femmine.

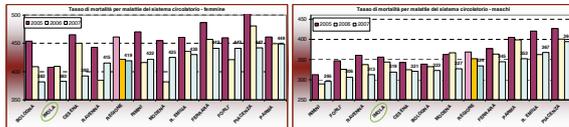
Grafico 1.60 - Stima ISTAT 2006 del tasso standardizzato di mortalità per tumore



Fonte: ISTAT, morti*10.000 abitanti, secondo i dati di popolazione del Censimento 2001

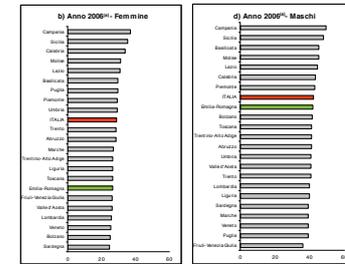
Riguardo alle "Malattie del sistema circolatorio", nella popolazione femminile si osserva che l'AUSL di Imola ha una mortalità inferiore a quella media regionale, posizionandosi come secondo valore più basso (383) praticamente sovrapponibili al dato migliore dell'AUSL di Bologna (382) e con una netta diminuzione sul 2005 e sul 2006; nel 2007 il posizionamento peggiore lo registra l'AUSL di Parma (449). Per i maschi, il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola è il quarto migliore regionale (319), anch'esso con un andamento in riduzione, e ben distanziato dal dato medio regionale (334); il posizionamento migliore risulta dell'AUSL di Rimini (295) e quello peggiore è dell'AUSL di Piacenza (394), che tra l'altro è penultima anche per le femmine.

Grafici 1.61 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio, confronto tra AUSL RER. Periodo 2005-2007



Secondo la stima ISTAT 2006 per la classe "Malattie del sistema circolatorio", la RER si posiziona con valori ben al di sotto del tasso medio nazionale, per le femmine, e praticamente sovrapponibile al tasso medio nazionale per i maschi.

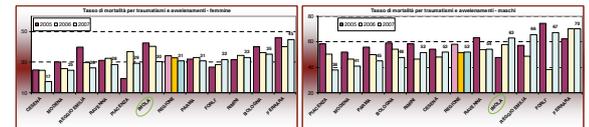
Grafico 1.62 - Stima ISTAT 2006 del tasso standardizzato di mortalità per malattie sistema circolatorio



Fonte: ISTAT, morti*10.000 abitanti, secondo i dati di popolazione del Censimento 2001

Nel genere femminile, il tasso di mortalità per "Traumatismi e avvelenamenti" dell'AUSL di Imola registra una notevole riduzione sul 2005 e sul 2006, ed è praticamente sovrapponibile al dato medio regionale (30 vs 31); i valori rispettivamente minimo e massimo sono registrati dall'AUSL di Cesena (17) e dall'AUSL di Ferrara (45). Per i maschi il tasso dell'AUSL di Imola si mantiene superiore al dato medio regionale (63 vs 52) aumentando sia sul 2005 sia sul 2006; il tasso migliore 2007 è dell'AUSL di Piacenza (38) e quello peggiore è dell'AUSL di Ferrara (70).

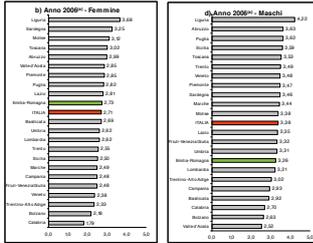
Grafici 1.63 - Tasso standardizzato di mortalità per traumatismi e avvelenamenti, confronto tra AUSL RER. Periodo 2005-2007



Relativamente al macroaggregato "Malattie dell'apparato respiratorio", si osserva che l'AUSL di Imola ha un tasso di mortalità superiore a quello medio regionale: in particolare, per le femmine è il più elevato (101) con un netto peggioramento tra 2006 e 2007; per i maschi è il secondo più elevato, molto prossimo al dato peggiore registrato dall'AUSL di Cesena (93 vs 96). I migliori tassi risultano essere dell'AUSL di Ravenna per le femmine (51) e dell'AUSL di Rimini per i maschi (62).

Riguardo a "Cause accidentali e violente", la RER si posiziona ben al di sopra del tasso medio nazionale per le femmine e due valori al di sotto del tasso medio nazionale per i maschi.

Grafico 1.69 - Stima ISTAT 2006 del tasso standardizzato di mortalità per malattie sistema nervoso

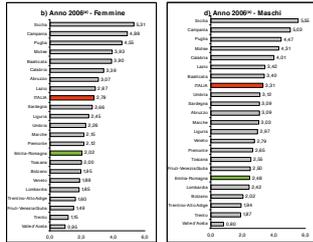


Fonte: ISTAT, morti*10.000 abitanti, secondo i dati di popolazione del Censimento 2001

Riguardo a "Malattie del sistema nervoso", la RER si posiziona appena sopra al tasso medio nazionale per le femmine e molto al di sotto del tasso medio nazionale per i maschi.

Il tasso standardizzato di mortalità per "Diabete mellito" della RER è molto inferiore ai valori medi nazionali, in entrambi i generi.

Grafico 1.70 - Stima ISTAT 2006 del tasso standardizzato di mortalità per diabete mellito



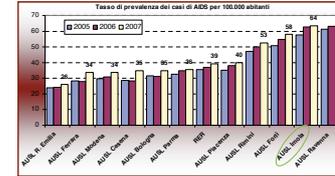
Fonte: ISTAT, morti*10.000 abitanti, secondo i dati di popolazione del Censimento 2001

Infine, si propone un aggiornamento e un approfondimento in merito alla morbosità, espressa come indici di "prevalenza" e "incidenza", rispettivamente per AIDS e TBC.

Figura 1.71 - Tasso di prevalenza casi di AIDS, confronto tra AUSL e RER. Periodo 31/12/2005-2007

	31/12/2005		31/12/2006		31/12/2007	
	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)
AUSL R. Emilia	118	23,0	121	24,1	133	26,1
AUSL Ferrara	100	28,5	99	28,0	106	33,8
AUSL Modena	198	29,8	207	30,9	229	33,8
AUSL Cesena	56	28,6	56	28,4	61	34,9
AUSL Bologna	260	31,5	259	31,3	292	34,9
AUSL Parma	138	32,6	148	34,8	152	35,7
RER	1491	36,0	1555	38,9	1676	39,2
AUSL Piacenza	97	35,2	106	38,1	112	39,8
AUSL Rimini	137	47,2	147	50,0	157	52,8
AUSL Forlì	91	50,8	99	54,8	106	58,0
AUSL Imola	72	57,6	79	62,7	81	63,5
AUSL Ravenna	226	61,2	226	63,2	247	65,1

(*) I casi prevalenti alla fine di un determinato anno sono quelli che - diagnosticati negli anni precedenti e nello stesso anno - risultano in vita a tale data. Sono stati computati solo i casi di residenti RER al momento della diagnosi.
 (**) Il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente al 31/12 dell'anno in esame.



Nel 2007, il tasso di prevalenza dei casi di AIDS per l'AUSL di Imola è praticamente sovrapponibile al dato peggiore a livello regionale, che si conferma dell'AUSL di Ravenna (64 vs 65 per 100.000 abitanti). L'incidenza - ossia i nuovi casi in rapporto alla popolazione - risulta però in calo tendenziale e progressivo, come evidente nel Grafico 1.72, che descrive i valori assoluti di specie per il periodo 1993-2007.

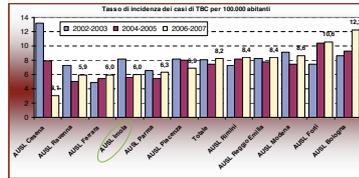
Grafico 1.72 - Nuovi casi di AIDS registrati nell'Azienda USL di Imola. Periodo 1993-2007



Ciò detto, ovviamente la prevalenza permane elevata e risulta in crescita, in ragione dell'allungamento della vita dei pazienti affetti da AIDS, realizzati negli ultimi anni.

Figura 1.73 - Tasso di incidenza casi di TBC, confronto tra AUSL e media RER. Periodo 2002-2007

	Biennio 2002-2003		Biennio 2004-2005		Biennio 2006-2007	
	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)
AUSL Cesena	50	13,2	31	8,0	12	3,1
AUSL Ravenna	52	7,2	37	5,0	44	5,9
AUSL Ferrara	34	4,9	38	5,4	42	6,0
AUSL Imola	20	8,2	14	5,6	15	6,0
AUSL Parma	53	6,5	45	5,4	53	6,3
AUSL Piacenza	44	8,2	44	6,0	38	6,9
Media RER	77	8,3	60	7,4	62	8,5
AUSL Rimini	41	7,3	47	8,1	49	8,4
AUSL Reggio Emilia	78	8,2	76	7,7	84	8,4
AUSL Modena	118	9,1	69	7,5	115	8,8
AUSL Forlì	28	7,4	37	10,4	38	10,6
AUSL Bologna	140	8,7	152	9,2	202	12,2



(*) I casi incidenti in ogni anno sono quelli notificati nello stesso esercizio. Sono stati considerati solamente i casi residenti e/o domiciliati in RER al momento della diagnosi. Il tasso è calcolato utilizzando come popolazione di riferimento la media delle popolazioni residenti al 31/12 negli anni considerati.

In Figura 1.73 si rappresenta il tasso di incidenza dei casi di TBC per 100.000 abitanti: la AUSL di Imola presenta valori più bassi della media regionale, a partire dal 2004; il dato è da correlarsi anche con la relativamente bassa popolazione straniera, poichè in tale sottogruppo la prevalenza della patologia è maggiore. La AUSL con minore incidenza risulta essere Cesena, che fa registrare una drastica riduzione nel periodo 2004-2007 (nel biennio 2002-2003 era l'ambito a maggiore incidenza); l'AUSL di Bologna registra il peggiore posizionamento, con 12,2 casi su 100.000 abitanti *versus* 8,2 della media RER.

1.6 Stili di vita

Lo studio PASSI è un sistema di sorveglianza sulla Salute dei cittadini, che focalizza l'attenzione in materia di "comportamenti a rischio". L'indagine - iniziata in via sperimentale negli anni 2005 e 2006 ed entrata a regime nel 2007 - è condotta tramite interviste telefoniche rivolte a un campione casuale di residenti nella Provincia di Bologna, di età compresa tra i 18 e 69 anni e dove i due generi sono equamente rappresentati. La dimensione del campione e la metodologia utilizzata al momento non permettono di avere informazioni a livello di singola AUSL, ovvero distretto. Proprio per consentire un confronto tra ambiti territoriali, all'interno della stessa

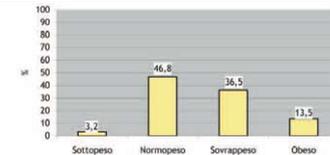
Provincia, nel 2008 è stato sensibilmente aumentato il numero delle persone coinvolte: a tal proposito, l'AUSL di Imola ha condotto 157 interviste telefoniche di residenti nei Comuni del Nuovo Circondario Imolese.

Quanto riportato nei sottoparagrafi seguenti è tratto dal *Profilo di Comunità della Provincia di Bologna*.

1.6.1 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

L'eccesso ponderale è molto diffuso nella popolazione provinciale (circa il 40%). Il fenomeno obesità è particolarmente preoccupante nei bambini: il 17% degli appartenenti al sottogruppo "6 anni" e il 23% appartenenti a quello "9 anni" sono in sovrappeso; l'obesità si attesta attorno al 6% per entrambe le età.

Grafico 1.74 - Stima indagine PASSI "Situazione nutrizionale" in Provincia di Bologna. Anno 2007



Nel 2007 risulta in sovrappeso il 36,5% del campione; il 13,5% è obeso; il 3,2% è sottopeso. Pertanto, solo un po' meno della metà degli intervistati risulta non avere problemi sanitari collegati alla alimentazione.

1.6.2 Attività fisica

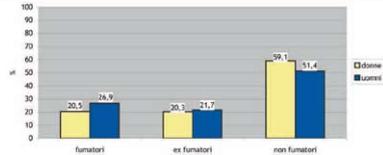
Risulta che tra i cittadini residenti in Provincia di Bologna il 30,3% aderisce alle linee guida sulla attività fisica - svolge cioè una attività regolare intensa o moderata - mentre il 21,6% fa vita sedentaria.

1.6.3 Abitudine al fumo

I fumatori abituali rappresentano il 23,8% degli intervistati, gli ex fumatori il 21% e i non fumatori il 55,2%. Rispetto al passato, si nota una tendenziale riduzione di tale abitudine, anche se permane alto il numero di soggetti esposti al fattore di rischio.

L'abitudine al fumo è più diffusa tra i maschi, pur se la differenza con le femmine si sta riducendo. Rimane alta la quota di fumatori tra i giovani: nelle età comprese tra i 18 e i 35 anni il 40% della sottopopolazione provinciale è fumatore.

Grafico 1.75 - Stima indagine PASSI "Abitudine al fumo" in Provincia di Bologna. Anno 2007

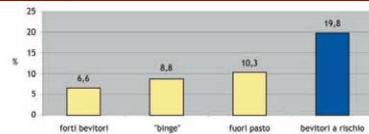


In media nel 2007 si è stimato che fumi poco più di un cittadino ogni 4 residenti con età compresa tra i 18 e i 69 anni.

1.6.4 Consumo di alcol

In Provincia di Bologna, i bevitori ritenuti a rischio corrispondono al 19,8%: sono soprattutto maschi e giovani (un terzo ha una età compresa tra i 18 e i 24 anni). Tra i bevitori a rischio sono compresi i forti bevitori (6,6%) e coloro che bevono soprattutto fuori pasto (10,3%). Anche tra i bevitori "binge" - che consumano cioè più di 6 unità di bevande alcoliche in un'unica occasione - la differenza tra i generi risulta significativa, con una percentuale dei maschi pari all'82,6%.

Grafico 1.76 - Stima indagine PASSI "Consumo di alcol" in Provincia di Bologna. Anno 2007



Si stimano 7.032 soggetti con problemi alcol correlati nell'area provinciale, numero che oscilla da 6.039 a 8.025. La stima è in aumento per i residenti e per gli stranieri e in calo per i non residenti. I tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol sono in tendenziale aumento. I soggetti ristretti in carcere che hanno problemi di alcolismo sono un numero limitato e costante nel tempo: il 6% sono femmine; il 47% stranieri; il 73% non è residente.

1.6.5 Tossicodipendenze

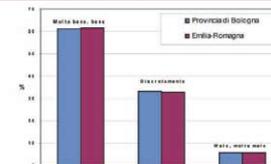
In Provincia di Bologna, il profilo generale dei soggetti con problemi dovuti all'uso di sostanze pesanti vede: età media 35 anni; 17% femmine; 16% stranieri; uno su cinque è stato in carcere. Sulla popolazione *target* di 15-45 anni la prevalenza è di 9,2 x 1000 residenti tra i maschi e 2,5 tra le femmine; si stima un "numero oscuro" di consumatori problematici di sostanze "pesanti" pari a 5.819 soggetti (dato in aumento). Nel 2007, il quadro sanitario registra: l'aumento del numero dei positivi all'epatite C, rispetto al 2005; la tendenziale diminuzione della mortalità per gli eroinomani; il calo della mortalità per AIDS.

L'overdose tra i tossicodipendenti è un'esperienza abbastanza frequente: i fattori maggiormente associati sono: l'età di inizio della dipendenza e la sua gravità; l'uso concomitante di altre sostanze, compreso l'alcol. *Target* ad alto rischio sono: i consumatori occasionali e alle prime esperienze (dosaggio sbagliato, scarsa conoscenza della composizione delle sostanze, circostanze particolari); i tossicodipendenti dopo un periodo di astinenza (uscita dal carcere, dalla comunità, etc.). Tra gli effetti "protettivi" vanno segnalati: l'aumento della quota di soggetti che possono contattare i servizi, in seguito all'abbassamento della soglia di accesso; la messa a regime delle politiche di riduzione del danno nel territorio; una maggior consapevolezza del rischio da parte dei tossicodipendenti.

1.6.6 Stato di salute percepito

Complessivamente la maggioranza dei cittadini residenti in Provincia di Bologna percepisce come buono o molto buono il proprio stato di salute.

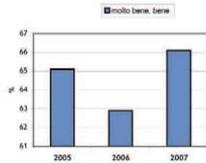
Grafico 1.77 - Stato di salute percepito in persone di età ≥ 14 anni nella Provincia di Bologna



Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT, 2005.

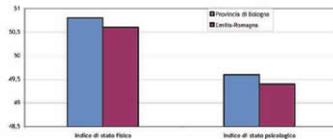
Tale condizione risulta nel tempo relativamente stabile, come dimostra l'indagine PASSI per l'Italia, che indica nel periodo 2005-2007 in oltre il 60% la quota di residenti in Provincia che dichiara di sentirsi bene.

Grafico 1.78 - Indagine PASSI "Stato di salute percepito" nella Provincia di Bologna. Periodo 2005-07



Al fine di indagare con maggiore precisione la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui, si sono sviluppati in ambito internazionale strumenti finalizzati all'individuazione dei diversi aspetti, che concorrono a definire la "salute percepita" e, più in generale, la qualità della vita. Uno strumento sintetico ampiamente utilizzato è la batteria di quesiti dell'SF12, che consente di costruire due indici: uno sullo stato fisico e l'altro sullo stato psicologico. I punteggi medi di tali indici sono da confrontare in termini relativi: all'aumentare del punteggio medio, migliora la valutazione delle condizioni di salute e anche differenze di 0,5 punti sono da segnalarsi come significative.

Grafico 1.79 - Indici di stato fisico e psicologico in persone di età ≥ 14 anni nella Provincia di Bologna



Fonte: Indagine ISTAT, 2005

Nella Provincia di Bologna emerge come lo stato psicologico abbia in generale valori di benessere minore rispetto a quello fisico; ciò sottolinea il ruolo della sfera psichica nel benessere di ciascun individuo.

1.7 Sicurezza

L'argomento Sicurezza è ampiamente trattato nel *Profilo di Comunità*, in tutti i suoi significati e nelle dimensioni di "stato effettivo" e "stato percepito". Nel presente paragrafo si continua l'aggiornamento degli indicatori che riguardano l'universo della incidentalità - in strada,

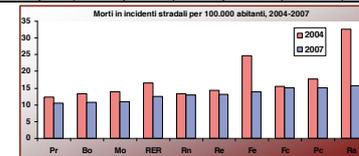
sul lavoro, in casa - ovvero su ambiti in cui le Aziende Sanitarie sono attive, in termini sia di prevenzione (eventi evitabili) sia di cura.

1.7.1 Incidenti stradali

Gli incidenti stradali risultano essere la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni e, pertanto, rappresentano un serio problema di Sanità pubblica: oltre il 50% delle cause di morte rilevate nei giovani tra i 15 e i 24 anni; oltre il 15% per la classe di età tra i 25 e i 44 anni. In Figura 1.80 si aggiornano gli indicatori riguardanti gli incidenti e il tasso di mortalità collegato, fino all'esercizio 2007, mettendo a confronto gli ambiti provinciali.

Figura 1.80 - Numero morti per incidente stradale nelle Province della RER. Periodo 2004-2007

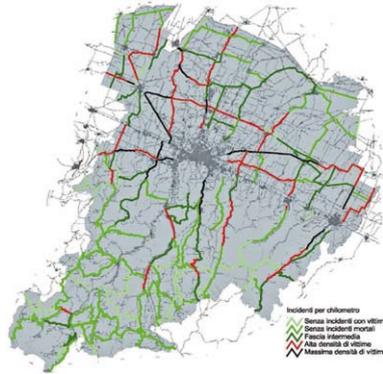
	N.ro morti in incidenti stradali				Var. % n.ro morti 2004-2007	Var. % n.ro di incidenti 2004-2007	Var. % tasso mortalità 2004-2008
	2004	2005	2006	2007			
Bo	125	94	112	103	-17,6%	-4,6%	-13,6%
Re	58	82	43	66	-2,8%	-15,2%	14,4%
Pc	48	42	37	42	-12,5%	-2,0%	-10,7%
RER	681	635	539	531	-22,0%	-10,9%	-12,5%
Mo	91	95	67	73	-19,8%	-3,4%	-17,0%
Fa	66	72	64	49	-43,0%	-8,3%	-37,9%
Pr	50	56	48	44	-12,0%	11,7%	-21,2%
Fc	57	55	50	57	0,0%	-17,8%	21,7%
Ra	118	96	90	59	-50,0%	-33,4%	-25,0%
Rn	38	43	28	38	0,0%	-15,2%	18,0%



Il numero assoluto di morti in incidenti stradali fa registrare in Emilia Romagna, nel periodo 2004-2007, una consistente riduzione (-22%), effetto combinato sia della contrazione del numero di incidenti (-10,9%) sia del tasso di mortalità collegato agli stessi (-12,5%). La Provincia di Bologna presenta un *trend* analogo, con una diminuzione del numero di morti lievemente inferiore alla media RER (-17,6%), imputabile al calo meno consistente nel numero degli incidenti (-4,6%). Così come riferito nel documento di analisi del PSC, gli incidenti stradali localizzati sul sistema autostradale e stradale compreso entro i confini del Nuovo Circondario Imolese, nel triennio 2004-2006, hanno determinato mediamente ogni anno:

- 21 morti (il 18,7% di quelli provinciali e il 3,6% di quelli regionali);
- 1.075 feriti (il 14,6% di quelli provinciali e il 3,5% di quelli regionali);
- un costo sociale pari a 17,96 milioni di euro (il 15,5% di quello provinciale e il 3,5% di quello regionale).

Figura 1.81 - Rete stradale del Nuovo Circondario Imolese: mappatura del rischio/gravità di incidenti



Fonte: PSC del Nuovo Circondario Imolese

Esiste un'ampia diversificazione di sicurezza nel territorio del Nuovo Circondario, collegata a una differente distribuzione dei fattori di rischio strutturali della rete stradale, così come rappresentato in Figura 1.81: Imola è il Comune che conta il maggior numero di incidenti, seguito dai Comuni di Castel San Pietro Terme e Medicina; il Comune con un numero di incidenti prossimo allo 0 è Castel del Rio.

1.7.2 Infortuni sul lavoro

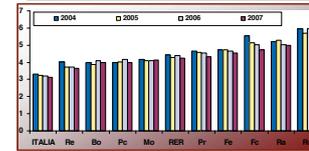
Il tema degli infortuni sul lavoro è di forte impatto sociale e sanitario: la Regione con più incidenti mortali indennizzati è la Lombardia (al 2° posto si trova l'Emilia Romagna e al 3° il Lazio); se si rapporta il numero di morti al numero totale di addetti, la Regione con la maggiore incidenza di morti bianche è il Molise, seguita dalla Calabria e dalla Puglia (Fonte ISPESL, dati 2005)

Dal confronto tra i tassi standardizzati di infortuni sul lavoro (numero infortuni/popolazione occupata x 100) presentato nella Figura 1.82, si evidenzia come la Provincia di Bologna mantenga, nel periodo in esame (2004-2007), il tasso di infortuni più basso. Le altre Province comunque presentano nell'insieme trend in riduzione più marcati rispetto ai migliori posizionamenti relativi (Bologna appunto, e Piacenza).

Per l'ambito della AUSL di Imola si forniscono indicatori di specie tratti dalle fonti interne, e già aggiornati all'esercizio 2008.

Figura 1.82 - Tasso standardizzato di infortuni indennizzati nelle Province della Emilia Romagna e confronto con i tassi regionale e nazionale. Periodo 2004-2007

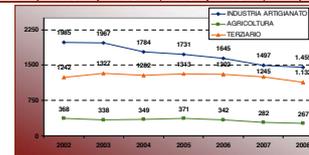
	2004	2005	2006	2007	Var. % 2007 su 2004
ITALIA	3,32	3,25	3,20	3,11	-6,3%
Re	4,03	3,73	3,72	3,65	-9,4%
Bo	4,00	3,89	4,18	3,99	-6,2%
Pc	3,98	4,03	4,18	4,00	0,6%
Mo	4,18	4,11	4,11	4,15	-0,7%
RER	4,44	4,53	4,53	4,53	-4,5%
Pr	4,66	4,57	4,55	4,53	-7,1%
Fe	4,74	4,72	4,67	4,54	-4,2%
Fc	5,53	5,13	5,02	4,72	-14,6%
Ra	5,21	5,30	5,02	4,99	-4,2%
Rn	5,97	5,70	5,95	5,54	-7,2%

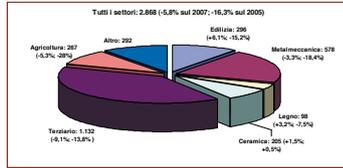


Si conferma per l'anno in esame il trend positivo di riduzione degli infortuni, sia a livello complessivo (-5,8%, rispetto al 2007; -16,3% sul 2005) sia a livello di singolo settore. Il calo maggiore si riscontra nel "terziario" (-9,1% sul 2007; -13,8% sul 2005), mentre nel triennio è l'"agricoltura" a fare registrare la migliore performance (-5,3% sul 2007; -28% sul 2005). Il settore ceramico risulta l'unico in crescita - seppur lieve - sia nel triennio 2005-2008 (+0,5%).

Figura 1.83 - Andamento infortunistico nell'ambito dell'AUSL di Imola. Distribuzione per settori e comparti. Periodo 2002-2008

ANNO	INDUSTRIA ARTIGIANATO	AGRICOLTURA	TERZIARIO	NON IDENTIFICATI	TOTALE	31.000 Fuori AUSL
2002	1985	368	1242	19	3614	1206
	55%	10%	34%	1%		
2003	1967	338	1327	34	3666	1207
	54%	9%	36%	1%		
2004	1784	349	1282	7	3422	1110
	52%	10%	38%	0%		
2005	1723	371	1313	12	3427	1009
	51%	11%	38%	0%		
2006	1645	342	1302	18	3307	979
	50%	10%	39%	1%		
2007	1497	282	1245	20	3044	948
	49%	9%	41%	1%		
2008	1450	297	1152	14	2868	923
	51%	9%	39%	0%		





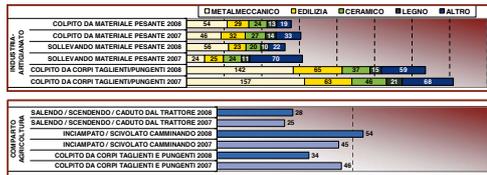
Il numero di infortuni sul lavoro con esito mortale appare stabilizzarsi su un caso/anno, rispetto al dato critico - concentrato nei settori "edilizia" e "agricoltura" - rilevato per gli anni 2004 e 2005, ed è coerente con il trend sopra esaminato del numero di infortuni totali. Ciò detto, occorre sottolineare che, trattandosi di numeri molto piccoli, la significatività statistica è bassa.

Tabella 1.84 - Infortuni sul lavoro mortali nell'ambito dell'AUSL di Imola. Periodo 2002-2008

ANNI	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTALE
INDUSTRIA ARTIGIANATO (escl. Edilizia)	0	0	0	1	0	0	0	2
EDILIZIA	1	0	1	2	0	0	1	7
AGRICOLTURA	0	1	2	2	0	0	0	5
TERZIARIO	0	0	0	1	0	1	0	3
TOTALE	1	1	3	6	0	1	1	17

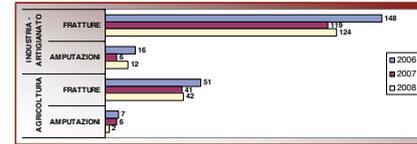
Nel Grafico 1.85, sono evidenziate le dinamiche d'infortunio più frequenti, registrate durante il 2008 (e a confronto con il 2007) secondo la "modalità dell'evento", per i settori primario e secondario.

Grafico 1.85 - Infortuni più frequenti nell'ambito dell'Azienda USL di Imola. Anni 2007 e 2008



Nel Grafico 1.86, si rappresenta la numerosità degli infortuni con esito clinico grave: secondo tale "vista", tra 2007 e 2008, si registra un lieve incremento.

Grafico 1.86 - Esiti clinici più gravi degli infortuni nell'ambito dell'AUSL di Imola. Periodo 2006-2008



Di seguito si propone l'approfondimento relativo agli infortuni di residenti stranieri, registrati dal 2005 al 2008, nel territorio dell'AUSL di Imola. In Tabella 1.87 risulta evidente il trend incrementale dell'incidenza di infortuni su lavoratori immigrati (dal 13,6% degli infortuni totali nel 2005, al 18,3% nel 2008).

Tabella 1.87 - Infortuni dei lavoratori stranieri nell'AUSL di Imola. Periodo 2005-2008

ANNO	Indicatore	INDUSTRIA ARTIGIANATO	AGRICOLTURA	TERZIARIO	TOTALE
2005	N.ro infortuni	1731	1313	3427	
	di cui immigrati (%)	17,1%	8,6%	10,4%	13,6%
	N.ro infortuni	1645	342	1302	3307
2006	N.ro infortuni	1645	342	1302	3307
	di cui immigrati (%)	18,1%	7,6%	11,8%	14,4%
	N.ro infortuni	1497	282	1245	3044
2007	N.ro infortuni	1497	282	1245	3044
	di cui immigrati (%)	17,8%	8,9%	13,7%	15,2%
	N.ro infortuni	1455	267	1132	2888
2008	N.ro infortuni	1455	267	1132	2888
	di cui immigrati (%)	21,4%	11,2%	16,1%	18,3%

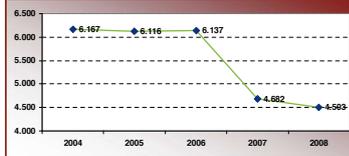
Tale fenomeno va interpretato alla luce di una molteplicità di variabili, tra cui: la crescita di popolazione straniera precedentemente analizzata (Paragrafo 1.3.5); la progressiva emersione da forme di lavoro irregolare, che consente di disporre di dati più attendibili sulla consistenza del fenomeno; la concentrazione dei lavoratori immigrati in settori a più elevato tasso di incidenza.

1.7.3 Infortuni domestici

Sugli infortuni domestici non è facile avere stime concordanti, in quanto la stessa definizione di "caso" non è univoca nei diversi flussi informativi e le classificazioni difformi sono molto frequenti. Per questo motivo, la drastica riduzione del numero assoluto di infortuni rilevata per l'anno 2007 - che si conferma nel 2008 - è certamente da imputare in gran parte all'introduzione di nuove modalità di classificazione e rilevazione degli eventi. Premesso ciò, dai dati esposti nella tabella di Figura 1.88 emerge comunque un numero di infortuni annuali in riduzione (4.682 nel 2007, 4.503 nel 2008, di cui rispettivamente 234 e 256 esitanti in ricovero ospedaliero).

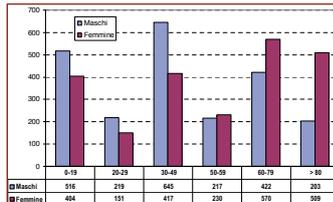
Figura 1.88 - Accesso al PS dell'AUSL di Imola, per infornuti domestici, distinti per esito
Periodo 2004-2008

ESITO	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Al curante per proseguire cura	5.451	88,0%	5.455	88,4%	5.492	89,5%	4.063	89,8%	3.888	89,3%
Ricoverato	303	4,9%	308	5,0%	278	4,9%	234	5,0%	258	5,7%
Abbandona P.S.	125	2,0%	127	2,1%	171	2,8%	168	3,6%	131	2,9%
Non si ripresenta in PS	68	1,1%	61	0,8%	68	1,0%	61	1,3%	54	1,2%
Al curante per competenza	117	1,9%	122	2,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Giunto cadavere	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Osservazione in Medicina Urgenza/O&I	81	1,3%	88	1,4%	129	2,1%	134	2,9%	163	3,6%
Trasferito	7	0,1%	2	0,0%	2	0,0%	5	0,1%	6	0,1%
Nulla richiesta	7	0,1%	11	0,2%	7	0,1%	17	0,4%	5	0,1%
Deceduto in P.S.	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Totale	6.167		6.116		6.137		4.682		4.503	
Var. % sull'anno precedente	8,4%		-0,83%		0,3%		-23,7%		-3,8%	



Analizzando il fenomeno degli infornuti domestici nel territorio aziendale per fasce di età e genere, si confermano alcune considerazioni interessanti (Grafici 1.89 e 1.90).

Grafico 1.89 - Infornuti domestici nell'AUSL di Imola, per fasce d'età e genere. Anno 2008

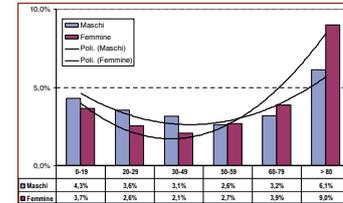


Gli incidenti domestici registrano la maggior frequenza nella fascia 0-19 e 30-49 anni per i maschi, e nelle fasce 60-79 over 80 anni per le femmine.

L'analisi delle occorrenze di infornuti rapportata alla numerosità della popolazione esprime il "rischio di infornuti per fascia di età".

Nel Grafico 1.90 si osserva un andamento del "rischio di infornuti domestici" prima decrescente, poi crescente, che raggiunge i valori massimi nella fascia >80 anni; il picco riguarda le donne over 80 anni ed è molto rilevante, a maggior ragione se si considera la numerosità relativa della popolazione femminile in età avanzata.

Grafico 1.90 - Rischio di Infortunio domestico nell'AUSL di Imola, per fasce d'età e genere. Anno 2008



L'indice di rischio molto elevato - probabilmente associato anche alla condizione di "famiglia uni personale" - fa da moltiplicatore rispetto alla numerosità, determinando un'area critica, in termini di assorbimento di risorse e intensità d'intervento, per il Sistema Sanitario di erogazione.

2. Profilo Aziendale	pag. 58
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	58
2.1.1 Peso della perdita dell'AUSL di Imola e performance della gestione "tipica"	61
2.1.2 Analisi per Fattori Produttivi	62
2.1.3 Finanziamenti e Costi pro-capite	64
2.1.4 Grado di attrazione delle strutture ospedaliere aziendali	66
2.1.5 Fondo per la non autosufficienza (FRNA)	67
2.1.6 Sostenibilità finanziaria	70
2.1.7 Sostenibilità patrimoniale	70
2.2 Impatto sul contesto territoriale	73
2.2.1 Impatto economico	73
2.2.2 Impatto sociale	75
2.2.3 Impatto culturale	76
2.2.4 Impatto ambientale	78
<i>Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale</i>	78
<i>Piano della Mobilità aziendale</i>	79
2.3 Livelli essenziali di assistenza	80
2.3.1 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	81
<i>Programmi regionali di screening e coperture vaccinali</i>	81
<i>Controlli sugli ambienti di lavoro</i>	84
<i>Controlli nelle industrie alimentari e negli allevamenti</i>	84
2.3.2 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza distrettuale	86
<i>Assistenza agli Anziani</i>	87
<i>Assistenza domiciliare</i>	88
<i>Hospice</i>	90
<i>Consultori familiari</i>	90
<i>Salute Mentale e Dipendenze Patologiche</i>	92
<i>Assistenza Odontoiatrica</i>	98
<i>Gravissime Disabilità acquisite</i>	99
<i>Assistenza Specialistica</i>	100
2.3.3 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza ospedaliera	105
2.3.4 Assistenza Farmaceutica	114

2. Profilo Aziendale

La Sezione 2 si conferma come la più significativa per leggere e valutare la *performance* aziendale, in ragione del metodo per cui i risultati dell'esercizio sono presentati secondo le dimensioni sintetiche e fondamentali della gestione - economica, di efficienza ed efficacia, per i 3 ambiti costitutivi dell'intervento sanitario (sanità pubblica; territorio; ospedale) - e se ne dimostrano i posizionamenti relativi alle altre Aziende del Sistema Regionale. In questa ottica, l'incremento informativo richiesto per il 2008 già consente il confronto tra AUSL come per il Pronto Soccorso, anziché inizia a crearne le condizioni, stante l'indirizzo comune della misurabilità quali/quantitativa, come per il Fondo per la non autosufficienza (FRNA).

Per quanto riguarda la componente economica, il fatto che sostanzialmente la "regia" dell'equilibrio di bilancio sia in questi anni direttamente agita dalla Regione - e ciò sta dando l'ottimo esito di Sistema riconosciuto nel confronto SSN - in parte comporta una perdita di significato del "tradizionale" Bilancio di Esercizio per le Comunità locali: assume così sempre più rilevanza informativa l'analisi condotta nel Bilancio di Missione, che rendiconta ricavi/costi correlandoli alle attività/servizi, e introduce un ulteriore elemento di verifica, i costi pro-capite, complessivi e analitici per LEA. I costi pro-capite - in fase di affinamento metodologico e di selezione stabile dei parametri di convergenza delle contabilità analitiche delle diverse Aziende - sono e saranno componente fondamentale di valutazione, anche nell'ottica del federalismo fiscale (finanziamento per costo sanitario pro-capite standard, piuttosto che finanziamento pro-capite e ripiano a piè di lista).

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Prima di procedere all'analisi della *performance* economica di Bilancio, occorre anche quest'anno proporre alcuni contenuti di metodo:

- l'analisi economica di bilancio di una AUSL ha senso solo in termini comparativi, stante la variabilità delle politiche di finanziamento complessivo, nazionale e regionale: riguardo a ciò, il "progetto" Bilancio di Missione ha il grande merito di permettere alla singola AUSL di confrontare in dettaglio la propria *performance* economica con quella delle altre Aziende regionali, per meglio identificare i propri punti di forza e debolezza;
- il periodo per la valutazione economica di seguito esplicitata corrisponde all'attuale mandato di direzione. Pertanto, ogniqualvolta siano disponibili, si proporranno i dati dal 2005 (stato dell'arte di inizio mandato) al 2008 (esercizio in esame);

- il 2007 è depurato - come da indicazione regionale - dai finanziamenti extracapitari per tutte le Aziende (fondo a garanzia dell'equilibrio economico e finanziario), fatto salvo la Tabella 2.2 in cui viene esposto il risultato netto "ufficiale" dell'esercizio;
- gli esercizi 2007 e 2008 sono depurati per l'AUSL di Imola - come da conti economici riclassificati regionali - dei finanziamenti (e correlati costi) afferenti ai progetti ICT, gestiti dalla AUSL di Imola e di valenza regionale. Ciò modifica l'ammontare dei costi per servizi non sanitari, il valore dei contributi e alcuni indicatori di costo, ricavo e risultato, rispetto ai dati presentati nel *Bilancio di Missione 2007*;
- le dimensioni considerate per una corretta valutazione sono:
 - i risultati economici, in rapporto percentuale al volume di bilancio gestito (Ricavi disponibili) e in particolare: (i) risultato netto d'esercizio; (ii) risultato netto prima degli ammortamenti (obiettivo regionale); (iii) risultato operativo o della gestione caratteristica;
 - la crescita dei costi operativi (personale + beni e servizi);
 - la crescita dei costi gestionali (personale + beni e servizi + mobilità passiva);
 - la crescita e il livello comparato dei costi pro-capite, totali e per Livello di Assistenza, che esprimono l'efficienza aziendale, a parità di servizi erogati, ovvero consentono di comparare gli *input* (risorse) con gli *output* (servizi e risultati ottenuti).

La "regia" economica a livello di Sistema Regionale e le azioni conseguenti di livello aziendale hanno condotto all'importante risultato del pareggio di Bilancio prima degli ammortamenti, già nel 2007. A consuntivo 2008 le Aziende Sanitarie presentano tutte un risultato positivo (avanzo) prima degli ammortamenti: l'AUSL di Imola presenta valori prossimi alla *best performance*, con un avanzo prima degli ammortamenti pari a +2,3 milioni di euro (1,2% sul volume di Bilancio gestito).

Tabella 2.1 - Principali indicatori di performance economica. Esercizio 2008 e confronto con il 2005

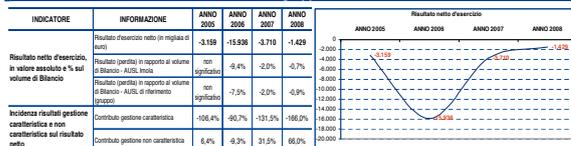
Valori in migliaia di €	Risultato netto 2008	in % sul volume di Bilancio	in % sul volume di Bilancio			crescita dei costi operativi 2005-2008	crescita dei costi operativi + mobilità 2005-2008	scostam del costo pro-capite medio NER 2005	scostam del costo pro-capite medio NER 2007	crescita dei costi pro-capite 2005-2007
			in % sul volume di Bilancio	in % sul volume di Bilancio	in % sul volume di Bilancio					
AUSL senza AO nel territorio										
AUSL Piacenza	+6.517	-1,26%	+4.438	0,99%	11,26%	10,30%	467,7	+44,4	8,60%	
AUSL Imola	+6.270	-0,73%	+2.242	1,20%	10,84%	11,63%	685,2	+69,9	7,12%	
AUSL Ravenna	+4.270	-0,72%	+8.281	1,05%	11,86%	11,59%	482,3	+48,7	5,78%	
AUSL Forlì	+3.329	-1,20%	+2.011	0,68%	10,97%	12,72%	424,8	+50,4	3,96%	
AUSL Cesena	+3.335	-1,05%	+4.204	1,30%	15,78%	14,76%	429,2	+50,2	5,63%	
AUSL Rimini	+2.021	-0,47%	+6.702	1,50%	17,16%	15,55%	+51,2	+38,6	8,95%	
AUSL con AO nel territorio										
AUSL Parma	+1.588	-0,47%	+3.979	0,84%	13,04%	14,91%	+79,2	+68,8	8,37%	
AUSL Reggio Emilia	+2.248	-0,37%	+8.917	1,26%	16,82%	15,69%	+89,9	+65,2	8,29%	
AUSL Modena	+2.773	-0,94%	+5.486	0,67%	20,53%	17,62%	+141,8	+11,7	12,06%	
AUSL Bologna	+10.821	-0,92%	+13.175	1,14%	10,77%	11,01%	429,8	+18,2	7,52%	
AUSL Ferrara	+4.427	-1,00%	+2.004	0,46%	11,01%	10,72%	456,7	444,2	7,33%	

Nota: il Risultato netto prima degli ammortamenti è stato calcolato come somma algebrica delle voci Risultato netto, Ammortamenti e Quota utilizzo contributi in conto capitale, così come da Conto Economico riclassificato dalla Regione

Il risultato di specie conseguito dalla AUSL di Imola è il frutto del governo economico esercitato non solo nell'ultimo anno, bensì durante il mandato (2006-2009) e in termini di significativa sintesi si riporta:

- il rispetto da parte delle Aziende dei propri specifici obiettivi economici, così come determinati dalla Regione, è stato elemento fondamentale per conseguire l'obiettivo del pareggio di Sistema, fin dal 2007, mettendo in valore l'Accordo Stato-Regioni del 2006, che adeguava il Fondo Sanitario Nazionale per il risanamento del SSN. La RER ha aumentato *ex-ante* i finanziamenti regionali, con il vincolo stringente di contenere la crescita dei costi, a parità/sviluppo dei servizi;
- l'aver conseguito un avanzo prima degli ammortamenti è un ottimo risultato registrato nel 2008 da tutte le AUSL regionali. In questo contesto, l'AUSL di Imola presenta un avanzo % (sul volume di bilancio gestito) che risulta il 3° migliore in Regione;
- la perdita dell'esercizio (computati gli ammortamenti) è di € -1.429.187,00: migliora rispetto al 2007 (€ -3.709.916,00) ed è la più bassa della Regione in valore assoluto, e la seconda più contenuta in rapporto al volume di bilancio gestito;
- il tasso di crescita dei costi operativi - ovvero tutti quelli direttamente gestiti dall'Azienda: risorse umane; beni e servizi, comprensivi della spesa farmaceutica - registra tra 2005 e 2008 un valore pari a +10,84%, posizionando l'AUSL di Imola, per tale indicatore, come una delle migliori *performance* di specie in Regione (il tasso di crescita medio del gruppo di AUSL di riferimento, ovvero senza AO nel territorio, è nel periodo di +13,1%);
- in ragione di quanto appena detto, pur partendo nel 2005 l'AUSL di Imola da un costo pro-capite alto (+€ 65 rispetto al costo medio RER) nel biennio 2006-2007 l'Azienda riduce il differenziale negativo portandolo a +€ 49,9.

Figura 2.2 - Andamento dei risultati di esercizio della AUSL di Imola: valori assoluti e % sul volume di Bilancio, a confronto con il gruppo di AUSL senza AO. Periodo 2005-2008



In Figura 2.2 si evidenziano in particolare due elementi significativi: (i) nel 2008, per la prima volta, il risultato di Bilancio della AUSL di Imola è migliore di quello "medio" del suo gruppo di riferimento (-0,7% sul volume di bilancio gestito *versus* -0,9%); (ii) sul risultato stesso incide in misura rilevante e crescente il "peso" della gestione non caratteristica.

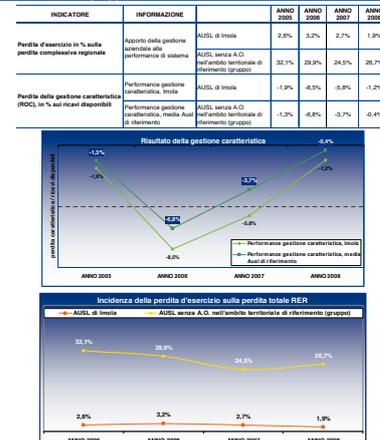
2.1.1 Peso della perdita dell'AUSL di Imola in RER e *performance* della gestione "tipica"

Si premette che le analisi economiche seguenti vengono effettuate in termini percentuali: per una lettura corretta dei risultati, *ab initio* va segnalata in valore assoluto solamente la significativa riduzione della perdita regionale, che tra 2007 e 2008 si dimezza, passando da -159 milioni di euro a -77 milioni di euro circa.

Nella Figura 2.3 vengono sintetizzati due ulteriori indici comparativi di Bilancio, che mostrano:

- la riduzione della "forbice" tra i risultati della gestione caratteristica dell'AUSL di Imola e quelli del gruppo di riferimento (primo grafico);
- la significativa riduzione del "peso" della perdita della AUSL di Imola, rispetto a quella complessiva RER, che passa da valori prossimi al 3% (corrispondenti al peso dell'AUSL stessa, in termini di bacino di assistiti e volume di Bilancio) a un valore per la prima volta inferiore al 2%.

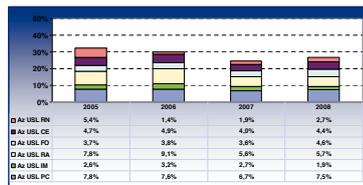
Figura 2.3 - Andamento dei risultati d'esercizio e del ROC della AUSL di Imola, a confronto con il gruppo di AUSL senza AO. Periodo 2005-2008



Di converso, l'incidenza della perdita del gruppo di AUSL senza AO nel territorio è, per l'esercizio 2008, pari al 26,7%, in lieve aumento sul 2007. La spiegazione di ciò è riportata nel Grafico 2.4, che disaggrega l'incidenza complessiva per singola Azienda del gruppo di riferimento: tra 2007 e

2008 incrementano il peso della perdita tutte le altre Aziende, in misura da lieve a significativa, per quanto sia il caso di ribadire che in valore assoluto la perdita è diminuita sensibilmente, e nello specifico sottogruppo passa da -43 milioni di euro, a -20 milioni di euro circa.

Grafico 2.4 - Incidenza della perdita d'esercizio sulla perdita totale RER, ascrivibile al gruppo delle AUSL senza AO nel territorio. Periodo 2005-2008



Si rileva come nel 2008 l'AUSL di Imola registra la minore incidenza della propria perdita su quella complessiva RER (1,9%), ri-posizionandosi su valori più che coerenti con il suo dimensionamento relativo, corrispondente come già anticipato al 3% circa.

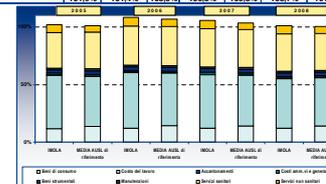
2.1.2 Analisi per Fattori Produttivi

Come detto nelle premesse di metodo, la rettifica dei valori 2007 - incidente per l'AUSL di Imola per un importo di circa 10 milioni di euro in diminuzione, sia per i Contributi sia per i Servizi non sanitari - modifica sostanzialmente alcuni indicatori, eliminando l'anomalia rilevata nello scorso Bilancio di Missione dell'apparente "esplosione" dei Servizi non sanitari stessi, e riportando l'incidenza del Costo del lavoro a un trend più lineare. Riguardo alla Figura 2.5, si evidenzia:

- per l'aggregato "costo del lavoro" - pur mantenendosi l'incidenza più elevata per l'AUSL di Imola, rispetto al gruppo di riferimento - c'è una costante contrazione nel periodo considerato, e una riduzione del differenziale negativo (da 2,8% nel 2005, a 2,5% nel 2006, 2,2% nel 2007 e 1,3% nel 2008);
- per quanto riguarda i costi per acquisto di servizi, il sottogruppo "sanitari" è sostanzialmente in linea con l'incidenza media del gruppo di riferimento, mentre i "non sanitari" si mantengono a incidenza più elevata, per quanto in calo costante dopo il "picco" 2006;
- per i "beni di consumo", la bassa incidenza rilevata per l'AUSL di Imola, in tutti gli anni considerati, può in parte essere correlata al dato dei "servizi non sanitari", di cui al punto precedente, in ragione delle esternalizzazioni realizzate (es. servizio mensa);
- per i restanti aggregati c'è una sostanziale omogeneità con il dato medio di riferimento.

Figura 2.5 - Scomposizione per fattori produttivi del risultato della gestione caratteristica dell'AUSL di Imola e confronto con la media AUSL senza AO. Periodo 2005-2008

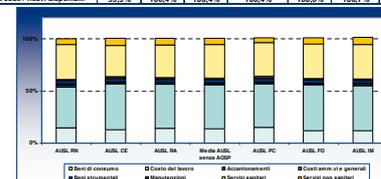
Fattori produttivi/Risultati disponibili	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2007		ANNO 2008	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento						
Beni di consumo	11,6%	13,0%	12,2%	14,3%	12,2%	14,0%	12,0%	13,9%
Costo del lavoro	46,3%	43,9%	48,2%	45,7%	46,4%	44,3%	43,2%	41,9%
Accantonamenti	0,5%	0,5%	0,7%	0,3%	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%
Costi amm.vi e generali	1,5%	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,3%	1,5%	1,3%
Beni strumentali	2,7%	3,1%	3,1%	3,2%	3,1%	3,1%	3,0%	3,1%
Manutenzioni	1,4%	1,7%	1,4%	1,7%	1,6%	1,7%	1,5%	1,6%
Servizi sanitari	21,1%	22,0%	23,8%	23,9%	23,0%	22,7%	22,8%	22,0%
Servizi non sanitari	6,6%	5,7%	7,8%	6,3%	7,1%	5,9%	7,0%	5,9%
Totale	101,9%	101,4%	109,5%	106,8%	105,6%	103,7%	101,2%	100,4%



In Figura 2.6 si propone la "fotografia 2008" per ciascuna delle Aziende senza AO nel territorio, individuando una configurazione di "costi direttamente gestiti" più selettiva rispetto all'aggregato considerato nell'analisi sviluppata *ab initio* (dove si escludevano solo la mobilità passiva e i servizi acquistati da privato).

Figura 2.6 - Scomposizione per fattori produttivi dei risultati della gestione tipica delle AUSL senza AO e confronto con la media delle AUSL con AO. Anno 2008

	AUSL RN	AUSL CE	AUSL RA	Media AUSL senza AO	AUSL PC	AUSL FO	AUSL IM
Beni di consumo	14,8%	12,8%	14,4%	13,9%	15,1%	12,9%	12,0%
Costo del lavoro	39,8%	43,8%	41,8%	41,8%	41,7%	43,8%	43,2%
Accantonamenti	1,7%	0,4%	0,4%	0,7%	0,9%	0,7%	0,8%
Costi amm.vi e generali	1,4%	1,5%	1,3%	1,3%	1,2%	0,9%	1,3%
Beni strumentali	3,7%	3,9%	3,0%	3,1%	3,1%	3,1%	3,0%
Manutenzioni	1,9%	1,7%	1,6%	1,6%	2,2%	1,2%	1,6%
Tot costi a gestione diretta	61,1%	63,7%	62,6%	62,6%	63,9%	61,7%	61,6%
Servizi sanitari	33,1%	29,8%	31,4%	32,0%	32,1%	33,2%	32,8%
Servizi non sanitari	5,8%	6,7%	6,3%	5,9%	4,8%	5,9%	7,0%
Tot costi esterni	38,7%	36,7%	37,8%	37,8%	36,6%	38,6%	38,8%
Tot costi / ricavi disponibili	99,8%	100,4%	100,4%	100,4%	100,6%	100,7%	101,2%



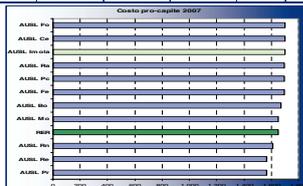
Nell'analisi presente si escludono anche gli aggregati acquisto di "servizi sanitari" e "servizi non sanitari". I dati dell'esercizio in esame rafforzano le conclusioni cui si era già giunti, mostrando come l'AUSL di Imola presenti costi di gestione relativamente più contenuti, per quanto concerne la "produzione diretta": in rapporto al volume di bilancio gestito, detti costi incidono per il 61,6% versus 62,5% medio RER (secondo valore più basso dopo l'AUSL di Rimini 61,1%).

2.1.3 Finanziamenti e Costi pro-capite

Nella tabella di Figura 2.7 si riportano i costi pro-capite delle AUSL della Regione Emilia Romagna, per il periodo 2005-2007, presentati in ordine crescente per costo 2007, e le relative variazioni assolute e percentuali nel triennio considerato.

Figura 2.7 - Costo pro-capite ponderato delle AUSL e dato medio RER. Periodo 2005-2007

	Costo pro-capite 2005	Costo pro-capite 2006	Costo pro-capite 2007	Var. ass. triennio	Var. % triennio
AUSL Pr	1.444,35	1.488,82	1.565,31	120,96	8,4%
AUSL Re	1.432,70	1.491,88	1.565,76	133,07	9,3%
AUSL Rn	1.491,35	1.546,29	1.611,34	119,99	8,0%
RER	1.522,57	1.555,27	1.630,92	108,35	8,4%
AUSL Mo	1.474,81	1.591,32	1.652,60	177,80	12,1%
AUSL Bo	1.552,40	1.634,18	1.689,05	116,68	7,5%
AUSL Pz	1.579,30	1.658,01	1.695,90	116,60	7,5%
AUSL Pc	1.590,28	1.641,42	1.685,30	105,02	6,6%
AUSL Ra	1.604,83	1.667,16	1.697,61	92,78	5,8%
AUSL Imola	1.597,73	1.642,44	1.703,78	113,05	7,1%
AUSL Ce	1.551,77	1.643,37	1.701,17	149,40	9,6%
AUSL Fo	1.547,32	1.614,85	1.701,36	154,04	10,0%



In prima battuta va osservato che la dinamica incrementale dei costi capitari è complessivamente intorno al +4% annuo: la crescita tra 2005 e 2007 è pari a +8,4% come dato medio RER, con valori oscillanti tra il +5,8% della AUSL di Ravenna e il +12,1% dell'AUSL di Modena, estremi tra i quali si colloca l'AUSL di Imola, con una crescita dei costi pari a +7,1% (terzo valore più basso, dopo anche l'AUSL di Piacenza).

In termini assoluti, la crescita dei costi pro-capite tra 2005 (ultimo anno del mandato precedente) e 2007, per l'AUSL di Imola è pari a € 113,05, mentre la crescita media regionale è pari a € 128,4.

Variazioni nei costi pro-capite tra Aziende RER

La differenza dei costi pro-capite minimo e massimo tra Aziende Sanitarie è piuttosto significativa, per quanto tenda a ridursi nel periodo considerato: 172 euro pro-capite di differenza tra l'AUSL di

Reggio Emilia e l'AUSL di Ravenna nel 2005; 136 euro pro-capite tra l'AUSL di Parma e l'AUSL di Forlì nel 2007. Si riduce altresì la variabilità nei valori aziendali, espressa dalla deviazione standard, che passa da € 58 nel 2005, a € 51 nel 2007.

Il costo pro-capite dell'AUSL di Imola è, nel 2007, superiore a quello medio RER di € 49,9 (+3%); nel 2005 il gap era di € 65,2 (+4,3%).

Scomposizione per macrolivelli di assistenza

Il gap di costo pro-capite dell'AUSL di Imola rispetto alla media RER, per il 2007 - come si è detto pari a € 49,9 - si scompone in prima analisi tra i 3 macrolivelli nella misura seguente:

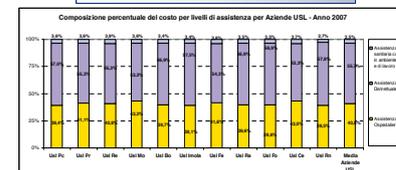
- Sanità pubblica -€ 0,95
- Assistenza Ospedaliera -€ 16,3
- Distretto +€ 58,2.

Si noti che la somma algebrica degli scostamenti dei macrolivelli (+€ 40,9) risulta inferiore al gap totale, per il diverso denominatore di popolazione utilizzato.

L'analisi di dettaglio, comprensiva del trend 2005-2007, sarà effettuata nei paragrafi seguenti, dedicati ai costi e agli output per i singoli macrolivelli.

Figura 2.8 - Costi pro-capite (in valore assoluto e %) per LEA delle AUSL e media RER. Anno 2007

Costi pro-capite 2007	Valori assoluti			Composizione %		
	Sanità Pubblica	Distretto	Assistenza Ospedaliera	Sanità Pubblica	Distretto	Assistenza Ospedaliera
AUSL Pr	61,27	866,57	637,75	3,91%	55,35%	40,74%
AUSL Re	58,72	866,62	651,69	3,69%	55,02%	41,38%
AUSL Rn	43,45	930,94	621,24	2,72%	58,34%	38,93%
AUSL Mo	69,29	879,56	739,71	3,65%	53,35%	43,00%
RER	66,54	919,50	672,96	3,59%	53,69%	40,76%
AUSL Bo	60,15	968,47	674,73	3,53%	56,86%	39,61%
AUSL Pz	59,70	947,77	658,58	3,41%	57,00%	39,59%
AUSL Imola	57,60	977,65	656,66	3,49%	57,78%	38,81%
AUSL Ce	63,02	906,41	720,56	3,72%	53,63%	42,64%
AUSL Pc	60,64	966,57	691,74	3,32%	56,29%	40,20%
AUSL Ra	64,52	920,94	725,50	3,79%	53,81%	42,39%
AUSL Fo	58,73	965,42	669,45	3,47%	57,00%	39,53%



In termini generali (Figura 2.8) è interessante segnalare come la quota di risorse destinate all'Assistenza Ospedaliera sia nella AUSL di Imola quella percentualmente più bassa a livello regionale (38,81% vs 40,76% media RER), mentre in valore assoluto le sole Aziende di Rimini e Reggio Emilia spendono un importo pro-capite inferiore per il macrolivello di specie. Di converso, la quota assorbita dal macrolivello Distretto (comprensivo, si ricorda, della spesa farmaceutica convenzionata e del costo della specialistica ambulatoriale per esterni) è per l'AUSL di Imola seconda solo all'AUSL di Rimini (57,8% AUSL di Imola; 58,3% AUSL di Rimini; 55,7% media RER). Quanto ai finanziamenti pro-capite - analizzati in tabella di Figura 2.9, limitatamente ai fondi erogati a quota capitaria, in misura pertanto non confrontabile con il corrispondente costo pro-capite omnicomprensivo - si conferma come l'AUSL di Imola riceva, nel periodo 2005-2008, una quota molto prossima alla quota media regionale.

Figura 2.9 - Finanziamento pro-capite delle AUSL e dato medio RER. Periodo 2005-2008

	finanziamento pro-capite 2005	finanziamento pro-capite 2006	finanziamento pro-capite 2007	finanziamento pro-capite 2008	Var. ass. periodo	Var. % periodo
Rimini	1.274,54	1.285,90	1.366,81	1.437,93	163,00	12,8%
Reggio E.	1.287,12	1.316,95	1.380,54	1.441,12	153,99	12,0%
Cesena	1.279,50	1.300,78	1.373,80	1.442,24	162,89	12,7%
Modena	1.268,15	1.317,51	1.366,12	1.466,82	198,87	13,0%
Imola	1.341,31	1.372,50	1.448,96	1.507,28	165,95	12,4%
Parma	1.268,50	1.317,04	1.356,27	1.517,02	248,52	17,3%
Ravenna	1.316,50	1.396,38	1.472,04	1.539,41	193,11	11,9%
Parma	1.388,15	1.402,32	1.484,88	1.546,54	160,39	11,6%
Forlì	1.285,11	1.411,98	1.482,96	1.550,88	165,74	12,0%
Bologna	1.377,00	1.399,72	1.489,10	1.562,08	184,68	13,4%
Piacenza	1.413,25	1.432,90	1.508,73	1.573,84	160,58	11,4%
Ferrara	1.426,83	1.449,88	1.535,67	1.614,54	187,71	13,2%



Per il 2008, l'AUSL di Imola ha ricevuto in valore assoluto -10 euro pro-capite rispetto al valore medio regionale (€ 1.507 per assistito vs € 1.517 di media RER), -107 euro pro-capite dell'AUSL di Ferrara (€ 1.614), che registra per tutti gli anni esaminati il valore più alto, e +120 euro pro-capite dell'AUSL di Rimini (€ 1.437), che registra per tutti gli anni esaminati il valore più basso.

2.1.4 Grado di attrazione delle strutture ospedaliere aziendali

Il principale indicatore di "attrattività" delle strutture ospedaliere aziendali è l'indice di dipendenza della popolazione assistita dai/dal Presidio/i della AUSL. Come si vedrà meglio nell'analisi dedicata

al livello *Assistenza Ospedaliera*, tale indice di fidelizzazione è particolarmente elevato per il Presidio dell'AUSL di Imola, specialmente se paragonato ai valori delle altre Aziende "generati" dalle sole strutture pubbliche direttamente gestite, ovvero senza considerare il privato accreditato (assente nell'ambito circondariale); nel 2008 è pari al 66,6%, compresa la mobilità intraregionale per specialità non presenti ed esclusa la mobilità extraregionale (Sezione 1, Tabella 1.6). Come dettagliato nella Tabella 2.10, la quota percentuale - interpretabile come "quota di mercato" della struttura ospedaliera, rispetto al bacino di assistiti "naturale" - sale al 73,2%, se si considerano le sole specialità presenti - ovvero se si distingue (non si calcola) la mobilità generata dalle Alte Specialità, per le quali si aderisce alle Reti *Hub&Spoke*. Il dato appare in miglioramento tendenziale, sia sul 2007 sia rispetto allo "stato dell'arte aziendale" di inizio mandato (2005).

Tabella 2.10 - Indice di dipendenza della popolazione della AUSL di Imola per ricoveri ospedalieri in discipline presenti nel Presidio. Periodo 2005-2008

Disciplina	Numeri di ricoveri								Indice di dipendenza della popolazione							
	Anno 2005		Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008		Anno 2005		Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008	
	Presidio AUSL Imola	% in Presidio AUSL Imola	Presidio AUSL Imola	% in Presidio AUSL Imola	Presidio AUSL Imola	% in Presidio AUSL Imola	Presidio AUSL Imola	% in Presidio AUSL Imola	Presidio AUSL Imola	% in Presidio AUSL Imola	Presidio AUSL Imola	% in Presidio AUSL Imola	Presidio AUSL Imola	% in Presidio AUSL Imola	Presidio AUSL Imola	% in Presidio AUSL Imola
Chirurgia gen.	740	14,9	777	15,0	771	14,9	758	14,6	1.669	28,2%	1.734	29,2%	1.734	29,2%	1.734	29,2%
Ortopedia	100	2,0	112	2,2	201	3,9	172	3,3	42,6%	52,4%	23,6%	24,4%	39,3%	44,7%	26,5%	27,0%
Neurologia	684	13,3%	713	13,6%	1.097	20,3%	1.083	20,2%	64,6%	64,6%	68,6%	68,6%	61,7%	53,8%	53,8%	46,2%
Cardiologia	487	9,7	499	9,8	487	9,3	485	9,3	50,1%	50,1%	49,8%	50,2%	48,8%	52,1%	47,9%	
Diagnostica	45	0,9	46	0,9	474	9,0	458	8,8	45,5%	45,5%	33,7%	40,8%	34,0%	34,0%	34,0%	34,0%
Chirurgia Oncologica	607	12,1%	609	12,1%	630	12,1%	624	12,0%	59,1%	59,1%	60,1%	60,1%	60,1%	60,1%	60,1%	60,1%
Chirurgia Oncologica	2.249	4,5%	2.074	4,0%	2.038	3,9%	1.985	3,8%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%
Chirurgia Oncologica	85	1,7	61	1,2	9	0,2	9	0,2	93,0%	93,0%	92,7%	92,7%	92,7%	92,7%	92,7%	92,7%
Genetica	32	0,6	32	0,6	32	0,6	32	0,6	27,2%	27,2%	27,2%	27,2%	27,2%	27,2%	27,2%	27,2%
Chirurgia Oncologica	62	1,2	60	1,2	776	14,6%	816	15,3%	1,144	2,0%	92,8%	92,8%	92,8%	92,8%	92,8%	92,8%
Medicina generale	497	9,8%	492	9,6%	493	9,4%	487	9,3%	2,207	34,8%	69,1%	69,1%	69,1%	69,1%	69,1%	69,1%
Neurologia	361	7,2%	349	6,9%	320	6,2%	308	6,0%	64,1%	64,1%	64,1%	64,1%	64,1%	64,1%	64,1%	64,1%
Chirurgia Oncologica	99	2,0%	119	2,3%	130	2,4%	131	2,4%	15,2%	15,2%	15,2%	15,2%	15,2%	15,2%	15,2%	15,2%
Chirurgia Oncologica	1.219	2,4%	1.106	2,1%	1.188	2,2%	1.184	2,2%	1,194	2,0%	1,194	2,0%	1,194	2,0%	1,194	2,0%
Chirurgia Oncologica	564	11,3%	597	11,6%	609	11,6%	613	11,6%	3,116	50,2%	79,8%	79,8%	79,8%	79,8%	79,8%	79,8%
Neurologia	158	3,1%	148	2,9%	119	2,2%	116	2,2%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%
Diagn. Malattie Inf.	732	14,5%	728	14,4%	728	14,0%	737	14,1%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%
Cardiologia	431	8,6%	382	7,4%	368	7,0%	364	7,0%	32,9%	32,9%	32,9%	32,9%	32,9%	32,9%	32,9%	32,9%
Medicina Chirurgica	45	0,9%	49	0,9%	56	1,0%	50	0,9%	7,2%	7,2%	7,2%	7,2%	7,2%	7,2%	7,2%	7,2%
Neurologia	40	0,8%	42	0,8%	56	1,0%	54	1,0%	10,2%	10,2%	10,2%	10,2%	10,2%	10,2%	10,2%	10,2%
Diagn. Malattie Inf.	500	10,0%	445	8,7%	477	9,1%	445	8,5%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%
Neurologia	101	2,0%	91	1,8%	88	1,6%	83	1,6%	20,3%	20,3%	20,3%	20,3%	20,3%	20,3%	20,3%	20,3%
TOTALE	5.208	100,0%	5.040	100,0%	5.201	100,0%	5.197	100,0%	73,2%	73,2%	73,2%	73,2%	73,2%	73,2%	73,2%	73,2%
TOTALE SENZA GASTRO E INFERNO	5.173	99,2%	4.854	96,3%	5.147	99,0%	5.138	99,0%	72,9%	72,9%	72,9%	72,9%	72,9%	72,9%	72,9%	72,9%

Dal punto di vista della erogazione di prestazioni (offerta), il dipartimento verso il quale promuovere azioni organizzativo/gestionali e professionali proprie, per il recupero di attrattività, è il Chirurgico; dal punto di vista della domanda espressa dalle comunità locali, si è visto in Sezione 1 che il Comune di Medicina resta l'ambito in cui intervenire per creare/rinforzare la fidelizzazione, anche alla luce dell'incoraggiante recupero di 1,4 punti percentuali nel 2008, sul 2007, in controtendenza rispetto alle affermazioni che non si possa proattivamente agire su abitudini ormai storicizzate (dal 2006 è attiva la Sede fisica del Nucleo delle Cure Primarie di Medicina).

2.1.5 Fondo per la non autosufficienza (FRNA)

Il Bilancio separato del FRNA evidenzia per l'AUSL di Imola un utilizzo nel 2008 pari a poco meno di 10 milioni di euro, dei quali quasi 1,5 riferiti a quote di competenza di anni precedenti.

Rispetto al Fondo assegnato (circa 9,6 milioni di euro), nell'esercizio in esame si è pertanto completamente dispiegata la capacità di spesa, consentendo altresì di utilizzare parte dei residui, e riducendo la quota da riscattare sul 2009 a poco più di 1,1 milioni di euro.

Tabella 2.11 - Bilancio separato FRNA 2008 dell'AUSL di Imola

ANAGRAFICA PRESSIONO		FRNA 2008	Note e riferimenti
A	VALORE DELLA PRODUZIONE FRNA		
01.30.00	CONTRIBUTI FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - FRNA	9.960.940,23	
01.30.001	Contributi da Fondo Sanitario Regionale	6.649.509,84	
01.30.002	Risultato contributo da Regione	1.918.309,99	
01.30.007	Contributi straordinari di settore provinciali	1.461.860,73	
TOTALE A VALORE DELLA PRODUZIONE		9.960.940,23	
B	COSTI DELLA PRODUZIONE		
10.30	ONERI A RILIEVO SANITARIO E RETTE - FRNA	-8.096.618,00	
10.30.002	Oneri a rilievo sanitario per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni pubblici	-6.830.261,27	Tabella 2.12 e 2.13
10.30.003	Oneri a rilievo per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni privati	-303.049,99	
10.30.012	Oneri a rilievo per assistenza presso centri diurni pubblici	-187.309,00	Tabella 2.14
10.30.013	Oneri a rilievo sanitario per azioni di sostegno individualizzati	-15.445,90	
10.30.014	Oneri a rilievo sanitario per assistenza specialistica itinerante	-1.180.100,85	
10.30.032	Oneri per assistenza gravissime disabilità presso strutture residenziali pubbliche	-163.280,32	ex L. 206/04/0
10.30.092	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali pubblici	-127.094,05	di cui € 929.539 in strutture di livello "base" e € 117.535 di livello "medium"
10.30.093	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali privati	-219.771,98	
10.30.112	Rette per disabili in strutture semi-residenziali (centri socio-riabilitativi diurni) pubbliche	-246.129,30	
10.30.113	Rette per disabili in strutture semi-residenziali (centri socio-riabilitativi diurni) private	-21.926,36	
10.31	ALTRI SERVIZI SANITARI FRNA	-312.212,11	
10.31.001	Riservato servizi di servizio	-312.212,11	Tabella 2.15
10.32	ASSEGNI SUSSIDI E CONTRIBUTI FRNA	-1.858.110,12	
10.32.001	Assegni di cura anziani	-1.171.670,51	
10.32.021	Assegni di cura a persone disabili acquisite	-73.569,00	
TOTALE B COSTI DELLA PRODUZIONE		-8.960.940,23	
RISULTATO D'ESERCIZIO		0,00	

Il 91,3% della spesa è imputabile all'area "anziani", e la rimanente quota (8,7%) è riferita all'area "disabili". Il 15,6% del FRNA è destinato all'erogazione di assegni di cura, in massima parte riconosciuti ad anziani.

Nella Tabella 2.12 si dettagliano i costi sostenuti a carico del FRNA su 415 posti letto in case protette - per la maggior parte pubbliche, salvo 27 pl di una struttura privata - espressi come quota giornaliera a copertura degli oneri di rilievo sanitario. Il costo è computato sulle giornate effettive di presenza nelle strutture, che complessivamente presentano tassi di occupazione pari al 98% circa, sviluppando un totale di quasi 150 mila giornate.

Tabella 2.12 - FRNA 2008 dell'AUSL di Imola: dettaglio Case protette

ANAGRAFICA PRESSIONO		DATI DI ATTIVITA'										COSTI	
Codice Pressio (GRN)	Denominazione Struttura	Comune	Soggetti gestione (ammissioni)	Posti letto al 31/12/08	Presenze nel 2008	Presenze nel 2008 su posti conc.	n. ammissioni nel 2008	n. dimissioni nel 2008	n. ammissioni in strutture private nel 2008	Tot. gg. ammissioni effettive presenza in strutture pubbliche nel 2008	Costo giornaliero (costo medio giornaliero 2008)	Costo giornaliero (costo medio giornaliero 2008)	Oneri a rilievo sanitario 2008
50002	Casa di Riposa per Anziani di Lascio	IMOLA	ASP Circondario Imolese	180	184	180	78	80	65.105	€ 30,86	€ 40,83	€ 2.009.737,50	
50003	Casa Protetta Villa Montecchi	IMOLA	Gruppi Privati	27	27	26	13	10	9.839	€ 39,40	€ 48,28	€ 303.282,27	
50004	CP "Comune" "La Colomba"	CASTEL C.S.P.T.	ASP Circondario Imolese	75	75	75	37	27.238	€ 32,46	€ 40,20	€ 887.560,68		
50005	Casa Protetta S. Maria' di Trespugno	BORGIO T.	ASP Circondario Imolese	40	40	40	13	12	14.840	€ 31,75	€ 42,45	€ 464.450,00	
50101	Casa Protetta S. Antonio Abate di Fontanelice	FONTEFALCONE	ASP Circondario Imolese	30	30	30	11	11	10.709	€ 30,09	€ 44,20	€ 322.203,81	
50001	Casa Protetta "Trasini" di Dovis	DOZZA	ASP Circondario Imolese	15	15	15	10	11	5.490	€ 30,80	€ 40,20	€ 169.201,80	
50006	Casa Protetta "Mazzoni" di Medicina	MEDICINA	ASP Circondario Imolese	40	40	40	18	11	13.534	€ 32,47	€ 45,67	€ 489.144,78	
DISTRETTO IMOLA				415	414	409	178	181	148.289			€ 4.584.652,84	

Nella Tabella 2.13 si dettagliano i costi sostenuti a carico del FRNA su 85 posti letto in RSA - di cui 70 nella RSA pubblica "Baroncini" di Imola (7 pl riservati ai ricoveri di sollievo) e 15 di una

Struttura privata, ubicata nel Comune di Medicina - espressi come quota giornaliera a copertura degli oneri di rilievo sanitario. Il costo è computato sulle giornate effettive di presenza nelle strutture; la RSA "Baroncini" presenta nel 2008 un tasso di occupazione pari al 93,8%.

Tabella 2.13 - FRNA 2008 dell'AUSL di Imola: dettaglio RSA

ANAGRAFICA PRESSIONO		DATI DI ATTIVITA'										COSTI		
Codice Pressio (GRN)	Denominazione Struttura	Comune	Soggetti gestione (ammissioni nel 2008)	Posti letto convenzionati al 31/12/08	Di cui: Posti per ricoveri temporanei (ammissioni post-dimissione)	Presenze nel 2008	Presenze nel 2008 su posti conc.	n. ammissioni nel 2008	n. dimissioni nel 2008	Tot. gg. ammissioni effettive presenza in strutture pubbliche nel 2008	Costo giornaliero (costo medio giornaliero 2008)	Costo giornaliero (costo medio giornaliero 2008)	Oneri a rilievo sanitario 2008	
50104	RSA BARONCINI	Imola	ASP Circondario Imolese	70	71*	68	68	68	108	111	23.978	€ 38,50	€ 48,97	€ 1.068.362,88
50108	RSA Medicina	Medicina	Gruppi priv.	20*	0	15	15	15	44	44	5.415	€ 38,00	€ 55,72	€ 210.715,80
DISTRETTO IMOLA				2		83*	83	83	152	155	29.393			€ 1.279.078,68

* n. 15 Posti convenzionati Ausl di Imola (gg. 5415) e n. 10 Posti Convenzionati Ausl di Bologna (gg. 3407) ** n. 2381 gg ricoveri temporanei

Nella Tabella 2.14 si dettagliano i costi sostenuti a carico del FRNA su 52 posti in Centri Diurni, espressi come quota giornaliera a copertura degli oneri di rilievo sanitario. Il costo è computato sulle giornate effettive di presenza nelle strutture, con tariffe differenziate per tipologia/gravità dei pazienti; i 3 Centri presentano nel 2008 un tasso di occupazione medio pari al 63,1%.

Tabella 2.14 - FRNA 2008 dell'AUSL di Imola: dettaglio Centri Diurni

ANAGRAFICA PRESSIONO		DATI DI ATTIVITA'										COSTI	
Denominazione Struttura	Comune	Soggetti gestione (ammissioni nel 2008)	Posti letto al 31/12/08	Tot. gg. attività nel 2008	Di cui: attività diurne	Presenze nel 2008	Presenze nel 2008 su posti conc.	n. ammissioni nel 2008	n. dimissioni nel 2008	Tot. gg. ammissioni effettive presenza in strutture pubbliche nel 2008	Costo giornaliero (costo medio giornaliero 2008)	Costo giornaliero (costo medio giornaliero 2008)	Oneri a rilievo sanitario 2008
Centro Diurno "Canele S. Paolo"	Imola	ASP	16	5	10	5	8	13	5.037	250	€ 17,77	€ 23,24	€ 41.612,41
Centro Diurno RSA "Biancamano"	Imola	ASP	20	6	10	12	16	21	3.182	295	€ 17,77	€ 23,24	€ 19.730,35
Centro Diurno "Medicina"	Medicina	ASP	16	6	10	12	12	15	2.407	371	€ 16,97	€ 22,14	€ 12.048,00
DISTRETTO IMOLA			5	17	30	34	33	44	10.627	1.566			€ 181.390,80

Nella Tabella 2.15 si declina il conto "Altri servizi sanitari da privato", per un importo totale 2008 pari a € 312.212,11: le voci più consistenti riguardano l'Assistenza a domicilio del pasto e l'Accoglienza presso il Centro di sollievo "Amarcord"

Tabella 2.15 - FRNA 2008 dell'AUSL di Imola: dettaglio altri servizi da privato

Altri servizi sanitari da privato		COSTI
Assistenza a domicilio di sollievo in strutture residenziali e/o semi-residenziali		22.515,00
Animazione e temporanea		30.993,00
Supporto familiare fragili		4.206,59
Accoglienza centro sollievo "Amarcord"		80.061,41
Assistenza a domicilio del pasto		135.013,86
Assistenza domiciliare e territoriale per disabili, con finalità socio-educativa		24.128,00
Progetti di prevenzione primaria		6.304,25
Totale		312.212,11

I servizi sostenuti con il FRNA sono gestiti dall'ASP, in forma diretta e indiretta.

2.1.6 Sostenibilità finanziaria

In Tabella 2.16 si mostrano i tempi medi di pagamento delle principali categorie di fornitori nel periodo 2005-2008. Al momento non si dispone del dato di confronto regionale, per quanto lo stesso sarebbe di estremo interesse. Ciò detto, facendo riferimento al tempo medio nazionale con cui la "Sanità paga", rilevato ad aprile 2008 e pari a 292 giorni, si sottolinea positivamente che l'AUSL di Imola non supera mai i 180 giorni di attesa.

Tabella 2.16 - Tempi di pagamento dei fornitori della AUSL di Imola al 31/12/2005-2006-2007-2008

Ritardi medi nei pagamenti	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008
Beni economici	360	420	360	180
Prodotti farmaceutici	360	420	360	180
Servizi in appalto	360	420	360	180
Farmacoeconomica convenzionata	30	30	30	30
Casse di Cura	210	330	300	150
Assistenza farmacia	300	270	270	180
Cooperative sociali	120	150	120	90
Enti Gestori Case Protette	270	180	120	90
Protecnica	360	420	360	180
Attrezzature	360	420	360	180

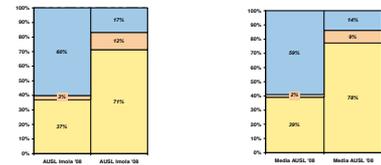
Il buon risultato economico 2008 trova un importante riscontro concreto - espressione di un coerente miglioramento finanziario di cassa - proprio nella buona performance di pagamento dei fornitori. Nell'anno di inizio crisi economico-finanziaria, il netto miglioramento dei tempi di pagamento - generalizzato verso tutte le categorie, per molte delle quali il ritardo si dimezza - oltre a indurre una serie di effetti virtuosi, tra cui il calo degli interessi di mora e del contenzioso, impatta positivamente sul tessuto produttivo circondariale, nel quale insistono molti "fornitori".

2.1.7 Sostenibilità patrimoniale

In Figura 2.17 si riporta una sintesi dei dati tratti dallo Stato Patrimoniale riclassificato dalla REA.

Figura 2.17 - Stato Patrimoniale riclassificato AUSL di Imola e media AUSL senza AO 2005-2008

ATTIVITÀ	AUSL Imola 08				AUSL Imola 07				AUSL Imola 06				AUSL Imola 05				Media AUSL 08				Media AUSL 06				Media AUSL 05				PASSIVITA'
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Impieghi a lungo termine	48%	48%	52%	61%	48%	48%	52%	61%	48%	48%	52%	61%	48%	48%	52%	61%	48%	48%	52%	61%	48%	48%	52%	61%	48%	48%	52%	61%	Impieghi a lungo termine
Attività finanziarie	1%	2%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	1%	Attività finanziarie
Attività correnti	49%	49%	47%	38%	49%	49%	47%	38%	49%	49%	47%	38%	49%	49%	47%	38%	49%	49%	47%	38%	49%	49%	47%	38%	49%	49%	47%	38%	Attività correnti
TOTALE ATTIVITÀ	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	TOTALE PASSIVITÀ



Ponendo a confronto la serie storica 2005-2008 dell'AUSL di Imola con la media delle AUSL di riferimento, si osserva come le caratteristiche differenziali della stessa Azienda tendano progressivamente ad allinearsi ai valori medi, conservando alcune peculiarità positive e, in particolare, la maggiore patrimonializzazione: l'incidenza del Patrimonio Netto sul totale delle passività nella AUSL di Imola cresce al 17% nel 2008 versus 14% del gruppo di riferimento.

Di seguito si presenta il prospetto riepilogativo degli investimenti realizzati nel 2008 e delle relative modalità di copertura. Come sintetizzato nei grafici di Figura 2.18, l'AUSL di Imola ha concentrato i consistenti investimenti 2008 su tre interventi organici e funzionali alla strategia di innovazione strutturale e organizzativa, con una buona performance di autofinanziamento, pari al 32% della copertura finanziaria necessaria; in particolare, si registrano 2,8 milioni di euro ricavati da "alienazioni" e "contributi da alienazioni reinvestiti", e quasi 300 mila euro da "donazioni".

Figura 2.18 - Consuntivo 2008 Piano degli Investimenti dell'AUSL di Imola e fonti di finanziamento

descrizione intervento	conto	Mutuo	Donazioni	Contributi d' capitale	Contributi da alienazioni reinvestiti	Alienazioni	Totale investimento
Ampliamento Ospedale di Imola (*)							
Immobili / impianti / pulizie straordinarie/tenenze	AA2801	€ 437.860,00				€ 138.350,00	€ 576.210,00
Mobili e arredi	AA2901	€ 188.041,00					€ 188.041,00
Attrezzature sanitarie	AA2901	€ 2.380.399,00					€ 2.380.399,00
Software	AA1302	€ 37.990,00					€ 37.990,00
Attrezzature informatiche	AA2706	€ 107.416,00					€ 107.416,00
Totale parziale		€ 3.111.566,00	-	-	-	€ 138.350,00	€ 3.299.916,00
Poliambulatorio città di Imola (*)							
Fabbricati	AA2901	€ 3.432.830,00					€ 3.432.830,00
Mobili e arredi	AA2901						-
Attrezzature informatiche	AA2706						-
Attrezzature sanitarie	AA2901						-
Totale parziale		€ 3.432.830,00	-	-	-	€ 82.000,00	€ 3.484.830,00
Nuova sede D.S.M							
Fabbricati	AA2901					€ 10.732,00	€ 10.732,00
Mobili e arredi	AA2901					-	-
Totale parziale		-	-	-	-	€ 10.732,00	€ 10.732,00
Nuovo assetto Ospedale di Imola							
Consolidati corpo degente zona portina CSPT	AA2201				€ 5.872,00		€ 5.872,00
Manufatti edili e impianti immobili AUSL	AA2901				€ 1.009.196,00	€ 1.240,00	€ 1.010.406,00
Attrezzature sanitarie	AA2901	€ 198.866,00			€ 907.726,00	€ 442.833,00	€ 1.549.425,00
Hardware e software	AA2706	€ 4.103,00			€ 269.710,00		€ 273.813,00
altri beni	AA2901	€ 6.494,00					€ 6.494,00
Automezzi	AA2901	€ 69.370,00					€ 69.370,00
Capitalizz. interessi su mutuo	vari	€ 828.573,00					€ 828.573,00
Rimborzi quota capitale mutuo							-
Oneri pluriennali su mutui	AA1404						€ 2.515,00
Totale parziale		€ 828.573,00	€ 272.839,00	-	-	€ 1.586.602,00	€ 3.501.329,00
TOTALE		€ 7.112.969,00	€ 272.839,00	€ 57.872,00	-	€ 1.735.684,00	€ 1.113.306,00

(*) compresi beni pluriennali necessari per la piena funzionalità



Nel 2008 si è raggiunto l'obiettivo del rispetto dei tempi per ciò che attiene il Programma regionale di Odontoiatria, il cui finanziamento è suddiviso in tre fasi:

- riguardo alle prime due fasi, sono state acquisite le principali attrezzature sanitarie (in particolare i riuniti dentistici) e sono in corso le rimanenti acquisizioni, la cui installazione è prevista nel Poliambulatorio presso la Palazzina ex Direzione "Lolli";
- riguardo alla 3ª fase, per l'accesso alla restante quota di risorse, si è provveduto: in data 29 maggio, a inviare la documentazione necessaria in Regione; in data 20 novembre, a inviare i chiarimenti richiesti in Regione.

Per quanto concerne l'obiettivo regionale di una migliore mappatura del patrimonio immobiliare sanitario, si è provveduto alla redazione delle schede tecniche, richieste come parte della documentazione utile per l'accesso al finanziamento di cui all'Accordo di programma IVª fase.

Sono state avviate le procedure per accedere ai finanziamenti stanziati dalla Legge 296/06, *Finanziaria 2007* (ai sensi dell'articolo 20 della Legge 67/88), per un importo complessivo pari a 5 milioni di euro, dedicati a:

- manutenzione straordinaria per la realizzazione di un'area ambulatoriale multidisciplinare e una struttura di day hospital all'Ospedale S. Maria della Scaletta;
- manutenzione straordinaria di porzione del 4º piano, per la realizzazione di una struttura di degenza ordinaria all'Ospedale S. Maria della Scaletta.

Gli interventi di cui sopra verranno realizzati in seguito alla sottoscrizione dell'Accordo di Programma tra Stato e Regione, triennio 2009-2011.

Investimenti Strategici Aziendali nel 2008

Ampliamento Stabilimento di Imola/nuovo Dipartimento di Emergenza Urgenza – Nel 2008, i lavori sono stati ultimati, compreso i collaudi strutturali e il rilascio delle certificazioni impiantistiche; le procedure per l'acquisizione di arredi e attrezzature sanitarie e per l'assunzione del personale necessario (medici, infermieri professionali, tecnici di radiologia e OSS) sono state concluse.



Il DEA è attivo da maggio 2009 ed è stato interamente realizzato in circa 4 anni: 25 ottobre 2004 consegna lavori; 31 ottobre 2007 fine lavori; entro dicembre 2008 installazione attrezzature e collaudi.

Nuova sede Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e Residenza Trattamenti Intensivi (piano terra Ospedale S. Maria della Scaletta) - Nell'anno in esame è stata completata la progettazione esecutiva della nuova UO SPDC-RTI; è stata indetta la gara per l'affidamento dei lavori, avvenuto il 3 dicembre 2008.

Palazzina ex Direzione "Lolli" - I lavori di ristrutturazione dell'edificio della ex Direzione del Presidio "Lolli" - destinato a Ambulatori e Centro unico prenotazioni - si sono svolti nei tempi previsti e sono terminati il 1º ottobre 2008.

Stabilimento di Castel San Pietro Terme - È stata terminata la fase di progettazione per il miglioramento sismico del corpo degenze: la pubblicazione del bando per l'assegnazione dei lavori è avvenuta il 31/10/2008, entro il termine fissato dalla disciplina specifica di attribuzione dei finanziamenti statali.

Polo Sanitario di Medicina - I lavori di adeguamento edile e impiantistico della Radiologia e dei Poliambulatori sono stati realizzati entro il mese di luglio 2008.

Tabella 2.19 - Grado di rinnovo/obsolescenza del patrimonio dell'AUSL di Imola. Periodo 2005-2008

Indicatore	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008
Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi	9,4%	13,8%	10,7%	6,1%
Valore residuo beni durevoli / totale investimenti lordi beni durevoli	72,4%	72,4%	65,9%	65,1%

In Tabella 2.19 si evidenzia come l'impatto dei nuovi investimenti - raggiunto un picco nel 2006 - tenda fisiologicamente a ridursi progressivamente tra 2007 e 2008; il valore residuo dei beni durevoli ammonta nel 2008 al 65,1% del valore lordo totale delle immobilizzazioni.

2.2 Impatto sul contesto territoriale

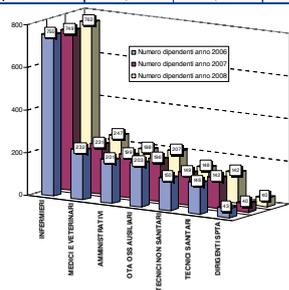
2.2.1 Impatto economico

L'AUSL di Imola mantiene nel 2008 una posizione di preminenza sul locale mercato del lavoro, elemento questo di rilievo nel quadro della crisi economico-finanziaria "esplosa" negli ultimi mesi dell'esercizio in esame, e tale da esplicitare tutti i suoi effetti sull'economia reale e sull'occupazione proprio nel 2009, così come già anticipato in Sezione 1.

L'Azienda offre direttamente occupazione a 1.744 persone, corrispondenti al 4% della forza lavoro complessiva dell'ambito di riferimento, percentuale che cresce al 4,5% se si considerano i medici convenzionati (e al netto dei contratti atipici, di cui si rendiconta in Sezione 4).

**Figura 2.20 - Dipendenti della AUSL di Imola per ruolo, e % dei residenti nel territorio circondariale
Periodo 2006-2008**

Ruolo	Numero dipendenti anno 2006	Numero dipendenti anno 2007	Numero dipendenti anno 2008
INFERMIERI	755	749	752
MEDICI E VETERINARI	232	231	247
AMMINISTRATIVI	201	199	198
OTA OSS AUSL/ASL	203	196	207
TECNICI NON SANITARI	150	149	148
TECNICI SANITARI	146	142	142
DIRETTI SPTA	49	49	49
Totale	1.730	1.706	1.744
Totale dipendenti residenti	1.456	1.437	1.422
% dipendenti residenti	84,2%	84,2%	81,5%



L'81,5% dei dipendenti è altresì residente nei 10 Comuni del Nuovo Circondario Imolese.

Tabella 2.21 - Dipendenti dell'AUSL di Imola residenti nei Comuni del Circondario. Anni 2007-2008

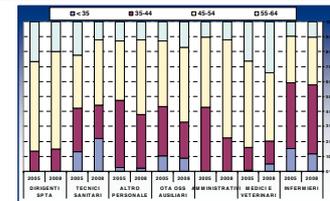
	2007	2008	% 2008
BORGHI TOSIGNANO	46	45	3,2%
CASALPIUMANESE	30	34	2,4%
CASTEL DEL RIO	6	4	0,3%
CASTEL GUELFO DI BOLOGNA	15	16	1,1%
CASTEL SAN PIETRO TERME	88	82	5,8%
DOZZA	53	52	3,7%
FONTANELICE	28	27	1,9%
IMOLA	1104	1093	78,9%
MEDIGNA	26	25	1,8%
MORDANO	41	44	3,1%
Totale	1.437	1.422	100,0%
% sul Totale dei dipendenti	84,2%	81,5%	

L'incidenza diretta e indiretta sulla forza lavoro complessiva del territorio circondariale è destinata inevitabilmente ad aumentare, nel quadro occupazionale critico del 2009. Al dato riguardante i dipendenti dell'AUSL di Imola va poi aggiunto l'indotto generato su imprese del territorio, rilevante per la mole delle risorse economiche gestite (oltre 200 milioni di euro/anno di sola spesa corrente) e per la crescente quota di attività - sanitarie e non - esternalizzate.

Per quanto concerne la distribuzione dei dipendenti per fasce di età, ponendo a confronto gli anni 2006 e 2008, si sottolinea un incremento nel ruolo medico e veterinario anche nella fascia più

giovane (<35 anni), espressione di un impulso al *turn-over* orientato al rinnovamento, accanto alla conferma dell'incremento della fascia di età più avanzata (55-64 anni).

Grafico 2.22 - Distribuzione per fasce di età dei dipendenti dell'AUSL di Imola. Anni 2005 e 2008



Nell'AUSL di Imola il numero di lavoratori dipendenti stranieri è ancora estremamente contenuto, ed è pari a n. 4 nel 2008; dei dipendenti totali, il 3,7% appartiene alle categorie protette (n. 64). Per quanto riguarda i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici Ambulatoriali e le Guardie Mediche, il dato 2008 presenta valori stabili rispetto al periodo analizzato in Tabella 2.23, salvo una crescita per quanto riguarda le Guardie mediche.

Tabella 2.23 - Medici medicina generale, Pediatri libera scelta, Medici ambulatoriali e Guardie mediche, al 31/12/2005-2006-2007-2008

Convenzione	2005	2006	2007	2008
Medici di medicina generale	98	96	96	97
Pediatri di libera scelta	18	20	20	20
Medici ambulatoriali	27	27	27	25
Guardie mediche	21	15	22	26

Elementi ulteriori utili a significare l'impatto economico dell'AUSL di Imola rispetto al territorio locale sono:

- un monte salari e compensi complessivo erogato al personale dipendente e convenzionato pari nel 2008 a oltre 93 milioni di euro;
- un totale di 871 fornitori, dei quali 110 con sede nel Circondario Imolese (12,6%) e ulteriori 203 con sede in Emilia Romagna.

2.2.2 Impatto sociale

Per quanto attiene l'impatto sociale, in Tabella 2.24 si rappresenta l'andamento del numero e dell'importo di lasciti, donazioni e contributi liberali, effettuati da parte della comunità afferente l'AUSL di Imola (cittadini, fondazioni bancarie e altre imprese) dal 2005, al 2008.

Il livello e l'andamento di questi indicatori vengono interpretati quale *proxy* del riconoscimento, da parte della popolazione assistita, della funzione sociale svolta dall'Azienda nel territorio.

Tabella 2.24 - Lasciti, donazioni e contributi verso l'AUSL di Imola. Periodo 2005-2008

Lasciti e donazioni	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008
Numero lasciti e donazioni ricevuti da cittadini	2.700	2.191	2.218	1.939
Importo lasciti e donazioni ricevuti da cittadini	261.210	141.756	395.380	252.099
Numero donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti	104	74	17	80
Importo donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti	349.721	1.044.408	320.508	507.719

L'importo medio di donazioni da parte dei cittadini, nel periodo considerato, si mantiene pari a circa 250 mila euro/anno. Significativo è il dato delle donazioni e contributi da parte di Fondazioni bancarie e altri soggetti, in ripresa nel 2008. Ciò detto, la crisi economica in atto potrà rendere più aleatorie tali entrate nei mesi a venire.

2.2.3 Impatto culturale

L'AUSL di Imola ha avviato un'intensa collaborazione con l'Editrice La Mandragora per la realizzazione di un progetto editoriale concernente la storia sociale e sanitaria del territorio, tra la fine del 1800 e gli inizi del nuovo secolo. La Direzione ha ritenuto fondamentale contribuire, supportando l'autrice nelle sue ricerche e mettendo a disposizione i propri archivi storici.



"Urgenze alla Scaletta. Momenti di storia ospedaliera tra l'800 e il '900", valorizza, preserva e delinea compiutamente un particolare periodo della storia sanitaria locale: un momento di transizione, in cui affiora il germe di una moderna concezione di ospedale, a servizio della società e che pone al proprio centro il malato. Nello scorcio sociale che l'autrice, Claudia Dall'Osso, dipinge in questo volume, attingendo direttamente alle fonti bibliografiche e agli archivi storici, emerge con crudezza la miseria sofferta dalla gran parte della popolazione dell'epoca, che si rivolgeva alle strutture di soccorso per malattie oggi ormai dimenticate e causate da fame, scarsa igiene e, in generale, mancanza dei mezzi fondamentali di sussistenza. Lo Stato laico, attraverso le municipalità locali, inizia ad assumere un ruolo di "erogatore" e "gestore" del servizio di assistenza sanitaria e, per la prima volta, si pone il problema delle risorse necessarie a garantirlo, in particolare per coloro che non possono farlo con mezzi propri.

Con le sue 223 pagine, il ricco contenuto documentale, il curato corredo fotografico-artistico del Vecchio Ospedale di Imola e la riproduzione di alcuni pregevoli documenti originali conservati presso la Biblioteca di Imola e gli Archivi storici aziendali, questo volume segna per l'AUSL di Imola un ritorno di attenzione nei confronti della propria storia e di quella della comunità di riferimento, a oltre 40 anni dalla pubblicazione della prima edizione di "Dieci secoli di storia ospedaliera ad Imola", fino a questo momento unica pubblicazione storica sulla Sanità del territorio circondariale.

Recupero architettonico della ex Direzione dell'Ospedale "Lolli"



L'immobile oggetto dell'intervento è sito in Imola, Piazzale Giovanni dalle Bande Nere n. 11 ed è porzione dell'ex Ospedale Psichiatrico "Lolli", realizzato nel 1880. I lavori sono iniziati il 12 novembre 2007 e sono terminati il 1° ottobre 2008: hanno previsto il recupero dell'edificio mediante un risanamento delle strutture, la realizzazioni di partizioni interne e dei dipinti presenti sulle pareti di vari ambienti, con tecniche di restauro conservativo.



Sono stati realizzati un poliambulatorio multidisciplinare e il nuovo Centro unico prenotazioni, per un costo complessivo dell'intervento, comprensivo degli arredi e IVA, di € 4.722.000,00. La struttura sarà attivata nell'autunno del 2009.

2.2.4 Impatto ambientale

Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale

Nel 2008, per quanto riguarda le campagne di sensibilizzazione, informazione, orientamento, rivolte agli operatori per l'uso razionale dell'energia, l'AUSL di Imola ha garantito:

- il mantenimento e l'implementazione della fase informativa basata sul decalogo del risparmio di energia (pieghevole con la busta paga, affissione presso le bacheche, orologi marcatempo e reparti del/della volantino/locandina IO SPENGO LO SPRECO);
- realizzazione di un modulo sul risparmio di energia (1-2 ore) per ognuno dei piani di studio del Polo Formativo.

L'*Energy Manager* aziendale è stato coinvolto nelle specifiche di progettazione dei Padiglioni sottoposti a riqualificazione, e precisamente per il monitoraggio quali/quantitativo sull'uso di energia elettrica e termica; detto monitoraggio si concretizza in 2 azioni di osservazione e 1 azione gestionale:

- azione 1 - controllo delle fatture al momento della liquidazione, con raccolta dei dati salienti (consumi, spesa ed eventuali penali) e immissione degli stessi in un *data base access*, predisposto all'uso;
- azione 2 - sintesi dei dati di consumo di energia e acqua nella tabella annuale di ricognizione e determinazione del Profilo energia dell'Azienda, con valutazione del *trend* aziendale;
- azione 3 - revisione dei livelli di fornitura e dei contratti in essere, *follow up* ai tecnici competenti in caso di rilievo di penali (ritorno scorretto del teleriscaldamento e fattore di potenza troppo basso), compilazione del bilancio preventivo di spesa per l'anno in corso.

Si rileva che nel 2008 non ci sono state penali e si è aderito ai contratti di somministrazione di Energia Elettrica in conformità alla Convenzione stipulata tramite INTERCENT-ER, estendendo tale adesione al 100% delle utenze elettriche.

Per quanto riguarda la produzione/utilizzo di energia da fonti rinnovabili, cogenerazione o sistemi tecnologici innovativi, si sottolinea che tutti gli stabilimenti dell'AUSL di Imola insistono su un territorio servito da una rete di Teleriscaldamento di proprietà di Hera SPA, che si propone come fornitore di calore sotto forma di fluido a basso contenuto entalpico (acqua calda). Essendo il Teleriscaldamento un effetto della cogenerazione, sul territorio in esame a Larga Scala, non si pone il problema di una ulteriore ottimizzazione. Quanto al Polo Sanitario di Medicina si è provveduto alla integrazione delle utenze termiche dello stesso nella Convenzione in essere con Hera SPA e già applicate per le altri sedi aziendali. Ciò detto, nel 2008 è iniziata l'attività di un Tavolo Tecnico fra AUSL di Imola e Hera SPA - voluto dalle due Direzioni Generali - che ha il compito di migliorare i rapporti reciproci, ottimizzare i contratti e identificare e progettare eventuali azioni sinergiche (ad esempio, ipotesi di micro cogenerazione e fotovoltaico).

Per quanto riguarda l'applicazione dell'Atto di indirizzo di cui alla DGR 1730/2007, è proseguito il piano di controllo della combustione nelle caldaie di piccole e medie dimensioni, utilizzate nelle strutture ancora non raggiunte dal Teleriscaldamento; si sono sostituite caldaie (dove necessario) dando la preferenza a quelle a condensazione (ad altissimo rendimento); si sono monitorati gli andamenti climatici, per gestire il più oculatamente possibile le accensioni di riscaldamento e raffrescamento; si è provveduto a sospendere riscaldamenti e raffrescamenti nelle aree o padiglioni soggetti a manutenzione straordinaria e nelle strutture in attesa di attivazione (es. DEA).

Nell'esercizio in esame, i risultati della gestione sui consumi sono:

- +4,7% di energia elettrica, rispetto al 2007;
- -27% di combustibili, rispetto al 2007. Ciò si deve in gran parte al miglioramento introdotto con le auto a metano, per quanto il peso combustibili sulla bolletta sia scarso;
- +4% circa di Teleriscaldamento, rispetto al 2007. Tale aumento è in gran parte dovuto a una perdita di acqua calda presso la Villa dei fiori, attuale sede dell'SPDC.

La bolletta energetica in MWh/anno ha un saldo del -2%, rispetto all'esercizio precedente, e il calo è particolarmente significativo se si considera che per il "bilancio di energia" il nuovo DEA ha comportato un aumento di +30% circa della quota dell'Ospedale S. Maria della Scaletta; in euro, si è avuto un incremento del 14,7% - da 3,11 milioni, a 3,57 milioni - per l'aumento del prezzo del petrolio, arrivato a 150 \$/barile nell'agosto del 2008.

Per quanto riguarda la gestione dei rifiuti sanitari e le azioni per la riduzione dei rifiuti pericolosi, la Direzione Medica di Presidio e i Servizi del Dipartimento Amministrativo e Tecnico hanno definito le procedure di tracciatura dello smaltimento rifiuti, in relazione a: reflui di Laboratorio; disinfezione degli scarichi in rete fognaria; pile a secco esauste; batterie al piombo esauste; batterie ricaricabili fuori uso; tubi fluorescenti esausti; scarti edili inerti; raccolta vetro; raccolta legno (imballaggi); raccolta PVC (imballaggi); raccolta carta/cartone; raccolta rottami metallici; smaltimento fanghi; smaltimento filtri dei sistemi di condizionamento; smaltimento gas ozono lesivi; smaltimento delle potature e degli sfalci del "verde". A seguito della mappatura e classificazione di tutti i rifiuti prodotti, nel corso dell'anno 2008, è stata elaborata la procedura "*Gestione del percorso del rifiuto prodotto dalle strutture dell'AUSL Imola*" e si è riorganizzata la gestione dei rifiuti a rischio chimico del Laboratorio analisi (raccolta, movimentazione interna e conferimento al deposito sporco).

Piano della Mobilità aziendale

Nel 2008 si sono realizzate varie iniziative per migliorare la mobilità dei dipendenti, con particolare riferimento al percorso casa-lavoro e ai percorsi interni, e precisamente:

- promozione dell'uso della bicicletta, realizzando un progetto *ad hoc* che ha, tra l'altro, fatto vincere il 1° premio all'AUSL di Imola del Concorso Nazionale "*Città Amiche della Bicli*", nella sezione "*Aziende*". Tale progetto si è concretizzato in: (i) distribuzione alle

Unità Operative di 10 biciclette per gli spostamenti interni (all'Assistenza Domiciliare, al Polo Formativo, all'Area Anziani del Distretto, alla Medicina Riabilitativa); (ii) messa in uso di un deposito sicuro per le biciclette private all'Ospedale Vecchio, e nuova distribuzione di chiavi per il deposito sicuro presso l'Ospedale S. Maria della Scaletta; (iii) messa in opera di due moduli rastrelliera più tettoia al deposito bici dell'Ospedale S. Maria della Scaletta; (iv) stipula di una convenzione con un rivenditore locale per l'acquisto di bici a prezzi agevolati; (v) stipula della convenzione con Area Blu per fare direttamente i contratti di *bici-sharing* "Imola in Bici";

- promozione dell'uso del mezzo pubblico. Si è sottoscritta una convenzione con il gestore del trasporto pubblico ATC, che ha permesso di offrire ai dipendenti abbonamenti per l'autobus nelle tratte Imola/Bologna, Imola/Comuni del Circondario, Autobus Urbani di Imola, a prezzi molto vantaggiosi (125 euro, portati a 25 con l'utilizzo dei fondi dedicati alla promozione della Salute);
- parcheggio Ospedale Vecchio. Si è riorganizzato completamente il parcheggio presso l'Ospedale Vecchio, cambiando la natura da generico, a parcheggio auto aziendali; sono stati distribuiti permessi ai dipendenti che usano l'auto per servizio e si è attivata la vigilanza da parte della Polizia Municipale;
- *car-pooling* elettrico. Con le auto elettriche si è sperimentato un *car-pooling* per due equipaggi di dipendenti e un *car-pooling* riservato ai dipendenti per l'accesso alla mensa aziendale.

2.3 Livelli essenziali di assistenza

Come anticipato in premessa, il valore dei risultati aziendali di cui ai sottoparagrafi seguenti risiede nella evidenziazione del loro posizionamento nel Sistema Regionale, in logica di *benchmarking*, che "sfugge" l'autoreferenzialità della singola Azienda e del singolo territorio locale, ovvero supera l'approccio retorico-descrittivo e/o l'eccesso di giustificazione.

Ogni LEA - Sanità Pubblica, Territorio e Ospedale - viene altresì analizzato correlando i costi pro-capite di specie e le attività/servizi erogati (anche in termini di *outcome*, quando disponibili).

A questo proposito è necessario ricordare quanto in parte già anticipato, ossia che: l'ultimo dato di costo è relativo all'esercizio 2007; spesso l'ultimo esercizio in cui è possibile il confronto regionale per *output* è il 2007 e, pertanto, in dette occasioni, i dati di attività 2008 presentati originano da fonti interne aziendali; la serie storica privilegiata di seguito ha inizio con il 2005, ultimo esercizio del precedente mandato di direzione.

2.3.1 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Nel 2007 - per la prima volta - il costo pro-capite del livello di assistenza Sanità Pubblica nell'AUSL di Imola è inferiore a quello medio regionale di circa 1 euro (-1,6%); lo scostamento è comunque modesto e tale da poter affermare che sostanzialmente il costo aziendale (€ 57,6 pro-capite) si mantiene in linea con quello medio RER (€ 58,5). La distribuzione dei costi pro-capite delle Aziende presenta un coefficiente di variazione - misurato come rapporto tra deviazione standard e valore medio - piuttosto elevato (intorno al 10%, sia per il 2006 sia per il 2007), con un rilevante valore minimo dell'AUSL di Rimini (€ 43,4 pro-capite), inferiore di oltre un terzo a quello dell'AUSL di Ferrara, che presenta il valore massimo pari a € 64,9.

Tabella 2.25 - Andamento del costo pro-capite del livello Assistenza Sanità Pubblica, confronto tra AUSL e dato medio RER, Anni 2006 e 2007

	Costo pro-capite Sanità pubblica				Var. costi	Var. costi pro-capite
	Costi 2006 (€)	Costo Pro capite 2006 (€)	Costi 2007 (€)	Costo Pro capite 2007 (€)		
Usi Sp	17.443	98,77	17.974	80,64	3,0%	3,2%
Usi Pt	20.791	97,88	20.689	96,72	-0,2%	-1,1%
Usi Re	32.036	59,31	33.638	61,27	5,0%	3,3%
Usi Mo	40.519	59,76	41.437	60,29	2,3%	0,9%
Usi Es	42.847	54,58	42.266	56,73	4,3%	3,3%
Usi Imola	6.329	58,88	6.215	57,60	-1,8%	-2,4%
Usi Fe	20.572	62,89	21.298	64,92	3,5%	3,2%
Usi Ra	20.328	57,80	20.809	58,73	2,4%	1,5%
Usi Fo	11.628	60,07	11.744	60,15	1,0%	0,1%
Usi Ca	11.862	60,58	12.451	63,02	5,0%	4,0%
Usi Ri	11.852	41,88	12.420	43,43	4,8%	3,6%
RER	240.814	17,01	247.206	18,54	8,0%	3,1%

(*) Costi totali in migliaia di euro

In termini di *trend*, l'AUSL di Imola è - insieme a quella di Parma - l'unica a diminuire i costi del macrolivello di specie, tra 2006 e 2007, in misura del -1,8%.

Programmi regionali di screening e coperture vaccinali

Nel contesto del Piano Regionale della Prevenzione, si continuano a rispettare gli obiettivi relativi ai tre *screening* oncologici, sia per avanzamento del programma sia per adesione agli inviti. Negli ultimi anni l'AUSL di Imola cura in modo particolare l'adesione complessiva delle fasce di popolazione più svantaggiata, quale gli stranieri domiciliati.

Tabella 2.26 - % di adesione allo screening per la prevenzione dei tumori della AUSL di Imola e confronto con la media RER. Periodo 2004-2007

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero e mammella	ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2007		
	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	
% Avanzamento Programma (*)	Screening tumore collo dell'utero	145%	102,2%	92,5%	79,4%	80,6%	84,6%	100,5%	101,1%
	Screening tumore della mammella	91,2%	88,7%	91,2%	88,7%	91,4%	90,2%	111,2%	97,8%
	Screening Colon Retto			113,3%	61,4%	119,2%	124,1%	67,0%	92,8%
% Adesione a invito (**)	Screening tumore collo dell'utero	70,0%	61,4%	63,1%	67,1%	66,4%	60,8%	60,8%	57,2%
	Screening tumore della mammella	75,0%	72,5%	75,0%	72,5%	71,0%	70,6%	72,4%	73,5%
	Screening Colon Retto			42,0%	46,2%	52,5%	48,4%	43,4%	47,6%

(*) persone chiamate/persone da chiamare nell'anno x 100.

(**) persone esaminate/persone da chiamare nell'anno x 100; per lo screening colon-retto, % persone esaminate /persone invitate x 100.

La fonte dei dati del Sito regionale "Bilancio di Missione" è da quest'anno l'Osservatorio Nazionale *Screening*, che rendiconta il 2007 come ultimo esercizio disponibile. Pertanto, con riguardo al 2008 si forniscono i dati elaborati dall'UO Anatomia Patologica - capofila aziendale dei programmi - a titolo indicativo e in attesa di quelli "ufficiali".

Per quanto riguarda l'avanzamento del programma - indicatore che valuta la "% di inviti rispetto alla popolazione bersaglio annuale" (cioè da invitare) - l'AUSL di Imola si mantiene su dati elevati e, per il 2008, tutti uguali o superiori al 100%; in particolare si registra:

- Collo dell'utero: popolazione bersaglio annuale 12.768; popolazione invitata nel 2008 12.947 (101,4%);
- Mammografia: popolazione bersaglio annuale 8.247; popolazione invitata nel 2008 8.270 (100,3%);
- Colon-retto: popolazione bersaglio annuale 16.448; popolazione invitata nel 2008 17.732 (107,8%).

Va sottolineato come il dato riportato nel Sito regionale relativamente all'avanzamento del programma di *Screening* Colon-Retto, per il 2007 pari al 67%, appaia non in linea, sia con la serie storica di Tabella 2.26 sia con il dato 2008 come riportato dalla fonte interna: ciò - unito al fatto che trattasi di un *round* biennale - indica una probabile non significatività del dato "anomalo" 2007. Analoga osservazione può essere fatta rispetto all'indicatore di adesione all'invito, per il quale la fonte interna riporta un valore pari al 61,4% - relativo al biennio 2007/2008 - in netta crescita rispetto al primo *round* biennale.

Per una migliore valutazione comparativa dei dati aziendali, si fa riferimento a valori nazionali e di area geografica, tratti dall'ultimo *Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening*, pubblicato nel 2008. Riguardo l'avanzamento del programma (indicatore nel Rapporto denominato "*estensione effettiva del programma*"), a fronte dei valori dell'AUSL di Imola costantemente superiori al 100%, i dati riferiti al 2007 (ultimo anno disponibile) sono:

- Collo dell'utero: Nord circa 55%; Centro oltre 70%; Sud circa 42%;
- Mammografia: Nord quasi 80%; Centro oltre 70%; Sud meno del 30%;
- Colon-Retto: Nord oltre 70%; Centro oltre 50%; Sud meno del 10%.

Riguardo l'adesione all'invito, a fronte del dato aziendale superiore al 60% per gli *screening* cervicale e colon-rettale e al 70% per quello mammografico, il *Rapporto* riferisce i seguenti dati 2006 (ultimo anno disponibile):

- Collo dell'utero: Nord 46,2%; Centro 36%; Sud 24,5%;
- Mammografia (standard di accettabilità Gisma $\geq 50\%$): Nord 61,6%; Centro 56,4%; Sud 38,1%;
- Colon-Retto (standard di accettabilità Giscor $\geq 45\%$): Nord 43,3%; Centro 42,6%; Sud 30,4%.

Per le vaccinazioni infantili, la AUSL di Imola si conferma su valori estremamente elevati e prossimi al 100%, superiori in tutte le categorie al dato medio RER disponibile, e oltre lo

standard/obiettivo nazionale del 95%. Detto livello di assistenza nell'AUSL di Imola è assicurato dalla Pediatria di Comunità, strutturalmente afferente al Dipartimento delle Cure Primarie - così come da indirizzo regionale - e componente a pieno titolo del Dipartimento Materno Infantile.

Tabella 2.27 - Tasso di copertura per vaccinazioni nei bambini di 2 anni della AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2005-2007 e anno 2008 per l'AUSL di Imola

Copertura vaccinale nei bambini	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2007		ANNO 2008	
	IMOLA	Media R.E.R.						
Vaccinazioni obbligatorie	98,1%	n.d.	98,1%	97,4%	98,9%	97,3%	98,0%	98,0%
(di cui) Rosolia	97,7%	n.d.	96,4%	93,5%	97,1%	93,4%	96,0%	96,0%
(di cui) Morbillo	97,7%	92,9%	96,7%	93,7%	97,1%	93,5%	96,1%	96,1%
Vaccinazioni facoltative								
Poliomelite	99,2%	97,7%	98,2%	97,7%	99,1%	97,6%	98,2%	98,2%
Pertosse	98,8%	97,2%	97,9%	97,3%	98,7%	97,3%	97,9%	97,9%
Meningite da emofilo (HIB)	98,3%	96,7%	97,3%	96,8%	97,0%	96,7%	96,9%	96,9%

I dati 2008 mostrano il consolidamento delle posizioni aziendali, pur con una lievissima flessione, dell'ordine dei decimi percentuali.

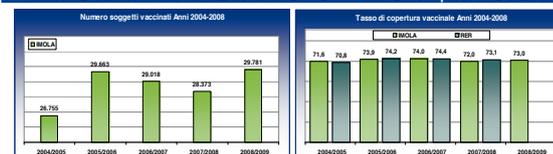
Tabella 2.28 - Tasso di copertura per vaccinazioni HPV (anno 2008) e meningococco (anno 2007) della AUSL di Imola e confronto RER

Copertura vaccinale per HPV e meningococco	ANNO 2007		ANNO 2008	
	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1997			93,6%	61,3%
Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1996 (*)			53,4%	29,8%
Copertura vaccinale meningococco coorte 2005	92,4%	88,5%		
Copertura vaccinale meningococco coorte 1990	77,8%	66,4%		
Copertura vaccinale meningococco coorte 1991	83,3%	68,7%		
Copertura vaccinale pneumococco coorte 2006	96,7%	94,2%		

L'AUSL di Imola, come risulta dalla Tabella 2.28, è stata altresì tra le più performanti ad attuare le campagne rivolte alle adolescenti per HPV e ai bambini e adolescenti per il meningococco.

Per quanto concerne la vaccinazione antinfluenzale, la campagna 2008/2009 registra un picco nel numero assoluto di vaccinati (poco meno di 30.000 persone, +5% rispetto alla campagna precedente), con un tasso di copertura della popolazione anziana (>65) pari al 73%, in linea con le medie regionali e con la serie storica degli ultimi anni. I risultati aziendali di specie sono molto prossimi all'obiettivo/standard regionale di "*copertura, popolazione target*", pari a $\geq 75\%$.

Grafici 2.29 - Numero di vaccinati contro l'influenza e tasso di copertura nei over 65 anni dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2008 e anno 2008/09 per l'AUSL di Imola



Controlli sugli ambienti di lavoro

Per quanto riguarda l'attività di vigilanza sugli ambienti di lavoro - rispetto alla quale alcuni importanti indicatori di *outcome* sono evidenti nell'analisi del *trend* positivo di riduzione degli infortuni, sviluppata nella Sezione 1 - in Figura 2.30 si presentano i tassi di copertura dei controlli e la % di aziende sanzionate nel territorio circondariale, a confronto con la media RER.

Figura 2.30 - % imprese controllate e imprese con infrazione, nell'ambito dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2007 e anno 2008 per l'AUSL di Imola

Controlli sugli ambienti di lavoro		Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Var 2004-2007	Anno 2008	Var 2007-2008
AUSL di Imola	Unità Locali esistenti	8.657	8.715	8.665	8.669	11,7%	8.669	0,0%
	Unità Locali controllate	292	292	393	384	99,2%	393	+15,4%
	% di Aziende sanzionate su controllate	5,36	2,70	3,85	3,97	21,9%	3,36	-15,4%
	% di Aziende sanzionate su controllate	23,8	30,5	20,7	22,9	-3,5%	28,0	22,2%
RER	Unità Locali esistenti	362.447	381.101	389.231	389.231	7,4%	389.231	0,0%
	Unità Locali controllate	12.272	13.131	13.151	12.631	3,1%	12.632	27,0%
	% di Aziende sanzionate su controllate	3,39	3,36	3,33	3,29	-4,0%	4,13	27,0%
	% di Aziende sanzionate su controllate	20,7	23,7	24,2	27,4	32,2%	23,4	-14,6%



Dopo il biennio 2006-2007 in cui si è registrata una numerosità di controlli maggiore nell'AUSL di Imola, rispetto al dato medio regionale, e una % di aziende sanzionate inferiore, nel 2008 il rapporto tra i due indicatori si ribalta: meno controlli nell'AUSL di Imola e più sanzioni, indicando la scelta per una attività di vigilanza essenzialmente "mirata" alle situazioni critiche.

Controlli nelle industrie alimentari e negli allevamenti

L'attività di vigilanza sulle aziende di ristorazione e alimentari registra, nell'AUSL di Imola, tassi di copertura elevati - prendendo a riferimento gli ultimi dati medi RER disponibili, riferiti al 2006 - e tendenzialmente crescenti anche nel biennio 2007-2008, per i quali in Figura 2.31 si presentano i dati da fonte interna aziendale.

Figura 2.31 - % aziende alimentari e di ristorazione controllate e con infrazioni della AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2005-2006; 2007 e 2008 per AUSL Imola

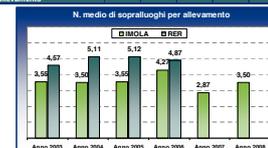
Controlli su Aziende di Ristorazione e Alimentari		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Aziende di Ristorazione	AUSL di Imola	41,8	37,1	43,5	40,4
	RER	21,5	18,5	38,3	35,8
	% di Aziende di trasformazione/lavorazione controllate	37,3	37,5	n.d.	n.d.
	% di Aziende sanzionate su controllate	29,1	30,8	n.d.	n.d.
Altre Aziende Alimentari	AUSL di Imola	26,7	32,7	31,9	34,4
	RER	18,7	11,3	19,0	38,5
	% di Aziende di trasformazione/lavorazione controllate	37,5	32,9	n.d.	n.d.
	% di Aziende sanzionate su controllate	26,8	30,4	n.d.	n.d.



Nell'esercizio in esame risulta che oltre il 40% delle aziende di ristorazione e il 34,4% delle altre aziende del settore alimentare, insistenti nel territorio circondariale, siano state sottoposte a controllo. Il forte aumento dell'indicatore "% di aziende sanzionate su controllate" è determinato, in gran parte, da una maggior sensibilità nella rilevazione dei provvedimenti emessi direttamente, e allinea il dato dell'AUSL di Imola con quello medio della Regione.

Figura 2.32 - % sopralluoghi per allevamento nell'ambito della AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2003-2006 e anni 2007 e 2008 per l'AUSL di Imola

Controlli sugli allevamenti		Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
AUSL di Imola	Allevamenti esistenti	1.014	1.040	1.038	1.019	1.253	960
	Sopralluoghi effettuati	3.599	3.636	3.682	4.348	3.590	3.364
	N. medio di sopralluoghi per allevamento	3,59	3,50	3,55	4,27	2,87	3,50
	Allevamenti esistenti	24.600	23.723	23.912	25.225		
RER	Sopralluoghi effettuati	112.486	121.199	122.424	122.804		
	N. medio di sopralluoghi per allevamento	4,57	5,11	5,12	4,87		



L'attività di vigilanza su allevamenti si conferma costantemente inferiore al dato regionale, in termini di numero medio di sopralluoghi per allevamento: il valore dell'indicatore - per l'AUSL di Imola "strutturalmente" più basso (intorno a 3,5 *versus* circa 5 della media RER) - è influenzato probabilmente anche dal minore dimensionamento degli allevamenti stessi presenti nel territorio circondariale, rispetto a quelli ubicati in certi territori locali dell'Emilia Romagna.

2.3.2 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza distrettuale

Lo scostamento negativo di costo pro-capite dell'assistenza distrettuale per l'AUSL di Imola, nel 2007, è pari a +€ 58,2 (+5,9%) rispetto alla media regionale, posizionandosi all'ultimo posto (nel 2006 all'ultimo posto si trovava l'AUSL di Ravenna). Tuttavia è significativo notare come, tra 2006 e 2007, la variazione % dei costi totali per il macrolivello in esame sia, nell'AUSL di Imola, inferiore a quella media (+4,1% vs +4,9%), mentre la crescita del costo pro-capite risulta superiore (+4,5% vs +4%); tale andamento divergente è imputabile a una riduzione della "popolazione pesata" circondariale (-0,4%), nello stesso periodo, a fronte di un incremento della "popolazione grezza", sia nell'ambito aziendale (+0,7%) sia in Regione (+0,9%); i criteri di pesatura utilizzati, in questo caso, "penalizzano" l'AUSL di Imola, nonostante una dinamica dei costi relativamente contenuta in termini di *trend* (4 AUSL crescono a tassi oltre il 6% - fino all'8% - mentre l'Azienda di Imola cresce appunto "solo" del 4,1%).

Tabella 2.33 - Andamento del costo pro-capite del livello Assistenza distrettuale, confronto tra AUSL e dato medio RER. Anni 2006 e 2007

	Costo pro-capite Distretto			
	Costi 2006 (€)	Costi 2007 (€)	Costi Pro-capite 2006	Var. costi pro-capite
USL FC	263.188	267.85	275.701	968,57 4,8%
USL PR	340.178	627,54	368.263	966,82 8,1%
USL RH	384.000	805,75	412.879	868,57 7,5%
USL MC	530.454	829,47	567.226	879,55 6,9%
USL BO	783.703	930,85	812.819	947,77 3,7%
USL Imola	119.526	925,37	124.483	977,65 4,1%
USL FE	330.057	897,21	342.316	920,94 3,7%
USL RA	352.802	955,39	368.834	965,42 1,6%
USL FR	172.317	931,83	178.311	968,47 3,5%
USL CE	170.154	925,29	170.773	906,41 0,4%
USL RN	246.683	883,14	262.262	930,34 6,3%
RER	3.703.374	624,47	3.243.257	919,59 4,2%

(*) Costi totali in migliaia di euro

Precisato quanto sopra, lo scostamento negativo di costo pro-capite nell'AUSL di Imola, rispetto alla media RER, è totalmente ascrivibile al livello dell'assistenza distrettuale: pertanto, il costo pro-capite per il LEA di specie merita un maggiore approfondimento di analisi, scomponendolo in sottolivelli, sempre a confronto con i costi unitari analitici di tutte le Aziende regionali per il 2007. Nelle ultime righe della Tabella 2.34 si riportano gli scostamenti tra costo dell'AUSL di Imola e costo medio RER, prima per il 2006 e, di seguito, per il 2007: l'analisi va focalizzata sugli scostamenti percentuali, in quanto nel biennio - come già detto - sono stati modificati a livello regionale i sistemi di pesatura della popolazione e, di conseguenza, i denominatori ai fini dei costi pro-capite per singolo sotto-livello. I maggiori scostamenti negativi si concentrano nei sottolivelli Specialistica (+15,2%), Anziani (+4,8%), Salute Mentale (+14,1%), Medicina di Base (+8,8%) e, in misura meno influente per valore assoluto, Emergenza Extraospedaliera (+20%).

Lo scostamento del sottolivello Specialistica spiega in realtà la gran parte del *gap* negativo tra costo aziendale e costo RER: al netto del sottolivello di specie, il *gap* si ridurrebbe da € 58 a € 14 circa. Sul maggior costo pro-capite del sottolivello "Medicina di Base" impattano gli accordi

aziendali più "impegnativi", che hanno applicato in maniera più "completa" quelli di livello regionale (incremento regionale 2006-2007 superiore al 10%; incremento aziendale +15%).

Tabella 2.34 - Composizione del costo pro-capite del macrolivello Distretto, per livelli di assistenza, delle AUSL. Anno 2007 e scostamento AUSL di Imola/media RER 2006 e 2007

Costi pro-capite	Disabili	Farmacodipendenza	Neuro-Infanzia	Distretto Patologia	Salute Donna	Salute Infanzia	Tumori	Prevenzione Infanzia	AD-Response	Salute Infanzia AUSL	Emergenza (Urgenze)	Medicina di Base	Anziani	Specialistica	TOT
USL FC	47	228	117	30	32	229	3	45	102	77	27	105	178	209	989
USL PR	31	243	160	29	45	31	6	40	110	75	20	103	108	220	867
USL RH	29	293	159	36	25	124	4	31	72	47	27	106	853	218	952
USL MC	37	255	156	32	31	169	3	25	87	47	27	108	719	239	889
USL BO	30	285	144	33	31	107	4	12	126	41	35	102	569	276	948
USL Imola	27	251	14	25	31	160	7	33	185	80	39	118	742	307	918
USL FE	26	263	101	20	48	249	3	17	81	72	32	109	729	275	921
USL RA	33	256	87	25	42	197	6	33	69	62	38	113	691	307	965
USL FR	40	257	100	31	33	212	8	39	85	50	44	88	881	285	968
USL CE	41	261	108	25	39	208	6	28	107	47	38	106	772	211	929
USL RN	50	217	177	28	45	341	4	37	133	68	35	107	585	302	921
RER	34	222	104	28	41	169	5	31	100	61	37	106	701	270	920
Differenz. Imola su media RER 2006															
	-5,1	-4,7	-9,5	-2,9	-2,9	-1,0	2,7	4,7	4,4	6,8	5,7	8,2	7,0	47,5	96,9
Differenz. % Imola su media RER 2006															
	-30,0%	-1,9%	-35,9%	-30,5%	-28,9%	-11,9%	50,2%	15,7%	10,9%	11,2%	23,4%	16,6%	9,0%	19,1%	5,4%
Differenz. Imola su media RER 2007															
	-8,1	-6,8	-38,1	-2,8	-15,5	-25,8	2,3	-1,1	4,9	11,2	7,8	10,2	35,3	46,6	5,8%
Differenz. % Imola su media RER 2007															
	-30,9%	-0,3%	-40,8%	-11,7%	-30,9%	-16,7%	35,8%	-3,4%	4,7%	14,7%	-20,0%	6,8%	4,8%	15,2%	3,2%

Di converso, i sottolivelli per i quali l'AUSL di Imola spende meno rispetto alla media regionale sono: Neuropsichiatria Infantile (-40,6%); Salute Donna (-39,9%); Salute Infanzia (-16,1%); Disabili (-30,9%); Infatica e Integrativa (-3,4%) che cambia segno rispetto al 2006, quando il costo dell'AUSL di Imola era superiore del 15,1%, rispetto al valore medio. L'assistenza farmaceutica - aggregato molto rilevante per il quale si effettuerà un approfondimento specifico - registra un costo pro-capite 2007 inferiore alla media RER (-0,3%), con un "peggioramento relativo" sul dato 2006 (-1,9%).

Assistenza agli Anziani

Riguardo al sotto-livello "Assistenza Anziani", c'è innanzitutto da segnalare che l'AUSL di Imola registra nel 2007: un numero di Posti Letto in strutture residenziali pari a 33,9 per 1.000 abitanti *versus* 30,9 come dato medio regionale; di converso, un numero di posti in semiresidenziali pari a 3,5 per 1.000 abitanti *versus* 5,7 di media RER.

Tabella 2.35 - Posti di Assistenza residenziale e semiresidenziale nell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2007 e anno 2008 per l'AUSL di Imola

Assistenza residenziale e semiresidenziale: numero posti letto						
Assistenza residenziale	2004	2005	2006	2007	2008	
Anziani	493	496	496	500	500	
Disabili	17	17	17	23	23	
Assistenza semi-residenziale	2004	2005	2006	2007	2008	
Anziani	48	48	48	52	52	
Disabili	60	60	60	83	83	

Assistenza residenziale e semiresidenziale: numero posti letto per 1.000 abitanti												
Assistenza residenziale	2004			2005			2006			2007		
	IMOLA R.E.R.											
Anziani (>74)	35,5	31,0	35,8	31,0	34,2	30,8	33,9	35,9				
Disabili	0,14	0,35	0,14	0,38	0,14	0,39	0,18	0,18				
Assistenza semi-residenziale	IMOLA R.E.R.											
Anziani (>74)	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5				
Disabili	0,48	0,81	0,48	0,83	0,48	0,85	0,85	0,85				

Nel 2008 - esercizio per il quale non sono disponibili dati di confronto - l'AUSL di Imola conferma la sua dotazione strutturale (500 posti letto in residenziale e 52 posti letto in semiresidenziale) che genera un costo "sanitario" rendicontato nella contabilità separata del FRNA, anche con alcune indicazioni di efficienza gestionale (Sottoparagrafo 2.1.5).

Assistenza domiciliare

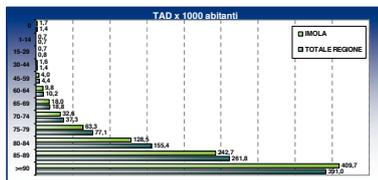
L'assistenza domiciliare presenta nell'AUSL di Imola un tasso di copertura sovrapponibile a quello medio regionale, considerando l'indicatore "pazienti assistiti in rapporto alla popolazione", mentre ponendo a numeratore il numero di TAD (Tipologie di Assistenza Domiciliare) si evidenzia una minore "copertura".

GRAFICI 2.36 - Tasso di copertura dell'Assistenza Domiciliare (pazienti assistiti e TAD per 1.000 abitanti) nella AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2006-2008



Come dimostrato in Tabella 2.40, il dato relativo alle TAD erogate nel Nuovo Circondario imolese è sottostimato, in quanto il flusso relativo alle "TAD sociali" di competenza ASP, per gli esercizi 2007 e 2008, risulta mancante, a fronte di una quota pari a oltre il 12% del totale nell'anno 2006, esercizio in cui l'indicatore di specie registra un valore aziendale analogo a quello medio regionale. Tale incompletezza informativa rende pertanto anche gli indici di seguito riportati parzialmente sottostimati, dal 2007, per l'Azienda nel confronto regionale.

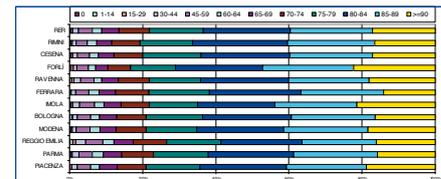
GRAFICO 2.37 - Tasso di copertura dell'Assistenza Domiciliare per fasce d'età nella AUSL Imola e confronto RER. Anno 2008



Nei Grafici 2.37 e 2.38 si evidenzia che l'assistenza domiciliare è sostanzialmente rivolta alla popolazione anziana e, in modo particolare nell'AUSL di Imola, riguarda in misura preponderante il

target "Grandi anziani" (over 85), con un picco per gli ultra novantenni: quasi uno su due di questi ultimi riceve il servizio di specie.

GRAFICO 2.38 - Distribuzione dei pazienti in Assistenza Domiciliare, per classi di età, nelle AUSL e media RER. Anno 2008

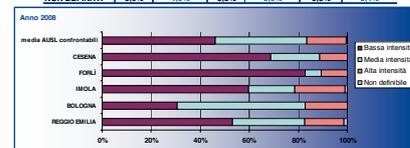


Il confronto tra Aziende Sanitarie conferma la prevalenza dell'utenza di età molto avanzata nell'AUSL di Imola: solo l'AUSL di Forlì presenta una quota maggiore di pazienti in ADI con età superiore a 85 anni.

Dopo avere esaminato i numeri assoluti di pazienti e prestazioni erogate, rapportati alla popolazione assistita, nella Figura 2.39 e nella Tabella 2.40 si analizza il "case-mix" produttivo", in termini di intensità/complessità e di tipologia.

FIGURA 2.39 - Assisti a domicilio della AUSL di Imola e dato medio delle AUSL confrontabili: composizione per intensità assistenziale. Periodo 2006-2008

	2006		2007		2008	
	IMOLA	media AUSL confrontabili	IMOLA	media AUSL confrontabili	IMOLA	media AUSL confrontabili
BASSA	56,1%	42,2%	59,3%	49,8%	58,7%	49,2%
MEDIA	18,6%	38,9%	18,1%	35,5%	18,9%	37,3%
ALTA	23,5%	19,0%	21,7%	16,8%	20,6%	16,1%
NON DEFINITA	0,8%	1,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,8%



Il confronto sulla "composizione per intensità" delle ADI erogate è svolto tra i dati della AUSL di Imola e quelli delle Aziende i cui flussi informativi di specie presentano un buon grado di completezza - ovvero bassa quota di "non definibili" - e precisamente Reggio Emilia, Bologna, Forlì e Cesena: l'AUSL di Imola conferma un buon grado di intensità assistenziale, con la quota maggiore di TAD ad "alta intensità".

Infine, con riguardo alla tipologia dell'assistenza domiciliare erogata, la composizione nell'AUSL di Imola appare sovrapponibile a quella media RER, con prevalenze delle prestazioni di "Medicina Generale" (oltre il 50%). La tipologia "ADI specialistica" è esigua e, pertanto - come da Circolare RER n. 12 del 18/12/07, *Allegato tecnico "Flusso informativo repetto SF-AD"* - si è ritenuto opportuno non distinguere.

Tabella 2.40 - Assistiti a domicilio della AUSL di Imola e confronto RER: composizione per tipologia di assistenza. Periodo 2006-2008

	2006		2007		2008	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
MEDICINA GENERALE	50.2%	57.3%	57.8%	57.8%	56.0%	57.2%
INFERMIERISTICA	37.8%	37.2%	42.2%	37.6%	44.0%	36.4%
SPECIALISTICA	0,0%	1,6%	0,0%	1,7%	0,0%	1,5%
SOZIALE	12,1%	3,7%	0,0%	3,2%	0,0%	4,9%

L'assenza di "TAD sociali" - di cui si è detto sopra - è da imputare al mancato invio da parte dell'ASP dei dati relativi al 2007 e al 2008: va tuttavia ribadito che tale carenza informativa non corrisponde affatto all'assenza della attività di specie, come desumibile dal dato 2006 di tale tipologia, maggiore nella Azienda di Imola, rispetto alla media RER, e dimostrato dal costo 2008 dell'assistenza domiciliare iscritto nel Bilancio separato del FRNA (Tabella 2.11).

Hospice

L'attività di Hospice nell'AUSL di Imola si conferma molto sviluppata, rispetto alla media RER, con un numero di posti letto in rapporto alla popolazione *target* - ovvero la "popolazione pesata" utilizzata per il calcolo del costo pro-capite del sottolivello ADI-hospice - quasi doppio (0,19 vs 0,10) e un tasso di utilizzo molto superiore (circa 90% vs circa 80%).

Tabella 2.41 - Livelli di attività dell'Hospice dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2006-2008

Attività hospice	2006		2007		2008	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N. posti letto	12	n.d.	12	202	12	216
PL su popolazione target			0,20	0,10	0,19	0,10
N. pazienti dimessi	217	2.852	197	3.182	205	3.347
% deceduti sul tot. Dimessi	70%	68%	71%	69%	73%	71%
Degenza media	16,9	18,6	21,0	18,2	19,0	18,8

Consultori familiari

Per quanto riguarda l'attività dei Consultori familiari, nel 2007 si mantengono per l'AUSL di Imola tassi di copertura della popolazione *target* "donne in gravidanza" e "donne di età 15-64 anni" inferiori a quelli regionali, da correlare peraltro alla contestuale ulteriore riduzione della spesa pro-capite rispetto a quella media RER (Tabella 2.42).

Tabella 2.42 - Tassi di copertura per il livello Salute donna della AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2007

Indicatori di attività	2004		2005		2006		2007	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.						
% donne in gravidanza seguite dai consultori familiari su totale "nati vivi"	29,4%	35,0%	21,5%	37,2%	28,8%	40,3%	21,1%	40,8%
% donne immigrate seguite in gravidanza su totale donne in gravidanza seguite	32,9%	41,0%	58,4%	46,0%	40,4%	47,0%	55,6%	48,0%
% utenti seguiti dai consultori familiari su popolazione target - Ostetricia e Ginecologia	4,5%	15,7%	6,5%	15,8%	7,0%	15,7%	6,8%	15,5%
% utenti seguiti dai consultori familiari su popolazione target - Psicologia	0,60%	0,60%	0,68%	0,60%	0,80%	0,59%	0,79%	0,52%

(*) Il dato 2005 dell'Azienda è riferito solo ai nuovi casi presi in carico nel corso dell'anno

Di converso, il numero di prestazioni erogate dal Consultorio aziendale Imola registra una crescita costante e significativa, particolarmente riferita alle prestazioni offerte alle donne in gravidanza, delle quali oltre la metà (55,6% vs 48% della media regionale) sono donne immigrate. Ciò detto, il confronto tra Consultori delle AUSL regionali deve essere letto alla luce delle diverse organizzazioni interne aziendali: ad esempio, nell'AUSL di Imola la prevenzione dei tumori femminili è esaustivamente ricompresa negli ottimi risultati dell'attività di *screening*, in capo alla UO Anatomia Patologica; le attività per la popolazione *target* di età 15-64 anni sono condotte in sinergia con la UO ospedaliera Ostetricia e Ginecologia. A questo proposito, nella nuova organizzazione aziendale la struttura semplice Consultorio Familiare, pur appartenendo come da indicazione regionale al Dipartimento delle Cure Primarie, partecipa a pieno titolo anche al Dipartimento Materno Infantile.

Tabella 2.43 - Indicatori di attività del Consultorio familiare dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2007

Volumi di attività	2004		2005		2006		2007	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Numero prestazioni	9.862	822.248	11.849	848.453	14.232	777.685	18.115	810.399
Variazione % su anno precedente	33,8%	13,1%	20,1%	3,2%	20,1%	-8,3%	13,2%	4,2%
Distribuzione per tipologia di attività	2004		2005		2006		2007	
IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	
Contraccezione	5,7%	6,6%	6,9%	6,4%	5,4%	7,4%	5,9%	6,7%
Gravidanza	15,2%	17,0%	22,7%	18,2%	30,4%	21,9%	39,2%	23,4%
I.V.G.	1,4%	1,9%	1,8%	1,9%	2,8%	2,4%	3,9%	2,5%
Menopausa	1,9%	4,0%	5,4%	3,6%	1,9%	3,6%	0,6%	2,9%
Prevenzione tumori femminili	5,5%	34,6%	4,1%	32,3%	1,7%	33,3%	1,3%	33,4%
Patologia	15,2%	12,1%	13,6%	12,0%	15,4%	6,7%	14,3%	5,9%
Puerperio	21,7%	3,4%	17,1%	4,0%	13,7%	3,6%	13,1%	3,5%
Specialistica ginecologica	33,4%	20,0%	27,7%	21,7%	28,8%	21,8%	22,1%	21,7%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Da fonte interna per il 2008 si rileva una conferma del tendenziale incremento di prestazioni in tutte le aree, e in particolare: "assistenza in gravidanza" (+4% di partecipanti al percorso nascita, +16% di primi colloqui in gravidanza); "sostegno al puerperio" (+5% accessi al domicilio, +22% di accessi delle puerpere presso l'ambulatorio consultoriale); un drastico aumento dell'attività di riabilitazione perinatale (+270% di utenti); si riporta altresì +12% di prestazioni psicologiche e di

psicoterapia, a testimonianza della vocazione specifica del Consultorio dell'AUSL di Imola nell'area psicologica per popolazione *target* (donne 15-64 anni).

Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Una richiesta regionale di integrazione informativa della Sezione 2 riguarda l'applicazione della DGR n. 2011/2007 sull'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Il processo di ri-orientamento del DSM-DP dell'AUSL di Imola è stato completato entro l'esercizio 2008, ed è stato formalizzato nell'*Atto Aziendale* (assetto organizzativo macro, ovvero Strutture Complesse e Strutture Semplici/Programmi a valenza dipartimentale) e nel *Regolamento Attuativo* (fino alle Strutture Semplici e ai Programmi di Unità Operativa Complessa). Di seguito si riporta in sintesi l'architettura del Dipartimento.

UOC Psichiatria Degenza, composta da: Struttura Semplice SPDC (15 pl); Residenza per Trattamenti Intensivi (10 pl); Night Hospital come funzione integrata in RTI (2 pl).

UOC Territoriale Psichiatria Adulti, composta da: Struttura Semplice CSM (h 12) - con sede unica nell'ambito distrettuale/aziendale e tre sedi decentrate per attività programmate su aree elementari (Comuni di: Medicina; Castel San Pietro Terme; Borgo Tossignano) - e Day Hospital (8 pl) con funzioni integrate di Centro Crisi e Day Service; Programma riabilitativo residenziale e semiresidenziale. Afferiscono al Programma le Residenze Sanitarie Psichiatriche e Socio-Riabilitative (3) accreditate nell'organizzazione del DSM-DP, le funzioni di consulenza per gli inserimenti in residenze Socio-Sanitarie e in Gruppi Appartamento, le Strutture Semiresidenziali (Centro Diurno e Laboratorio Girasole).

UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che garantisce: accoglienza, valutazione diagnosi, consulenza, progetti di presa in carico, con trattamenti semplici e integrati, interventi di prevenzione secondaria, quali *follow-up* per neonati a rischio neurologico. Nell'organizzazione della UOC è definito il *team* aziendale per il Progetto Autismo, che funge da *spoke* nella rete regionale, ed è in collegamento con il *team* di Area Vasta.

UOC Dipendenze Patologiche, che comprende (DGR 1533/2006):

- Attività ambulatoriali, nell'ambito delle quali sono stati individuati due macro settori: "tossicodipendenze" e "alcolologia", dove si garantiscono interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, in collegamento con altri Servizi sanitari e Sociali, gli Enti Locali, le Istituzioni Scolastiche, il Privato Sociale e le Associazioni presenti sul territorio. Sono definiti, in integrazione con altre strutture complesse del DSM-DP e del DEA, percorsi specifici per l'emergenza/urgenza e, nell'ambito del Progetto Leggeri, iniziative di comunicazione, finalizzate a implementare i contatti con i MMG. Sono inoltre attivati percorsi differenziati di accesso e trattamento delle problematiche correlate a nuove droghe, nuovi consumi e tabagismo;
- Attività Semiresidenziale: Centro pedagogico-terapeutico Arcobaleno (15 posti);

- Attività Residenziale: Centro Crisi "Il Tasso" (6 pl) dedicato a percorsi di disassuefazione, in situazioni subacute, anche per pazienti con doppia diagnosi.

È stata formalizzata nei Piani di Zona e nei Piani per la Salute la collaborazione con gli Enti Locali, tramite l'ASP, con il Privato Sociale e Imprenditoriali, con il Dipartimento di Sanità Pubblica, con il Dipartimento delle Cure Primarie per gli interventi di prevenzione e riabilitazione (anche con lo sviluppo di programmi di riabilitazione/formazione e inserimento lavorativo).

Di seguito si riporta la dotazione strutturale del DSM della AUSL di Imola per assistenza residenziale e semiresidenziale, proponendo il confronto regionale secondo l'indicatore "*posti letto/posti per 10.000 abitanti*".

Tabella 2.44 - Posti di Assistenza residenziale e semiresidenziale del DSM nella AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2005-2007 e anno 2008 per l'AUSL di Imola

PL Psichiatria, AUSL Imola		2005	2006	2007	2008
Assistenza residenziale		106	106	102	96
Assistenza semi-residenziale		15	15	15	15

	2005		2006		2007		2008	
	AUSL Imola	MEDIA R.E.R.						
PL Psichiatria x 10.000 abitanti	8,5	4,1	8,5	4,0	8,1	4,0	7,5	n.d.
Assistenza residenziale	8,5	4,1	8,5	4,0	8,1	4,0	7,5	n.d.
Assistenza semi-residenziale	1,21	2,37	1,20	2,41	1,19	2,35	1,18	n.d.

(*) Compreso ex O.P.

Durante il periodo preso in considerazione (2005-2008) la dotazione di posti letto si riduce nel 2008 (-6 pl): ciò impatta sull'indicatore pl per 10.000 abitanti, che a sua volta cala da valori sopra l'8 - fino al 2007 - a 7,5 nel 2008. La dotazione aziendale si mantiene comunque, per tutto il periodo, ben al di sopra del dato medio RER, anche in considerazione del fatto che nell'attività residenziale sono compresi gli ex degenti dell'Ospedale Psichiatrico. La dotazione di posti in semiresidenziali risulta stabile nel periodo (15) e, di converso, inferiore al dato medio RER (nel 2007, 1,19 vs 2,35).

Tabella 2.45 - Posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture convenzionate per dipendenze patologiche delle AUSL e dato medio RER. Anno 2008

Aziende USL	N. posti letto (marzo 2009)	Popolazione 2008	PL per 10.000 ab.
PIACENZA	80	281.613	2,84
PARMA	110	425.680	2,58
REGGIO EMILIA	222	510.148	4,35
MODENA	167	677.672	2,46
BOLZOGNA	244	826.511	2,92
IMOLA	91	127.654	4,00
FERRARA	112	355.809	3,15
RAVENNA	210	379.467	5,53
FORLÌ	73	182.462	4,00
CESENA	115	200.384	5,74
RIMINI	152	298.333	5,09
RER	1,536	4.275.843	3,59

I dati si riferiscono a marzo 2009. Il percorso di accreditamento è in fase di completamento per 4 strutture, pertanto sono possibili alcuni assestamenti nel numero di posti complessivo

Per la prima volta nel 2008 il presente paragrafo riporta l'informazione sulla dotazione strutturale anche delle Dipendenze Patologiche, relativamente ai posti letto residenziali e ai posti in semiresidenziali, nelle strutture convenzionate per il trattamento dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso. L'indicatore "posti per 10.000 abitanti" evidenzia una significativa variabilità di dotazione specifica tra Aziende regionali, dalla massima della AUSL di Cesena (5,74) a quella minima della AUSL di Modena (2,46): la dotazione della AUSL di Imola - con 4 posti per 10.000 abitanti - è, insieme all'AUSL di Forlì, quella che più si approssima al dato medio RER (3,6).

In Tabella 2.46 sono riportati i dati di attività complessivi del DSM, compreso l'attività tipicamente di degenza ospedaliera in SPDC e RTI.

Tabella 2.46 - Attività del DSM dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2005-2008

Attività salute mentale	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2007		ANNO 2008	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Pazienti seguiti dal DSM	1.998	65.429	1.995	63.578	1.960	66.813	1.949	65.929
Persone trattate per 10.000 abitanti	192	186	189	178	185	186	183	182
Dimessi SPDC su residenti	233	6.979	236	6.461	249	6.622	235	6.381
DM regime ordinario	15,5		17,8		21,0		20,7	
Tasso ospedalizzazione su 10.000 abitanti	18,8	16,8	18,9	15,4	19,8	15,7	18,4	14,9
Ricoveri RTI	124		127		135		139	
UO T.S.O.	23	1.015	26	1.164	31	1.184	28	990
T.S.O. su totale dimessi SPDC	7,5%	13,2%	10,8%	16,8%	11,2%	16,4%	15,4%	14,1%

I dati regionali 2008 presentano per l'AUSL di Imola alcune anomalie rispetto a quelli "interni" verificati; tali anomalie sono genericamente spiegabili dalla non completa stabilizzazione della Fonte *Flusso Regionale Salute Mentale*, in termini di modalità univoche di caricamento dati e "conteggio" dei pazienti in carico da parte delle Aziende erogatrici.

Pertanto, nella Tabella 2.46 vengono sostituiti (e segnalati in rosso) alcuni indicatori del Sito regionale dedicato al BdM (per esempio i TSO, che per 2005, 2006 e 2007 risulterebbero essere solo 4, 5 e 1, evidentemente sottostimati) con quelli da fonte interna "scheda di budget 2008".

A conferma della correttezza dei dati interni, si sottolinea l'allineamento nel 2008 di alcuni parametri chiave dell'AUSL di Imola con la media RER, in particolare "i pazienti in carico per 10.000 abitanti esclusi i minori di 18 anni" (183 AUSL di Imola vs 182 media RER) e la "incidenza di TSO" (15,4% AUSL di Imola vs 14,1% media RER). Il tasso di ospedalizzazione in SPDC - che presenta per l'Azienda valori più alti della media - ha una significatività limitata, in quanto non comprende i ricoveri in mobilità passiva.

Accordo 2007-2009 Regione e AIOP (DGR 1654/07) - L'AUSL di Imola, poiché nessuna Casa di Cura privata insiste sul territorio aziendale, non aveva, fino ad oggi, formalizzato accordi con la rete ospedaliera privata, pur partecipando alle attività di monitoraggio e verifica delle degenze per i cittadini del proprio bacino di utenza, in particolare riguardo ai prolungamenti di degenza e al controllo sulla appropriatezza dei trattamenti elettro convulsivi. L'Accordo regionale e l'utilizzo comunque presente da parte dei MMG e di Specialisti privati di posti letto in tali Strutture, ha

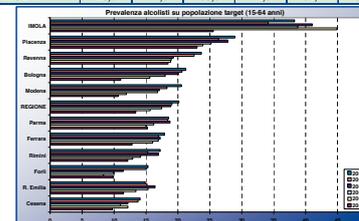
posto l'esigenza - anche al fine di raggiungere l'obiettivo di una effettiva integrazione organizzativa di queste risorse nella rete dei servizi - di definire precise relazioni contrattuali. Si è pertanto proceduto alla formalizzazione di un accordo (condiviso in Area Vasta) relativo a 1 pl specialistico per doppia diagnosi, presso la Casa di Cura "Villa ai Colli", nell'ambito dell'Accordo di fornitura dell'AUSL di Bologna. Come previsto dall'Accordo regionale si sta altresì valutando la possibilità di una convenzione con la Casa di Cura "Villa Azzurra" nell'ambito della quota letti *extra-budget*. Ciò consentirebbe di definire modalità strutturate di integrazione finalizzate alla costruzione di progetti condivisi, nell'ottica di una migliore presa in cura del paziente e di un utilizzo più efficiente ed efficace delle risorse pubbliche e private.

Infanzia e dell'Adolescenza - Riguardo a "Infanzia e adolescenza", una implementazione informativa del BdM 2008 - richiesta dalla Regione - è relativa ai seguenti indicatori: n. decreti di adozione nazionale e internazionale; n. istruttorie concluse di coppie aspiranti; n. allontanamenti (di cui stranieri); n. affidi familiari (di cui stranieri); n. inserimenti in comunità (di cui stranieri). Nell'ambito circondariale, le attività di specie sono gestite dall'ASP e la UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'AUSL di Imola collabora per gli aspetti precupriamente clinico-sanitari.

In conclusione della disamina del presente livello di assistenza si riportano i tassi di prevalenza e incidenza di utenti alcolisti e tossicodipendenti, in cura presso le Unità Operative Dipendenze Patologiche delle AUSL regionali.

Figura 2.47 - Tasso di prevalenza di alcolisti in carico alle UU.OO. Dipendenze Patologiche delle AUSL e confronto RER. Periodo 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cesena	9,7	12,2	11,0	12,2	13,7	14,1
R. Emilia	11,5	13,4	15,3	16,4	15,2	14,9
Forlì	9,9	8,4	9,9	11,4	15,0	15,3
Rimini	12,1	12,9	14,1	17,0	15,3	17,2
Ferrara	12,8	16,0	16,9	17,2	17,0	17,9
Parma	15,2	15,0	16,2	18,8	18,4	18,5
REGIONE	12,4	13,7	17,8	18,9	18,9	20,8
Modena	10,7	12,0	16,8	17,1	18,3	20,6
Bologna	11,0	15,6	18,0	20,1	20,6	21,2
Ravenna	18,4	18,9	19,0	19,3	22,6	23,7
Piacenza	23,0	23,9	25,2	27,8	26,4	28,9
IMOLA	25,6	44,9	38,8	41,0	34,1	38,3

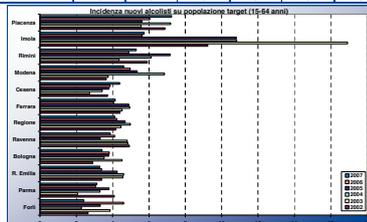


Nota: per tasso di prevalenza si intende il rapporto tra utenti alcolodipendenti totali e popolazione 15-64 anni *10.000

L'AUSL di Imola è al primo posto per numero di utenti alcol dipendenti totali, in rapporto alla popolazione *target* (15-64 anni), con tassi più che doppi rispetto ad altre Aziende, quali Cesena, Forlì e Reggio Emilia: l'apparente calo del 2006 - già motivato nella precedente occasione di BdM come essenzialmente dovuto ai "lavori in corso" per l'allineamento della banca dati, e riguardante anche prevalenza e incidenza di tossicodipendenti - è appunto subito "recuperato" dall'ultimo dato disponibile per il confronto, il 2007, che per l'AUSL di Imola è pari a 38,3 utenti per 10.000 abitanti di popolazione *target* vs 20,2 media RER.

Figura 2.48 - Tasso di incidenza di alcolisti in carico alle UU.OO. Dipendenze Patologiche delle AUSL e confronto RER. Periodo 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Forlì	2,6	3,9	2,3	3,3	4,6	2,4
Parma	4,1	2,1	3,3	3,8	3,1	3,1
R. Emilia	3,4	4,6	4,6	4,2	3,4	3,3
Bologna	2,9	4,5	3,5	3,8	3,8	3,4
Ravenna	4,9	4,8	4,8	3,3	4,1	3,9
REGIONE	4,2	4,5	5,0	4,7	4,2	4,1
Ferrara	4,4	4,5	4,9	4,9	4,1	4,1
Cesena	3,7	2,7	3,4	3,8	3,9	4,4
Modena	3,6	3,8	6,9	5,4	5,0	4,6
Rimini	5,9	4,4	6,1	7,2	4,9	5,3
Imola	9,2	16,9	10,8	10,8	5,6	5,7
Piacenza	5,9	5,8	7,2	5,6	5,0	7,2



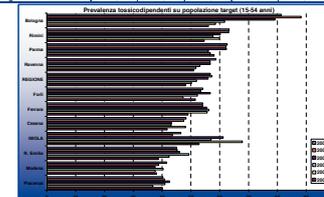
Nota: per tasso di incidenza si intende il rapporto tra nuovi utenti alcol dipendenti e popolazione 15-64 anni *10.000

L'incidenza rappresentata in Figura 2.48 - ossia il numero di nuovi utenti alcol dipendenti, in ciascuno degli anni presi in esame - conferma la maggiore intercettazione del fenomeno da parte della UO Dipendenze Patologiche della AUSL di Imola, per quanto a partire dal 2006 - fatto salvo l'allineamento nelle modalità di rilevazione - diminuiscono i nuovi utenti presi in carico, rispetto agli anni precedenti, pur rimanendo tra i valori più alti (5,7 su 10.000 abitanti della popolazione *target* vs 4,1 media RER), dato superato solo dalla AUSL di Piacenza (7,2).

Il tasso di prevalenza di tossicodipendenti nella AUSL di Imola si conferma nel 2007 al di sotto del dato medio regionale (dopo essere stato costantemente e sostanzialmente al di sopra fino al 2005) passando da 61,2, a 45,6 utenti in carico su 10.000 abitanti di popolazione *target* (dati medi RER 56 nel 2005, 56,7 nel 2007).

Figura 2.49 - Tasso di prevalenza di tossicodipendenti in carico alle UU.OO. Dipendenze Patologiche delle AUSL e confronto RER. Periodo 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Piacenza	40,1	36,8	41,0	42,6	40,8	49,3
Modena	28,1	27,7	40,4	27,6	28,9	11,8
R. Emilia	38,7	42,5	49,3	46,0	45,2	45,1
IMOLA	52,8	67,8	57,0	61,2	43,6	46,5
Cesena	41,8	48,1	43,2	43,2	47,5	49,3
Ferrara	49,0	55,6	56,2	55,5	54,1	54,1
Forlì	51,5	47,3	52,3	56,7	53,4	54,1
REGIONE	48,2	50,2	52,0	55,0	57,3	56,7
Ravenna	51,0	51,7	53,1	56,8	56,7	58,6
Parma	58,0	56,7	56,1	62,3	62,2	62,6
Rimini	54,6	60,0	57,7	60,2	63,1	63,3
Bologna	56,1	58,5	61,7	79,2	88,2	81,4

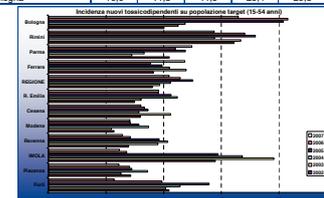


Nota: per tasso di prevalenza si intende il rapporto tra utenti tossicodipendenti totali e popolazione 15-54 anni *10.000

La prevalenza maggiore - quasi "fuori scala" - è registrata dall'AUSL di Bologna, pari a oltre 80 nel 2007 (alcune considerazioni tratte dal *Profilo di Comunità della Provincia di Bologna* riportate nella Sezione 1, paragrafi 1.3.7 e 1.6.5, potrebbero in parte costituirne la spiegazione).

Figura 2.50 - Tasso di incidenza di tossicodipendenti in carico nelle AUSL e confronto regionale. Periodo 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Forlì	10,5	10,2	11,4	13,9	9,9	5,7
Piacenza	7,1	6,3	8,6	7,2	7,0	6,1
IMOLA	14,5	19,6	16,8	14,7	8,6	6,2
Ravenna	7,0	9,5	10,3	9,6	7,1	6,4
Modena	5,7	5,5	8,7	7,9	7,1	7,1
Cesena	9,0	10,6	7,8	6,1	8,3	8,0
R. Emilia	7,5	8,1	11,2	10,6	9,5	9,9
REGIONE	9,0	9,7	10,5	12,5	11,4	10,5
Ferrara	9,1	12,0	10,5	9,9	8,9	11,8
Parma	10,5	7,2	8,3	11,9	11,0	12,4
Rimini	15,1	16,7	14,4	18,0	17,0	14,4
Bologna	10,0	11,3	11,9	20,4	20,8	16,5



Nota: per tasso di incidenza si intende il rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti e popolazione 15-54 anni *10.000

A conferma di quanto appena osservato sulla prevalenza, l'AUSL di Imola conferma l'inversione di tendenza nel biennio 2006-2007: dopo avere registrato valori di incidenza estremamente elevati in rapporto alla media regionale, fino al 2005, con un picco nel 2003 (19,6 nuovi utenti su 10.000 abitanti di popolazione *target* vs 9,7 media RER), il rapporto si inverte nel 2006 e 2007 (6,2 vs 10,5 media RER).

In estrema sintesi risulta che la UO Dipendenze Patologiche della AUSL di Imola sia particolarmente attiva ed efficace nella presa in carico del fenomeno "dipendenze", con una peculiare attenzione verso l'alcolismo, per quanto nell'ultimo biennio si siano attenuati i "picchi" rilevati in alcuni anni.

Assistenza Odontoiatrica

Le attività realizzate dall'AUSL di Imola nei primi due anni del Programma regionale di assistenza odontoiatrica hanno generato i seguenti risultati, rispetto a quanto indicato dalla DGR 2678/2004: (i) ampliamento della gamma di cure odontoiatriche offerte, con adeguamento al nomenclatore previsto dalla Delibera regionale; (ii) adeguamento dei bacini di utenza (popolazioni *target*). Il tasso di copertura è stato il 91% per la fascia di utenti con reddito minore, e il 26% per la totalità della popolazione *target*.

A partire da giugno 2008 si è data attuazione alla Delibera Regionale 374/08, per quanto riguarda il recepimento delle nuove categorie degli aventi diritto, sia dal punto di vista sociale (ampliamento del reddito ISEE da 15.000, a 22.500 €/anno) sia dal punto di vista socio sanitario (inserimento degli utenti adulti con handicap). I nuovi criteri determinano un significativo aumento dei destinatari dell'assistenza odontoiatrica, il cui numero secondo le stime regionali dovrebbe raddoppiare, fino a coprire circa il 50% della popolazione totale. Per fare fronte a tale sostanziale incremento della "domanda", rispettando i tempi massimi di attesa, a dicembre 2008 è stato attivato il nuovo polo ambulatoriale dentistico presso lo stabilimento di Castel San Pietro Terme.

Tabella 2.51 - Numero utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa protesica e ortodonzia sul totale dei pazienti trattati, nelle AUSL RER. Anno 2008

Azienda erogante	TOTALE UTENTI				% UTENTI NON VULNERABILI			
	Conservativa / Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa / Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile
PIACENZA	1.480	287	41	380	17,3%	17,5%	7,3%	9,0%
PARMA	2.150	132	291	850	20,9%	28,0%	33,7%	29,1%
REGGIO EMILIA	3.901	996	290	782	0,5%	0,5%	1,7%	1,2%
MODENA	3.586	1.230	34	409	50,8%	33,2%	58,8%	42,6%
BOLZONA	5.589	1.807	292	2.080	4,3%	1,9%	8,7%	4,6%
IMOLA	891	360	3	149	3,3%	0,6%	0,0%	5,4%
FERRARA	1.102	543	29	766	3,2%	14,4%	0,0%	2,3%
RAVENNA	2.273	451	26	320	47,5%	43,2%	46,2%	18,1%
FORLÌ	806	132	63	334	6,3%	51,5%	6,3%	12,8%
CESENA	1.350	816	2	270	20,1%	39,8%	0,0%	0,0%
RIMINI	612	221	6	430	35,6%	63,3%	83,3%	63,9%
AOSP PARMA	201	138	3	47	25,4%	26,1%	0,0%	17,0%
AOSP MODENA	663	142	31	159	32,0%	26,8%	35,5%	37,7%
AOSP FERRARA	329	9	3	5	17,3%	11,1%	33,3%	0,0%
REGIONE	24.370	7.306	1.077	7.136	20,8%	19,3%	16,8%	15,5%

Per quanto riguarda i risultati aziendali, a confronto con quelli delle altre Aziende Sanitarie della Regione, attualmente è disponibile l'indicatore "quota di utenti non vulnerabili trattati", per il quale l'AUSL di Imola presenta valori tra i più bassi a livello regionale (Tabella 2.51).

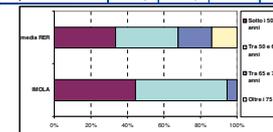
La campagna di comunicazione per l'accesso alle prestazioni odontoiatriche è stata realizzata nel mese di maggio 2008, distribuendo i materiali informativi presso i CUP e tutti gli ambulatori odontoiatrici e ortodontici dell'AUSL di Imola; si è intervenuti anche a mezzo stampa nelle prime settimane del mese di giugno e in autunno.

Gravissime Disabilità acquisite

Nel 2008 l'AUSL di Imola ha erogato prestazioni configuranti la "presa in carico" - assistenza domiciliare, assegni di cura e/o assistenza residenziale - a un totale di 18 pazienti con gravissime disabilità acquisite, pari a 1,41 casi per 10.000 abitanti.

Figura 2.52 - Pazienti presi in carico con gravissime disabilità acquisite, per classi di età, nell' AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2008

Gravissime disabilità acquisite	2008 valori assoluti		2008 valori %	
	IMOLA	media RER	IMOLA	media RER
Sotto i 50 anni	8	331	44,4%	33,5%
Tra 50 e 65 anni	9	339	50,0%	34,3%
Tra 65 e 75 anni	1	163	5,6%	18,5%
Oltre i 75 anni	0	135	0,0%	13,7%
Totale	18	968	100,0%	100,0%
Casi per 10.000 abitanti	1,41	2,31		



Per quanto gli attuali 18 casi aziendali in termini statistici non siano grandemente significativi, rispetto alla media RER, le prese in carico riguardano quasi esclusivamente persone di età inferiore ai 65 anni.

Tabella 2.53 - Pazienti in carico con gravissime disabilità acquisite e prestazioni erogate, nell' AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2008

Gravissime disabilità acquisite	PAZIENTI PRESI IN CARICO	PAZIENTI IN CARICO x 10.000 ABITANTI	% pazienti con Assistenza Domiciliare	% pazienti con Assegni di cura	% pazienti in Assistenza Residenziale	TOT. PRESTAZIONI EROGATE x 10.000 ABITANTI		
						PRESTAZIONI EROGATE PER PAZIENTE	PRESTAZIONI EROGATE x 10.000 ABITANTI	PRESTAZIONI EROGATE x 10.000 ABITANTI
PIACENZA	87,0	3,1	19,5%	42,5%	36,8%	89	0,99	3,05
PARMA	112,0	2,6	42,9%	49,1%	48,2%	157	1,40	3,69
REGGIO EMILIA	100,0	2,0	56,0%	48,0%	39,0%	143	1,43	2,60
MODENA	138,0	2,0	35,5%	30,4%	35,5%	140	1,01	2,07
BOLZONA	149,0	1,8	43,6%	53,0%	38,9%	202	1,36	2,41
IMOLA	18,0	1,4	0,0%	55,6%	38,9%	28	1,58	2,80
FERRARA	102,0	2,9	51,0%	60,7%	38,3%	153	1,50	4,30
RAVENNA	82,0	2,2	47,8%	47,6%	37,8%	109	1,33	2,87
FORLÌ	43,0	2,4	30,2%	49,0%	53,5%	57	1,33	3,12
CESENA	69,0	3,4	43,5%	55,1%	44,9%	99	1,43	4,94
RIMINI	88,0	2,9	37,5%	51,1%	50,0%	122	1,39	4,09
REGIONE	8.300	2,3	41,8%	43,4%	41,9%	1.203	1,51	3,19

L'attuale esiguo numero di soggetti in carico determina altresì un notevole carico di prestazioni erogate sullo stesso paziente, tanto che secondo tale indicatore ("numero prestazioni medie per paziente") l'AUSL di Imola registra il dato più elevato nel confronto RER pari a 1,56.

Assistenza Specialistica

Anche nel 2008 l'Assistenza Specialistica rappresenta, sia per l'AUSL di Imola sia per il complessivo Sistema Sanitario Regionale, uno dei punti critici e sfidanti, dove confluiscono e si sommano le problematiche gestionali relative a:

- bisogni e "domanda", potenziale ed espressa, appropriata e inappropriata, utile e indotta;
- offerta e produttività, spesso condizionata anche da elementi organizzativi e dal "doppio binario" istituzionale e libero-professionale, nelle diverse configurazioni;
- gestione dell'accesso e dell'accessibilità, modulata per priorità, anziché secondo canali potenzialmente distortivi;
- informazione e comunicazione, stante la difficoltà di misurare correttamente il fenomeno e darne una interpretazione "oggettiva", a fronte del suo grande potenziale mediatico.

L'analisi sviluppata in questa Sezione del Bilancio di Missione è orientata alla domanda, ovvero al "punto di vista" dell'assistito, focalizzandosi su indici di consumo, indici di fuga e, soprattutto, tempi di attesa. Nella Sezione 3 si integrerà l'analisi con alcuni elementi di offerta, la quale - pur essendo più immediatamente "governabile" da parte dell'Azienda - rappresenta solo una delle numerose variabili influenti sul fenomeno.

Tabella 2.54 - Tasso di consumo standardizzato per macro categorie di Specialistica dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2005-2008

Tasso di consumo standardizzato ("1000 ab.)	2005		2006		2007		2008					
	IMOLA R.E.R.	IMOLA/REER										
Diagnostica	1.184	1.258	-8,6%	1.300	1.361	-4,5%	1.333	1.443	-8,0%	1.518	1.265	1,5%
Laboratorio	9.019	10.311	-12,3%	9.873	10.923	-9,6%	9.796	10.781	-9,1%	10.582	11.688	-9,5%
Riabilitative	150	426	-63,0%	156	517	-72,5%	162	492	-18,6%	518	424	21,0%
Terapeutiche	520	440	18,2%	558	461	21,0%	580	465	24,7%	584	473	23,5%
Visite ambulatoriali	1.227	1.356	-9,3%	1.284	1.480	-10,0%	1.276	1.441	-11,7%	1.349	1.479	-9,1%
Totale (senza LAB)	3.111	3.278	-13,1%	3.079	3.241	-11,9%	3.252	3.362	-2,5%	3.556	3.355	6,0%

L'AUSL di Imola presenta un consumo di prestazioni specialistiche per esterni tendenzialmente crescente, e sovrapponibile nel 2008 al dato medio regionale (3.966 prestazioni per 1.000 abitanti vs 3.935 della media RER, escludendo il Laboratorio, che conferma un consumo inferiore alla media regionale), mentre il costo pro-capite del Livello di specie - come già accennato - è tra i più elevati, tale da spiegare quasi per intero il *gap* complessivo dell'Azienda, rispetto alla media RER. Tale contraddizione, esitante in un elevato costo unitario medio di produzione/acquisto, può essere interpretata alla luce del ridotto ricorso a erogatori esterni (es. privato accreditato) da parte dell'AUSL di Imola, laddove i costi pieni di produzione sono superiori ai valori tariffari (DM '96) vigenti nelle transazioni con gli stessi erogatori "terzi". In altri termini, la stragrande

maggioranza delle prestazioni è prodotta dai dirigenti medici ospedalieri, anche in Simil-ALP: il "costo interno" è quello pieno di produzione, comprensivo di quota parte dei costi indiretti (comuni e generali-amministrativi), in una situazione di mercato non "concorrenziale", che impedisce al momento di cogliere diverse opportunità, ovvero disporre di strumenti per la "contrattazione interna". In una qualche misura il maggior costo della specialistica potrebbe essere altresì influenzato anche dalle modalità di ribaltamento dei costi stessi di produzione tra assistenza ospedaliera e prestazioni specialistiche per esterni.

Riguardo al tasso di fuga, nell'AUSL di Imola sostanzialmente più elevato per tutte le categorie di prestazioni, si deve innanzitutto evidenziare che la stessa Azienda "acquista" da altre AUSL o Privato accreditato la specialistica di alta specialità, non erogata direttamente per scelta strategica di sistema e clinico-tecnica, in ragione della non sufficiente casistica (esempi: radioterapia; medicina nucleare; prestazioni di emodinamica). In gran parte secondo quanto appena detto e in ragione del fatto che l'AUSL di Imola è un monodistretto, con scarsa presenza nel territorio di privato accreditato per la specialistica, si spiega il tasso di fuga pari al 20,81% *versus* una media regionale dell'8,32% (il tasso regionale medio di fuga fuori distretto è pari a 28,8%).

Tabella 2.55 - Tasso di fuga per macro categorie di Specialistica nell'ambito dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2005-2008

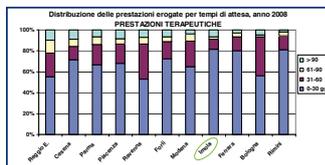
Tasso di fuga (%)	2005		2006		2007		2008					
	IMOLA R.E.R.	IMOLA/REER										
Diagnostica	18,69	9,18	103,5%	20,40	9,30	117,3%	20,96	9,34	124,4%	21,79	9,41	131,6%
Laboratorio	12,88	4,30	199,3%	12,46	4,32	188,7%	12,02	4,41	160,2%	12,42	4,40	173,5%
Riabilitative	14,88	1,23	251,3%	6,59	3,00	41,5%	4,41	3,09	10,5%	6,30	4,13	62,5%
Terapeutiche	23,62	11,69	115,7%	24,10	10,56	128,2%	23,34	10,43	123,8%	26,00	10,33	151,7%
Visite ambulatoriali	30,00	7,45	168,3%	21,18	7,28	173,8%	21,60	7,77	178,0%	22,35	7,81	182,7%
Totale (senza LAB)	19,87	8,14	144,1%	19,03	8,2	132,1%	19,9	8,24	141,5%	20,81	8,32	150,1%

Riguardo ai tempi di attesa - tema di grande portata e obiettivo prioritario per l'AUSL di Imola, così come per i Sistemi regionale e nazionale - risulta necessaria un'analisi approfondita e focalizzata sulle singole prestazioni critiche, per la quale si fa rinvio alla Sezione 3.

In tabella 2.56 si riportano i dati per macro-aggregazioni - diagnostica; laboratorio; riabilitazione; terapeutiche; visite - che comprendono tipologie di prestazioni qualitativamente eterogenee e quantitativamente molto diversificate.

Tabella 2.56 - Indici di performance sui tempi di attesa per macro categorie di Specialistica dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2005-2008

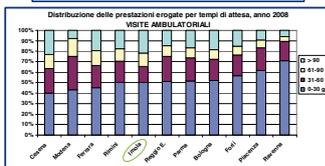
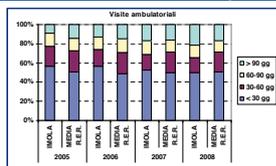
% prestazioni erogate entro	2005		2006		2007		2008						
	IMOLA R.E.R.	IMOLA/REER											
diagnostica	< 30 gg	54,33	50,19	2,2%	52,84	50,62	4,4%	45,28	51,19	9,3%	42,20	50,70	116,6%
	< 60 gg	79,38	76,47	3,8%	72,88	74,30	-1,9%	69,66	74,90	-7,0%	69,10	72,72	-5,0%
	> 90 gg	16,26	11,64	3,0%	16,83	13,11	28,4%	20,04	14,28	40,9%	20,39	15,07	23,3%
laboratorio	< 30 gg	10,87	10,23	5,1%	10,16	8,93	4,2%	10,66	10,09	5,0%	10,02	8,73	9,8%
	< 60 gg	88,74	85,03	2,0%	87,08	85,02	2,2%	86,63	85,27	3,0%	86,62	85,88	2,9%
	> 90 gg	1,96	62,19	48,3%	6,87	68,21	103,0%	12,67	74,33	111,7%	16,67	87,23	4,7%
riabilitative	< 30 gg	10,78	10,62	19,3%	7,27	68,31	111,7%	7,403	69,32	116,4%	76,92	87,23	111,3%
	> 90 gg	0,21	10,42	-98,0%	18,02	7,83	130,1%	21,34	6,54	228,3%	19,44	7,03	178,3%
terapeutiche	< 30 gg	40,47	40,69	52,8%	42,46	61,19	34,8%	37,79	63,02	2,6%	41,16	58,38	28,6%
	< 60 gg	88,39	75,24	15,5%	89,91	61,32	102,5%	86,01	62,17	4,7%	81,13	82,05	100,0%
	> 90 gg	6,73	16,81	-48,4%	6,36	10,11	37,1%	10,03	8,74	3,0%	6,23	8,47	34,2%
visite	< 30 gg	11,80	10,78	10,7%	16,30	48,89	15,2%	12,49	42,84	6,4%	10,04	10,04	0,0%
	< 60 gg	77,98	72,82	6,4%	73,78	70,51	4,0%	68,82	71,61	-3,9%	65,28	71,71	-9,9%
	> 90 gg	8,77	11,49	-39,5%	12,90	15,02	-14,3%	16,71	16,20	3,1%	21,66	16,21	28,6%



Nel confronto regionale, l'AUSL di Imola si posiziona al quarto posto per indice di *performance* a 60 giorni, e al primo per indice di *performance* a 30 giorni.

Per quanto concerne le "Visite Ambulatoriali" si osserva un tendenziale livellamento dell'indice di *performance* a 30 giorni dell'AUSL di Imola sui valori medi regionali, prossimi al 50%. Nel biennio 2007-2008 il differenziale positivo tra l'AUSL di Imola e la media RER si annulla, passando da +5,4%, a -0,9%.

Grafici 2.60 - Indici di performance sui tempi di attesa per Visite Ambulatoriali dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2005-2008 e dettaglio anno 2008



Nel confronto regionale, l'AUSL di Imola si posiziona al settimo posto per indice di *performance* a 30 giorni, con un valore migliore rispetto alle Aziende di Cesena, Modena, Ferrara e Rimini.

2.3.3 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza ospedaliera

Come già visto sopra, il costo pro-capite dell'Assistenza Ospedaliera è inferiore a quello medio regionale, per circa 16 euro pro-capite (-2,42%), posizionandosi al 4° posto tra le 12 AUSL della Regione con minor costo per assistito.

Tabella 2.61 - Andamento del costo pro-capite del livello Assistenza Ospedaliera, confronto tra AUSL e dato medio RER. Anni 2006 e 2007

	Costo pro-capite Ass. Ospedaliera				Var. costi	Var. costi procapite
	Costi 2006 (€)	Costo Pro-capite 2006	Costi 2007 (€)	Costo Pro-capite 2007		
USL PC	192.229	657,42	196.902	691,74	2,4%	2,2%
USL PR	267.026	625,27	275.946	651,69	3,7%	4,2%
USL RE	289.167	617,02	303.857	637,75	5,1%	3,4%
USL MO	446.894	702,82	457.693	709,71	2,4%	1,0%
USL BO	547.200	647,02	560.971	656,58	2,8%	1,5%
USL Imola	79.819	643,38	85.611	655,69	4,8%	2,1%
USL FE	265.047	697,65	269.670	725,50	1,7%	4,0%
USL RA	245.221	656,64	255.600	669,45	4,2%	2,9%
USL FO	113.454	622,30	124.228	674,73	9,5%	8,4%
USL CA	123.520	678,86	135.759	720,56	6,6%	6,5%
USL RN	153.923	612,51	173.070	624,24	3,5%	1,4%
RER	2.798.347	629,45	2.842.319	674,96	8,9%	5,0%

(*) Costi totali in migliaia di euro

Il basso costo pro-capite è coerente con la contenuta dotazione strutturale e i bassi indici di "consumo" ospedaliero; in particolare, si sottolinea *ab initio* un tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti (comprensivo dei ricoveri presso tutte le strutture pubbliche e private, intra ed extra Azienda) che si conferma nel 2008 il più basso in assoluto tra le AUSL dell'Emilia Romagna.

A fronte di ciò, il Presidio Ospedaliero dell'AUSL di Imola presenta:

- il terzo migliore tasso di "autosufficienza" in Regione (quasi 65% di quota di soddisfazione della domanda dei residenti);
- una elevata attrazione di residenti in altre Aziende Sanitarie (quasi il 20% dei ricoveri totali);
- uno sviluppo dell'attività che, tra 2005 e 2008, evidenzia: (i) +1.012 ricoveri "pesanti" secondo il sistema DRG (+7,1%); (ii) +465 ricoveri chirurgici (+9,2%); (iii) -476 ricoveri potenzialmente inappropriati secondo i criteri RER (-16%); (iv) un incremento della presenza media giornaliera (posti letto effettivamente utilizzati) da 305 nel 2005, a 336 nel 2008;
- tempi di attesa per intervento chirurgico buoni nelle aree più "pesanti" (es. oncologica);
- indicatori qualitativi su livelli regionali di eccellenza.

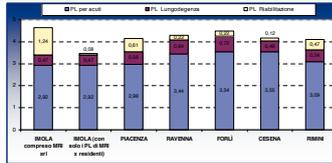
A evidenza di quanto appena declinato, si propone in primo luogo la dotazione di Posti Letto per 1.000 abitanti, comparata con le stesse dotazioni delle AUSL senza AO insistenti nel territorio (Figura 2.62).

Considerando l'attuale standard nazionale che prevede *3,5 pl per acuti x 1.000 abitanti + 1 pl per riabilitazione e lungodegenza* (4,5 per mille abitanti complessivo, portato in RER a 4,7, in ragione del suo indice di invecchiamento della popolazione), il dato dell'AUSL di Imola - e precisamente

2,92 pl per acuti e 0,55 per riabilitazione e lungodegenza - risulta ampiamente entro lo standard in vigore.

Figura 2.62 - Posti Letto dell'AUSL di Imola, per tipologia, a confronto con le AUSL senza AO Periodo 2005-2008

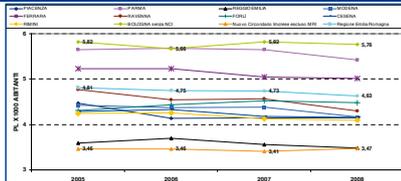
	2005			2006			2007			2008						
	PL per 1000 abitanti	PL per acuti	PL per altri	PL per 1000 abitanti	PL per acuti	PL per altri	PL per 1000 abitanti	PL per acuti	PL per altri	PL per 1000 abitanti	PL per acuti	PL per altri				
IMOLA (comprensivo IMH)	2,93	0,44	1,27	4,65	2,94	0,44	1,26	4,04	2,89	0,44	1,25	4,58	2,92	0,47	1,24	4,63
IMOLA (senza IMH) (PL per 1000 abitanti)	2,93	0,44	0,96	3,44	2,94	0,44	0,97	3,40	2,89	0,44	0,98	3,41	2,92	0,47	0,98	3,47
PIACENZA	3,21	0,69	0,80	4,49	2,99	0,52	0,62	4,13	2,98	0,57	0,62	4,15	2,98	0,56	0,61	4,15
PARMA	3,45	0,81	0,28	4,71	3,69	0,65	0,22	4,52	3,74	0,61	0,22	4,65	3,44	0,61	0,22	4,30
RAVENNA	3,45	0,69	0,17	4,31	3,48	0,74	0,22	4,44	3,67	0,73	0,22	4,52	3,54	0,72	0,22	4,48
FERRARA	3,75	0,41	0,12	4,28	3,70	0,51	0,12	4,33	3,69	0,50	0,12	4,18	3,55	0,49	0,12	4,16
CESENA	3,25	0,51	0,48	4,24	3,28	0,50	0,48	4,26	3,14	0,51	0,47	4,12	3,09	0,54	0,47	4,10
RMINI	3,90	0,54	0,36	4,61	3,84	0,54	0,37	4,75	3,83	0,54	0,39	4,73	3,71	0,54	0,37	4,62
RER	3,90	0,54	0,36	4,61	3,84	0,54	0,37	4,75	3,83	0,54	0,39	4,73	3,71	0,54	0,37	4,62



Se si considera che è attualmente in discussione a livello nazionale una modifica che porterebbe i posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti da 3,5, a 3, entro il 2014, la dotazione di specie dell'AUSL di Imola risulterebbe addirittura già entro il "nuovo" standard.

Figura 2.63 - Dotazione strutturale di posti letto ospedalieri per Provincia/territori locali RER Periodo 2005-2008

PROVINCIA/CIRCONDARIO	2005				2006				2007				2008			
	Acuti	Riab.	LD	TOT												
PIACENZA	3,21	0,69	0,80	4,49	2,99	0,62	0,62	4,23	2,96	0,62	0,57	4,15	2,98	0,61	0,56	4,15
PARMA	4,54	0,66	0,64	5,84	4,92	0,65	0,67	5,67	4,92	0,65	0,69	6,26	4,12	0,64	0,69	5,42
REGGIO EMILIA	3,01	0,15	0,44	3,60	3,09	0,15	0,46	3,69	2,94	0,15	0,46	3,55	2,88	0,16	0,44	3,49
MODENA	3,73	0,29	0,35	4,43	3,71	0,30	0,35	4,36	3,73	0,29	0,36	4,38	3,61	0,29	0,36	4,17
FERRARA	4,28	0,30	0,65	5,23	4,25	0,34	0,64	5,23	4,07	0,34	0,64	5,05	4,04	0,34	0,63	5,02
RAVENNA	3,82	0,28	0,67	4,77	3,68	0,22	0,65	4,55	3,74	0,22	0,61	4,56	3,44	0,22	0,64	4,30
FERRARA	3,45	0,17	0,69	4,31	3,48	0,22	0,71	4,44	3,67	0,22	0,73	4,62	3,64	0,22	0,72	4,49
CESENA	3,75	0,12	0,41	4,28	3,70	0,12	0,41	4,33	3,66	0,12	0,50	4,18	3,55	0,12	0,49	4,16
RMINI	3,25	0,48	0,51	4,24	3,28	0,48	0,50	4,26	3,14	0,47	0,51	4,12	3,09	0,47	0,54	4,10
BOLOGNA senza NCI	4,01	0,31	0,56	4,88	4,78	0,32	0,58	5,68	4,83	0,31	0,58	5,82	4,84	0,38	0,57	5,78
Nuovo Circondario Imolese escluso IMH	2,93	0,08	0,44	3,44	2,94	0,08	0,44	3,46	2,89	0,08	0,44	3,41	2,90	0,08	0,47	3,47
Regione Emilia Romagna	3,90	0,26	0,54	4,81	3,84	0,27	0,54	4,75	3,83	0,26	0,54	4,73	3,71	0,27	0,54	4,63

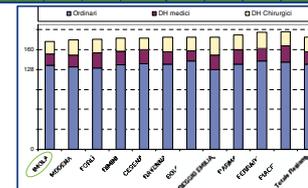


Per un approfondimento complessivo della dotazione strutturale - in ragione sia dello standard attuale sia della modifica in discussione - in Figura 2.63 si riporta l'intera dotazione RER scomposta per tutti gli ambiti aziendali. Risulta evidente la tendenza alla riduzione complessiva regionale, che nel 2008 consegue lo standard di 4,7 pl x 1.000 abitanti, passando da 4,81 nel 2005, a 4,63 nel 2008; al contempo, la distribuzione si conferma disomogenea negli ambiti aziendali: le AUSL di Parma e Ferrara, comprese le rispettive AO, sono oltre la soglia dei 5 pl per mille abitanti; la Provincia di Bologna, anche al netto della dotazione del Nuovo Circondario Imolese, si posiziona con il rapporto più alto pari a 5,76; due ambiti risultano sotto i 4 pl per mille abitanti, e precisamente l'AUSL di Reggio Emilia, compresa la AO (3,49) e - come anticipato - l'AUSL di Imola (3,47).

Di seguito è presentato il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti (comprensivo dei ricoveri effettuati dai residenti in mobilità).

Figura 2.64 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione negli ambiti aziendali RER. Anni 2005/2008

	2005			2006			2007			2008		
	Ordinari	DH medici	DH Chirurgici	Totale	Ordinari	DH medici	DH Chirurgici	Totale	Ordinari	DH medici	DH Chirurgici	Totale
IMOLA	137,23	18,08	18,16	174,8	134,83	17,83	17,83	170,49	128,8	18,04	17,8	174,64
MODENA	135,15	21,52	23,68	180,4	132,63	19,03	24,20	175,8	134,62	19,67	20,64	175,1
FERRARA	135,67	22,16	23,88	184,4	135,34	22,38	20,38	178,0	135,67	22,16	23,88	184,4
CESENA	139,60	21,81	19,05	180,5	137,40	22,48	18,54	178,4	140,33	22,63	20,55	183,5
RAVENNA	145,31	19,81	22,29	187,4	141,62	19,48	21,63	179,6	145,31	19,81	22,29	187,4
REGGIO EMILIA	129,57	29,98	37,82	197,4	128,03	29,01	28,88	186,0	129,57	29,98	37,82	197,4
PARMA	159,94	22,58	25,52	208,0	156,14	23,15	23,52	199,8	159,94	22,58	25,52	208,0
FERRARA	149,41	27,72	35,48	213,0	141,70	19,62	26,02	188,0	143,40	28,48	28,09	200,0
PIACENZA	143,40	28,48	28,09	200,0	140,10	26,31	22,46	188,9	143,40	28,48	28,09	200,0
Totale Regione	139,43	22,92	25,08	189,0	136,23	20,64	23,48	180,4	139,43	22,92	25,08	189,0



Lo standard nazionale di ospedalizzazione è attualmente di 160 ricoveri x 1.000 abitanti, di cui il 20% (32) in regime diurno; conseguentemente alla intenzione del Ministero di ridurre il rapporto abitanti/posti letto nella misura sopra descritta, lo standard/obiettivo sarebbe di conseguire, entro il 2014, 130 ricoveri per mille abitanti complessivi (step intermedio 145 nel 2011). Al momento, il dato complessivo RER pari a 180,4 risulta ancora fuori dallo stesso standard in vigore: il risultato di ospedalizzazione più prossimo è proprio registrato dalla AUSL di Imola (172,8); prendendo in considerazione l'ambito aziendale con dotazione di posti letto analoga a quella del Nuovo Circondario Imolese, la Provincia di Reggio Emilia registra un tasso di ospedalizzazione

complessivo sovrapponibile al dato medio RER (180), mentre è entro standard per quanto attiene il ricovero ordinario (128 ricoveri x 1.000 abitanti).

In Tabella 2.65 si presentano gli indici di *performance* sui tempi di attesa per gli interventi chirurgici e la chemioterapia, oggetto di monitoraggio regionale. Si considerano i ricoveri per acuti programmati a carico del SSN, in regime ordinario e di day hospital. È utile ricordare che l'Accordo Stato-Regioni ha fissato i seguenti standard/obiettivi: (i) interventi di cataratta 50% entro 90 giorni, e 90% entro 180 giorni; (ii) interventi all'anca 50% entro 90 giorni, e 90% entro 180 giorni; (iii) interventi per neoplasie maligne al polmone 100% entro 30 giorni; (iv) interventi per neoplasie maligne alla mammella 100% entro 30 giorni; (v) interventi per neoplasie maligne al colon 100% entro 30 giorni; (vi) chemioterapia 100% entro 30 giorni; (vii) coronarografie 50% entro 60 giorni e 90% entro 120 giorni.

Tabella 2.65 - Tempi di attesa per intervento programmato dell'AUSL di Imola, confronto RER e rispetto allo standard ove definito. Anno 2008

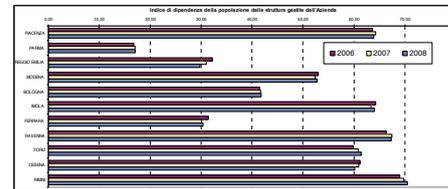
INTERVENTI CHIRURGICI	1° standard 2° standard	Altre metode	Tempi di attesa (valori percentuali)					Rispetto standard	Posizionamento AUSL Imola		
			0-30 gg	1-90 gg	1-180 gg	1-360 gg	>360 gg				
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	Al AUSL+Private RER	35	65	94	96	95	95	95	OK	
		Al Ospedaliere RER	5	45	87	96	94	95	95	OK	
	AUSL Imola	3	2	20	90	94	95	95	OK		
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Al AUSL+Private RER	25	23	50	99	99	99	99	OK	
		Al Ospedaliere RER	22	0	25	93	94	94	100	non definito	
	AUSL Imola	15	3	10	90	94	94	94	OK		
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Al AUSL+Private RER	11	4	38	97	95	94	99	OK	
		Al Ospedaliere RER	10	7	34	95	95	95	99	OK	
	AUSL Imola	3	1	10	90	90	94	99	OK		
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Al AUSL+Private RER	42	1	31	71	93	97	99	OK	
Al Ospedaliere RER		33	7	27	61	84	94	95	OK		
AUSL Imola	47	3	7	78	93	95	100	OK			
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (e annessi)	Al AUSL+Private RER	11	0	3	85	98	98	99	OK		
	Al Ospedaliere RER	11	0	3	85	98	98	99	OK		
AUSL Imola	16	0	3	78	95	94	99	OK			
AREA CARDIOVASCOLARE	CORONAROGRAFIA (DH)	Al AUSL+Private RER	11	13	27	85	91	91	91	OK	
		Al Ospedaliere RER	21	0	21	81	91	91	91	OK	
	AUSL Imola	15	0	10	85	91	91	91	OK		
	ENDOPROTESI CAROTIDEA (regime ordinario)	Al AUSL+Private RER	25	0	3	72	81	81	81	non definito	
		Al Ospedaliere RER	25	0	3	62	62	62	62	OK	
	AUSL Imola	35	3	0	4	24	24	24	non definito		
	ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Al AUSL+Private RER	11	13	27	85	91	91	91	OK	
		Al Ospedaliere RER	11	13	27	85	91	91	91	OK	
	AUSL Imola	17,5	7	0	78	92	86	86	100	OK	
	BI-ASIA AORTICO-CORONARICO (regime ordinario)	Al AUSL+Private RER	6	5	23	89	95	95	95	OK	
Al Ospedaliere RER		10	13	28	85	91	91	91	OK		
AUSL Imola	14	16	24	81	91	91	91	OK			
AREA GERIATRICA	CATARATTA (DH)	Al AUSL+Private RER	35	5	40	76	87	88	97	OK	
		Al Ospedaliere RER	24,3	28	28	62	82	84	89	OK	
	AUSL Imola	22	3	20	81	81	84	82	111	OK	
	INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Al AUSL+Private RER	151	6	4	13	27	45	57	55	OK
		Al Ospedaliere RER	25	0	0	74	81	87	91	91	OK
	AUSL Imola	55	0	0	49	61	72	72	89	OK	
	IMPIANTO DI ANCA BIPOLARE (DH)	Al AUSL+Private RER	55	0	0	100	100	100	100	OK	
		Al Ospedaliere RER	11	0	0	71	71	71	71	OK	
	AUSL Imola	72	0	0	27	40	42	42	42	OK	
	ENDOPROTESI CORONARIE (DH)	Al AUSL+Private RER	42	1	3	58	67	71	71	OK	
Al Ospedaliere RER		42	1	3	58	67	71	71	OK		
AUSL Imola	102	3	3	20	44	47	44	24	OK		
STRIPPING DI VENE (DH)	Al AUSL+Private RER	35	0	0	88	91	91	91	OK		
	Al Ospedaliere RER	35	0	0	88	91	91	91	OK		
AUSL Imola	241,6	0	0	4	13	24	24	24	OK		
ALTRE PRESTAZIONI	BIOPSIA PRECOCITARIA DEL REATO (DH)	Al AUSL+Private RER	23	59	84	93	93	93	93	OK	
		Al Ospedaliere RER	23	59	84	93	93	93	93	OK	
	AUSL Imola	85	1	2	45	51	57	57	24	OK	
	TUMORELLECTOMIA (regime ordinario)	Al AUSL+Private RER	37	0	0	17	44	54	54	OK	
		Al Ospedaliere RER	37	1	2	28	73	86	86	100	OK
	AUSL Imola	32	0	0	10	33	41	41	23	OK	
	INTERVENTO CHIRURGICO COLON (regime ordinario)	Al AUSL+Private RER	22	0	0	72	81	81	81	OK	
		Al Ospedaliere RER	22	0	0	72	81	81	81	OK	
	AUSL Imola	17	0	0	37	56	61	61	14	OK	
	INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Al AUSL+Private RER	14	22	35	91	95	95	95	OK	
Al Ospedaliere RER		14	22	35	91	95	95	95	OK		
AUSL Imola	1	15	15	100	100	100	100	OK			

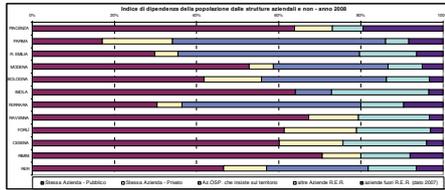
I dati aggregati regionali - distinti per AUSL e Aziende Ospedaliere - sono messi a confronto con quelli dell'Azienda di Imola, evidenziando così il rispetto dello standard, dove definito, e il posizionamento relativo della stessa in Regione.

Per l'esercizio in esame si evince una eccellente *performance* dell'AUSL di Imola sui tempi di attesa in area oncologica: i dati aziendali riportati in Tabella 2.65 evidenziati in rosso - per quanto già buoni - vengono valutati secondo il "codice colore" sulla base degli esiti nel 4° trimestre 2008, in ragione del fatto che, entro agosto dello stesso anno, il Dipartimento Chirurgico e la UO Ginecologia Ostetrica si sono compiutamente adeguati alla modalità di registrare la data di prenotazione, così come determinata dalla DGR 1532/2006 (data registrata di inizio attesa *post* eventuali terapie adiuvanti e/o preparatorie all'atto chirurgico, anziché *ante*). A seguito di detto adeguamento, i dati rilevati sono: chemioterapia, tumore dell'utero, tumore colon retto e tumore alla mammella 100% entro 30 giorni. L'intervento per tumore alla prostata sembra l'unico a non risultare particolarmente della registrazione corretta, confermando anche nell'ultimo trimestre il 25% a 30 giorni e il 100% a 180; per l'intervento di specie lo standard è comunque ancora in fase di definizione. Quanto alle altre prestazioni ospedaliere monitorate, si rileva: (i) il mancato rispetto dello standard per intervento di protesi d'anca (in termini medi, fuori standard anche a livello di consolidato "AO" e "AUSL"); (ii) i tempi di attesa critici, nel confronto regionale, per ernia inguinale, emorroidectomia e stripping di vene; (iii) le buone *performance* per interventi di tunnel carpale, tonsillectomia e biopsia del fegato.

Si è già accennato, analizzando la "dipendenza" della popolazione circondariale dalle strutture aziendali (Tabella 1.6 e Tabella 2.10), il buon grado di autosufficienza per quanto riguarda la degenza ospedaliera: 66,6% dei ricoveri intraregionali, che cresce fino al 73,2% limitatamente alle specialità presenti. Il grado di autosufficienza dell'AUSL di Imola - nel primo Grafico 2.66 pari al 64,1%, in quanto viene considerata anche una quota di ricoveri extraregione stimata sul dato 2007 - rimane tra i migliori, dietro solo all'AUSL di Rimini (70,5%) e all'AUSL di Ravenna (67,3%). Escludendo il Comune di Medicina - "acquisito" nel 2004 e oggetto di politiche aziendali volte al recupero di fidelizzazione - l'AUSL di Imola soddisfa circa il 70% dei ricoveri per residenti del "vecchio" bacino circondariale.

Grafici 2.66 - Grado di autosufficienza dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2006-2008

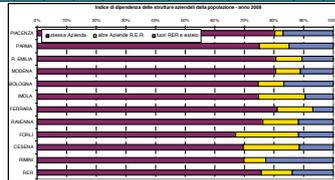




L'Azienda si caratterizza in particolare - come reso evidente nel secondo Grafico 2.66 - per un'elevata quota di soddisfacimento della domanda da parte delle strutture pubbliche direttamente gestite (nel territorio circoscrizionale non insistono strutture di ricovero del privato accreditato, situazione unica in RER). Questo genera l'apparente paradosso per cui l'AUSL di Imola è - come già detto - tra le prime per quota di soddisfacimento della domanda da parte delle strutture gestite e, allo stesso tempo, quella ovviamente con la maggiore "fuga" *extra*-aziendale. Analizzata la cosiddetta "quota di mercato" delle strutture aziendali, rispetto al bacino di utenza di riferimento istituzionale, nella Figura 2.67 si completa l'analisi dell'attrattività del Presidio dell'AUSL di Imola, mostrando le percentuali di pazienti provenienti da altri ambiti aziendali RER, da altre Regioni e da stati esteri.

Figura 2.67 - Grado di attrazione dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2006-2008

	2006			2007			2008					
	altre Aziende	altre Aziende S.E.R.	Sanità RER + esteri	Totale	altre Aziende	altre Aziende S.E.R.	Sanità RER + esteri	Totale	altre Aziende	altre Aziende S.E.R.	Sanità RER + esteri	Totale
PIACENZA	81,36	2,80	15,86	100,00	81,36	2,80	15,86	100,00	80,30	2,80	14,90	100,00
PARMA	26,48	10,00	13,10	100,00	76,30	10,00	14,10	100,00	75,00	10,10	14,90	100,00
R. EMILIA	80,30	9,20	10,50	100,00	79,60	9,30	11,10	100,00	80,60	8,90	10,50	100,00
MODENA	81,60	8,30	10,10	100,00	81,00	8,60	10,30	100,00	80,50	8,80	11,10	100,00
BOLZONA (1)	14,70	6,90	14,40	100,00	74,00	6,20	16,80	100,00	74,70	6,60	16,70	100,00
IMOLA	74,80	16,30	8,90	100,00	74,30	15,40	9,30	100,00	74,60	15,30	9,30	100,00
FERRARA	83,90	10,00	6,10	100,00	80,50	10,10	9,30	99,90	81,10	11,30	7,00	100,00
RAVENNA	77,10	10,30	10,60	100,00	76,00	12,10	11,90	100,00	76,30	11,90	11,80	100,00
FORLÌ	70,60	10,50	8,90	100,00	69,30	20,20	10,50	100,00	67,20	21,20	11,70	100,00
CESENA	69,70	19,60	11,70	100,00	68,90	19,30	11,80	100,00	69,60	19,30	11,50	100,00
RBINI	70,70	7,10	22,20	100,00	70,70	7,10	22,20	100,00	69,90	7,30	22,60	100,00
RER	76,50	16,30	13,30	100,00	76,00	16,30	13,70	100,00	75,70	16,40	13,90	100,00



Come risulta evidente, l'AUSL di Imola si caratterizza per un'elevata attrattività su pazienti residenti in altre Aziende dell'Emilia Romagna (quasi 16% dei ricoveri totali), mentre la quota di pazienti da altre Regioni e dall'Estero - anche per motivi geografici e di vocazione nel sistema *Hub&Spoke* (assenza di erogazione diretta per l'Alta Specialità) - è relativamente contenuta (9,5% nel 2008) pur se tendenzialmente crescente. Va comunque sottolineato che nella "mobilità attiva" sono conteggiati per l'AUSL di Imola anche i ricoveri presso MRI, che ha quasi esclusivamente vocazione regionale e nazionale.

L'analisi del livello "Assistenza Ospedaliera" si completa, per l'esercizio in esame, con l'inserimento dei risultati di sintesi del Programma Sangue, due tabelle sull'attività del Pronto Soccorso e un *set* di indicatori di qualità.

Tabelle 2.68 - Programma Sangue: raccolta e consumi nelle Provincie RER e per l'AUSL di Imola Anno 2008 e trend 2005-2008

Programma speciale sangue	raccolta 2008	raccolta 2008 per 100 abitanti	consumi 2008	saldo	nesso crescita raccolta 2005-2008	nesso crescita consumi 2005-2008
Piacenza	15.153	5,2	12.722	2.431	1,8%	-17,0%
Parma	28.134	6,6	26.197	1.937	-0,3%	6,1%
Reggio Emilia	23.377	4,9	18.243	5.134	-3,8%	2,4%
Modena	35.190	5,4	32.611	2.579	-2,4%	3,9%
Bologna (1)	63.882	6,4	73.384	-9.502	0,0%	1,2%
AUSL Imola	13.198	10,3	6.308	6.890	10,1%	1,2%
Ferrara	22.472	5,8	22.808	-334	4,3%	-0,1%
Ravenna	27.286	7,1	35.502	-8.214	-5,2%	13,2%
DTT (Forlì-Cesena-Rimini)	31.989	4,7	30.995	973	-0,7%	12,2%
TOTALE	260.481	5,9	249.442	11.039	4,5%	6,3%

(*) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola
Fonte: CRS (Centro Regionale Sangue)

Quanto al Programma Sangue, l'AUSL di Imola conferma una posizione di assoluta preminenza per: (i) raccolta pro-capite (quasi doppia rispetto alla media regionale e di gran lunga la più elevata); (ii) crescita della raccolta stessa (oltre il 10% tra 2005 e 2008, ovvero il maggiore tasso di crescita in Regione); (iii) contenimento dei consumi (+1,2% nello stesso periodo *versus* +6,3% a livello regionale); (iv) saldo positivo tra raccolta e consumi (il maggiore in Emilia Romagna anche in valore assoluto, nonostante le dimensioni relativamente ridotte della AUSL di Imola).

Quanto all'attività di Pronto Soccorso, si riserva propriamente alla Sezione 3 - dedicata al conseguimento degli obiettivi istituzionali e strategici - una analisi più approfondita: la Direzione dell'AUSL di Imola, nel mandato istituzionale che si conclude nel 2009, ha perseguito la reingegnerizzazione strutturale, di processo e organizzativa della "Emergenza-Urgenza-Accettazione" quale area cruciale e di impulso per il *change management* complessivo dell'Ospedale; la *milestone* rappresentata dall'attivazione del nuovo DEA a maggio 2009 (a poco più di 4 anni dalla consegna lavori) è il momento di "emersione" ed evidenza dell'efficienza progettuale e di rispetto dei tempogrammi.

In questa Sezione ci si limita all'esposizione e al commento dei dati regionali su numero di accessi, "filtro" al ricovero e attività di osservazione breve intensiva (OBI), tutti con confronto regionale, che - come anticipato in premessa della presente Sezione - rappresenta una rilevante

implementazione di significato, rispetto alle precedenti edizioni di BdM, dato il tema fondamentale per l'intero SSR.

Tabella 2.69 - Accessi al PS e indice di filtro delle AUSL RER. Periodo 2006-2008

	Accessi al PS 2006	Accessi al PS 2007	Accessi al PS 2008	Accessi per 100 abitanti, 2008	tesoro crescita accessi 2006-2008	di cui Ricoveri 2006	di cui Ricoveri 2007	di cui di filtro	% (indice di filtro) 2006	% (indice di filtro) 2007	% (indice di filtro) 2008
Piacenza	111.512	111.569	114.323	40,6	2,5%	15.537	15.545	15.610	13,9%	13,9%	13,7%
Parma	116.425	117.389	120.545	39,3	3,3%	20.464	21.962	21.640	17,6%	18,4%	18,0%
Reggio Emilia	181.578	186.953	188.229	56,3	2,9%	22.106	22.332	22.187	12,2%	12,3%	12,0%
Modena	301.540	300.462	313.747	48,3	4,0%	39.222	41.088	41.392	13,0%	13,7%	13,2%
Imola	64.799	61.655	61.693	40,4	-4,8%	8.169	8.833	8.265	12,3%	14,5%	13,0%
Bologna	355.184	365.298	375.913	44,3	5,8%	60.752	57.638	58.085	17,1%	15,8%	15,5%
Ferrara	162.666	165.838	165.659	46,6	1,8%	28.120	27.522	28.087	17,3%	16,6%	15,7%
Ravenna	175.509	172.745	182.599	48,1	4,0%	23.689	23.183	23.404	13,5%	13,2%	13,3%
Forlì	57.910	57.937	61.196	33,3	5,7%	7.588	7.400	7.516	13,1%	12,8%	12,9%
Cesena	80.478	79.364	80.966	40,4	0,6%	12.887	12.054	11.769	15,8%	15,2%	14,5%
Rimini	122.003	118.305	124.553	41,8	2,2%	15.621	15.891	15.591	12,6%	13,4%	11,7%
TOTALE	1.723.606	1.733.999	1.786.525	41,4	3,3%	253.845	253.048	251.544	14,7%	14,4%	14,1%

In Tabella 2.69 si evidenziano i risultati delle azioni rivolte all'utilizzo appropriato del PS: il numero di accessi - per l'AUSL di Imola elevato, in rapporto alla popolazione - si riduce nel periodo considerato (-4,8%), a fronte di un aumento medio RER pari a +3,3%. Pertanto, il *gap* diminuisce (nel 2008, 48,4 accessi x 100 abitanti nell'AUSL di Imola vs 41,8 RER), anche considerando che il 18% degli accessi proviene da fuori Azienda. Alla riduzione degli accessi si accompagna una riduzione del "filtro" al ricovero, per quanto il dato 2006 potrebbe risentire di una errata comunicazione da parte aziendale del flusso informativo di specie, di cui ci si accorti proprio a partire dal 2008 (la sostanziale stabilità tra 2007 e 2008 dell'indice di filtro, confermerebbe l'ipotesi di errore sul 2006). Come si è visto in precedenza, tuttavia, l'attività di filtro incide in misura significativa sul buon tasso di ospedalizzazione aziendale, stante che per l'AUSL di Imola il Pronto Soccorso si conferma come la principale porta di ingresso all'Ospedale, provenendo dallo stesso oltre il 50% dei ricoveri totali.

Nella Tabella 2.70 si presentano i volumi di attività dell'OBI nelle AUSL e AO della Regione; la quota ottimale (standard RER) di accessi trattati in osservazione breve è indicata in un *range* compreso tra il 3% e l'8%. In giallo sono evidenziate le *performance* entro standard: l'AUSL di Imola mostra un notevole sviluppo dell'attività di OBI, entro lo standard ottimale già dal 2007.

Tabella 2.70 - Accessi in OBI nelle AUSL e AO RER. Periodo 2006-2008

Azienda	accessi in OBI 2006	% su accessi totali	accessi in OBI 2007	% su accessi totali	accessi in OBI 2008	% su accessi totali
PIACENZA	3.130	2,8%	3.578	3,2%	4.883	4,3%
PARMA	1.042	2,6%	802	2,1%	981	2,5%
REGGIO EMILIA	2.231	2,4%	2.493	2,7%	2.302	2,4%
MODENA	3.265	1,6%	6.314	3,6%	5.090	2,5%
BOLZONA	4.899	2,3%	5.931	2,9%	10.799	4,9%
IMOLA	1.649	2,5%	1.844	3,2%	3.019	4,9%
FERRARA	1.161	1,3%	1.167	1,3%	981	1,0%
BAVENNA	10.093	5,8%	10.676	6,1%	9.968	5,5%
FORLÌ	3.822	6,6%	2.536	4,4%	2.708	4,4%
CESENA	1.898	2,4%	2.036	2,7%	2.216	2,7%
RIMINI	7.031	5,8%	7.040	6,0%	9.329	7,5%
AO SP PARMA	3.213	4,3%	2.487	3,1%	2.163	2,6%
AO SP REGGIO	23	0,0%	0,0%	0,0%	1.999	2,6%
AO SP MODENA	2.609	2,0%	3.787	3,6%	3.845	3,5%
AO SP BOLZONA	3.243	2,4%	4.047	4,1%	4.926	4,1%
AO SP FERRARA	1.108	1,5%	1.821	2,5%	1.193	1,6%
Totale	58.305	2,9%	58.324	3,2%	65.528	3,7%

Infine, si presenta il set di indicatori di qualità dell'assistenza, monitorato dalla Regione Emilia Romagna.

Tabella 2.71 - Qualità dell'assistenza: indicatori di processo e risultato dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2006-2008

	2006		2007		2008	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Base per altre miscele						
Nati con peso inferiore a 2.500 grammi	40	31,5%	40	23,6%	34	23,0%
Neonatali ricoverati	1.183	10.474	1.228	10.432	1.231	10.749
Nati con peso <= 2.500g/100 residenti	50,72	33,5%	48,04	32,3%	42,87	31,3%
Ricoveri polmoniti e influenza anziani						
2006						
IMOLA RER						
Dimensioni pazienti con età >= 65 anni	28.880	101.120	28.985	101.528	28.586	101.326
Popolazione residente di età >= 65 anni/100 residenti	0,242	0,430	0,172	0,472	0,021	0,581
% Dimensioni pazienti con età >= 65 anni/100 residenti	106,073	3,689.860	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708
2007						
IMOLA RER						
Dimensioni pazienti con età >= 18 anni	40	1.020	35	1.071	37	1.101
Popolazione residente di età >= 18 anni/100 residenti	0,377	0,430	0,338	0,433	0,344	0,444
% Dimensioni pazienti con età >= 18 anni/100 residenti	106,073	3.689.860	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708
2008						
IMOLA RER						
Dimensioni pazienti con età >= 18 anni	129	743	145	726	128	719
Popolazione residente di età >= 18 anni/100 residenti	1,216	3,068	1,352	3,159	1,268	2,155
% Dimensioni pazienti con età >= 18 anni/100 residenti	106,073	3.689.860	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708
Parti con taglio cesareo						
2006						
IMOLA RER						
Parti con taglio cesareo (DRG 370 - 371)	336	1.131	368	1.242	421	1.252
Dimensioni con DRG di parte (DRG - 370)	1.136	10.430	1.176	10.429	1.171	10.398
% Parti con taglio cesareo/Dimensioni con DRG di parte (DRG - 370)	31,1%	30,2%	29,5%	30,74%	34,2%	33,2%
2007						
IMOLA RER						
Parti con taglio cesareo/Dimensioni con DRG di parte (DRG - 370)	3	48	2	48	0	48
% Parti con taglio cesareo/Dimensioni con DRG di parte (DRG - 370)	0,97%	0,508%	0,97%	0,508%	0,000%	0,197%
Mortalità per interventi a basso rischio						
2006						
IMOLA RER						
No decessi	3	48	2	48	0	48
No interventi a basso rischio	318	21.077	359	21.167	359	21.201
Mortalità per interventi a basso rischio	0,97%	0,226%	0,55%	0,226%	0,000%	0,226%
Depositalizzazione evitabile per asma						
2006						
IMOLA RER						
No ricoveri	28	0,00	28	0,00	28	0,00
Popolazione	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708
Tasso di depositalizzazione evitabile per asma	0,23%	0,23%	0,14%	0,23%	0,14%	0,23%
Depositalizzazione evitabile per malattie congenite del cuore						
2006						
IMOLA RER						
No ricoveri	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Popolazione	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708
Tasso di depositalizzazione evitabile per malattie congenite del cuore	2,6%	3,04%	2,50%	3,04%	2,50%	3,04%
Depositalizzazione evitabile per malattie polmonari cronico-obstruttive						
2006						
IMOLA RER						
No ricoveri	289	7014	120	6207	120	6207
Popolazione	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708
Tasso di depositalizzazione evitabile per malattie polmonari cronico-obstruttive	2,49%	1,93%	1,72%	1,93%	1,93%	1,93%
Depositalizzazione evitabile per diabete mellito						
2006						
IMOLA RER						
No ricoveri	19	0,00	19	0,00	19	0,00
Popolazione	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708
Tasso di depositalizzazione evitabile per diabete mellito	0,17%	0,24%	0,17%	0,24%	0,17%	0,24%
Depositalizzazione evitabile per ipertensione						
2006						
IMOLA RER						
No ricoveri	19	0,00	19	0,00	19	0,00
Popolazione	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708	107.222	3.625.708
Tasso di depositalizzazione evitabile per ipertensione	0,01%	0,01%	0,03%	0,01%	0,03%	0,01%

Su 9 degli 11 parametri di qualità monitorati dalla Regione, nell'ambito del BdM, l'AUSL di Imola presenta valori migliori - in alcuni casi molto - dei dati di confronto regionale; l'unico dato effettivamente critico (l'altro relativo ai ricoveri di anziani per polmonite ha una significatività ridotta, per i numeri bassi) è quello riferito alla % di parti con taglio cesareo, che nel 2008 riporta per l'AUSL di Imola un piccolo pari a oltre il 34%.

2.3.4 Assistenza Farmaceutica

Dal 2008 - anno di messa in esecuzione del nuovo Atto Aziendale - è costituita e operativa la Direzione Tecnica dell'Assistenza Farmaceutica, che ha come competenze e responsabilità precipue la programmazione-controllo e il supporto alla gestione interna (i Dipartimenti) ed "esterna" (verso i prescrittori, ossia MMG, PdLS e Specialisti ambulatoriali) del fattore produttivo di specie. In ragione di questa importante modifica dell'assetto organizzativo aziendale, che rende il senso di trasversalità nel governo del livello "Assistenza Farmaceutica", la relativa analisi conclude la presente Sezione 2 del BdM 2008.

Nella Figura 2.72 si riportano i valori economici totali e pro-capite riferiti alla spesa farmaceutica territoriale, aggregato comprendente la spesa netta convenzionata esterna e l'erogazione diretta di farmaci di fascia A. È da segnalare che il costo pro-capite del livello Assistenza Farmaceutica (€ 213,80) presentato nella Tabella 2.34, riepilogativa dei sottolivelli distrettuali, differisce da quello riportato nel grafico sottostante (€ 205,29) in quanto il primo è comprensivo anche di altre forme di erogazione diretta e dell'ossigeno, distribuito dalla farmacia ospedaliera e/o da altre strutture aziendali.

Figura 2.72 - Tassi di crescita della spesa farmaceutica territoriale delle AUSL RER. Anni 2007-2008

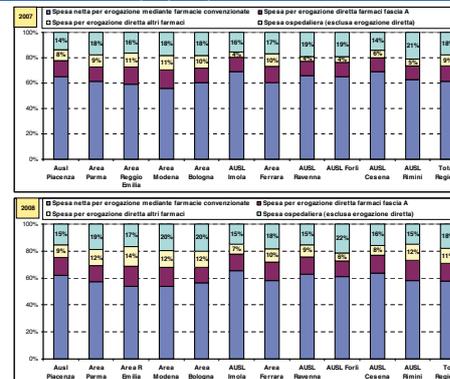
Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica territoriale - 2007	Spesa farmaceutica territoriale - 2008	Spesa procapite 2007	Spesa procapite 2008	Var. % spesa totale	Var. % spesa pro-capite
Area Reggio Emilia	94.405.284	95.378.866	202,88	201,98	1,0%	-0,4%
Ausi Piacenza	80.365.681	80.622.339	203,64	203,95	-1,2%	-2,2%
AUSL Imola	26.918.288	26.911.948	205,41	205,99	1,1%	-0,1%
AUSL Rimini	58.523.443	58.740.243	210,66	207,85	0,4%	-1,3%
Area Parma	91.485.110	89.760.400	216,43	209,98	-1,9%	-3,1%
Area Ferrara	83.051.222	82.293.020	213,70	213,54	-0,2%	-2,8%
Totale Regione	924.361.300	914.183.684	218,84	213,80	-4,1%	-2,3%
Area Modena	142.975.900	140.158.891	223,28	216,16	-3,2%	-3,2%
AUSL Cesena	42.713.257	41.776.266	226,12	218,67	-2,3%	-4,1%
Area Bologna	194.589.533	189.485.792	226,82	218,72	-2,6%	-3,6%
AUSL Ravenna	87.095.180	87.843.791	224,52	223,45	0,9%	-0,5%
AUSL Forlì	42.277.213	42.896.000	228,02	228,98	1,4%	0,4%



(*) Le aree di erogazione comprendono una AUSL ed una o più Aziende Sanitarie o IRCCS che si trovano nel territorio della AUSL.

Come evidente nel grafico, l'AUSL di Imola nel 2008 mantiene le buone posizioni relative per spesa pro-capite (terza più bassa in Regione), pur riducendosi lievemente il differenziale positivo con le altre Aziende.

Grafici 2.73 - Incidenza delle tipologie di spesa farmaceutica nelle AUSL RER. Anni 2007 e 2008



Analizzando la spesa farmaceutica totale per tipologie, comprendendo quindi anche la spesa per erogazione diretta diversa da quella di farmaci di fascia A e la spesa ospedaliera, si nota come l'incidenza % di queste ultime due categorie sia per l'AUSL di Imola la più contenuta a livello regionale.

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	pag. 118
3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	118
3.2 Universalità ed equità di accesso	122
3.2.1 Tempi di attesa per prestazioni specialistiche	126
3.2.2 Tempi di attesa per ricoveri	129
3.2.3 Accessibilità alle prestazioni di Assistenza Primaria	129
3.3 Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti	133
3.3.1 Attività di sorveglianza sanitaria e Vaccinazioni	136
3.3.2 Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione	136
3.3.3 Sicurezza sul lavoro e Sicurezza nelle strutture sanitarie	138
3.3.4 Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria	138
3.3.5 Utilizzo del Pronto Soccorso	139
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	143
3.4.1 Politiche del farmaco	146
3.4.2 Politiche di acquisto di beni e servizi: Area Vasta e con Intercent-ER	148
3.4.3 Cure Primarie	149
3.4.4 Integrazione Socio Sanitaria	152
3.4.5 Percorsi integrati ospedale territorio	153
3.4.6 Dimissione protetta	155
3.4.7 Accertamento e valutazione della disabilità	155
3.4.8 Assistenza Ospedaliera	156
3.4.9 Percorso Nascita	159
3.4.10 Gestione del rischio	160
3.5 Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo	161
3.5.1 Ricerca e Innovazione	161
3.5.2 Progetti ICT	161

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

In adesione alla filosofia sottesa al BdM, già nelle due edizioni precedenti si individuava come possibile sviluppo l'utilità di tendere al "risultato di missione", rappresentato da una "misura sintetica", comprendente la "valutazione ponderata" delle dimensioni quali/quantitative esplorate nelle diverse Sezioni. Il risultato di missione dovrebbe esprimere il grado e l'uniformità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e il conseguimento degli obiettivi istituzionali, qualitativi e quantitativi, posti dagli *stakeholder*, *in primis* dai cittadini-utenti. Pertanto, una misura sintetica del risultato di missione potrebbe costituire, insieme al risultato economico, il vero "risultato d'esercizio" di una Azienda Sanitaria.

Nella presente versione si coglie l'opportunità offerta dalla sintesi espositiva in cui si vuole articolata la Sezione 3, per approssimarsi a tale traguardo, sintetizzando per ogni "titolo rivisitato" - centralità del cittadino e gamma dei servizi offerti; universalità ed equità d'accesso; *performance* economico-finanziaria ed efficienza gestionale; qualità dell'assistenza e *outcome* - i principali risultati conseguiti nell'esercizio, che per l'AUSL di Imola sono anche i risultati di mandato, presenti e dimostrati nelle diverse parti del Bilanci di Missione 2008, relativizzandone la valutazione rispetto a:

- stato dell'arte di inizio mandato (2005), ovvero andamento aziendale in miglioramento o peggioramento nei 4 anni;
- posizionamento nel sistema regionale in logica *benchmarking*;
- standard di riferimento, quando disponibili, sia nazionali sia regionali.

Con riguardo alla dimensione "*Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria*", sempre nella presente Sezione è poi rappresentato l'esito del sistema di *governance*, ri-orientato nel *Piano Sociale e Sanitario dell'Emilia Romagna 2008-2010*, che ha visto proprio nel 2008 l'elaborazione e l'adozione dei documenti di programmazione istituzionale.

3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria

Il *Piano Sociale e Sanitario 2008-2010* della Regione Emilia Romagna - già nel titolo - indica la priorità della integrazione forte tra le diverse dimensioni di *welfare*. Gli obiettivi di Sistema Regionale - a questo punto si potrebbe definire *per il benessere e la salute della popolazione* (anziché settorialmente sanitario) - sono rimandati a una "programmazione locale",

che deve calibrarsi secondo le peculiarità dei territori amministrati. Detta programmazione è rappresentata dall'*Atto di Indirizzo e Coordinamento Triennale 2008-2010*, che la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e la Giunta del Nuovo Circondario Imolese hanno congiuntamente elaborato e approvato proprio nell'anno in esame. Per quanto attiene ai Piani/programmi fino ad ora citati, si tratta di programmazione per così dire istituzionale, che dà e si dà indirizzi per lo sviluppo di politiche del *welfare*: "si dà" per le responsabilità dirette esercitate dagli Enti Locali; "dà" per le responsabilità delegate alle Aziende sanitarie (AUSL; AO) e di servizi alla persona (ASP).

Pertanto, componente sostanziale dell'*Atto 2008-2010* sono gli indirizzi per la programmazione tecnico-operazionale delle Aziende Sanitarie (PAL), ovvero per le strategie di mantenimento/sviluppo/miglioramento del sistema locale dell'offerta/risposta di Salute.

La scelta attuata di agire la programmazione istituzionale delle politiche di *welfare* in modo congiunto, tra Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e Giunta del Nuovo Circondario Imolese, vuole essere l'assunzione di corresponsabilità di tutti gli Enti Locali della Provincia di Bologna, nell'offrire garanzie e tutele di pari grado ai loro cittadini. Al contempo, si riafferma e si rafforza il valore della autonomia degli ambiti, sia in ragione delle differenze dei due macro-profilii di comunità sia per valorizzare la storia, le capacità elaborative e le abilità realizzative/evolutive delle Aziende in servizio a quelle stesse comunità.

Indirizzi per la programmazione sanitaria attuativa provinciale, secondo le specificità del Profilo di comunità del Nuovo Circondario Imolese ("domanda") e della AUSL di Imola ("offerta")

I concetti chiave contenuti nell'*Atto di indirizzo e coordinamento*, direttrici fondamentali per il PAL dell'AUSL di Imola, sono:

- la chiara suddivisione dei compiti nella filiera di promozione, prevenzione primaria e secondaria, cura - sia ospedaliera (*hub* specialistico, ospedale generale, ospedale di prossimità) sia territoriale (attività ambulatoriale specialistica, strutture intermedie, RSA, residenze protette, cure primarie) e di riabilitazione - affinché siano integrati tra loro, continui per la presa incarico complessiva dei pazienti e non si generino carenze o ridondanze;
- il cambiamento *in primis* culturale dalla "medicina d'attesa", alla "medicina di iniziativa", dalla "cura della malattia", alla "tutela della Salute", secondo un approccio proattivo, che cerchi di segmentare la domanda e rilevare il bisogno in base a categorie di rischio, e che intervenga con azioni inclusive laddove vi siano più fragilità e incertezza.

Detti concetti chiave trovano espressione in Emilia Romagna già da alcuni anni nella allocazione delle risorse tra i 3 macro livelli di assistenza (Sanità Pubblica, Cure Primarie e Assistenza Ospedaliera) a cui si aggiunge dal 2007 il FRNA. A maggior ragione visto il riequilibrio delle risorse, secondo un approccio di presa in carico complessiva e continuativa della Salute dei cittadini, è sempre più sentita l'esigenza di introdurre anche nei LEA Sanità Pubblica e Cure Primarie sistemi di indicatori per monitorare sia l'efficienza complessiva di sistema (ad esempio, la

capacità di generare economie e razionalizzazioni sui Livelli "successivi": "quanto la promozione e la prevenzione impattano sulle Cure primarie e sull'Assistenza Ospedaliera"; "quanto le Cure primarie impattano sulla deospedalizzazione"; etc.) sia gli *outcome*, in termini di studi di efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, valutazioni di impatto sanitario, valutazioni dell'andamento di malattie cronico degenerative.

Secondo gli indirizzi cardine fin qui esposti, gli obiettivi specifici di settore declinati nell'*Atto di indirizzo* per la elaborazione dei PAL vengono significativamente declinati per le maggiori patologie, sulla base delle rilevazioni epidemiologiche più recenti, e precisamente: (i) come le maggiori patologie si devono prevenire; (ii) come nel momento in cui si manifestano si accede a un sistema integrato di cure (diagnosi; selezione e invio dal territorio; trattamento in regime ospedaliero; ritorno al territorio e, auspicabilmente, sempre più al proprio domicilio, per gli elementi di continuità assistenziale, comprese la riabilitazione, il *follow-up*, il trattamento della malattia residua, ovvero la presa in carico della cronicità).

Per quanto attiene l'Assistenza ospedaliera, l'AUSL di Imola è indirizzata dall'*Atto* a mantenere la dotazione strutturale (posti letto), in quanto l'indicatore di specie evidenza già un valore entro standard (Sezione 2, Figura 2.63), anche dovuto alla ancora elevata dotazione nell'ambito dell'AUSL di Bologna, alla vocazione per acuti del Presidio del Nuovo Circondario imolese, che partecipa alle reti *H&S* per le Alte Specialità, e al tasso di ospedalizzazione più basso della Regione Emilia Romagna, indicatore di un importante trasferimento di attività di cura su LEA territoriali. Pertanto, l'obiettivo contenuto nell'*Atto* impegna l'AUSL di Imola nel ripensare l'organizzazione di questa stessa risorsa, anche a seguito della apertura del nuovo DEA, ovvero del completamento del Presidio.

La risorsa posti letto deve essere sempre meno organizzata per specialità, secondo rigide attribuzioni alle Unità Operative, e sempre più secondo i regimi (momenti) della degenza (urgenza; intensiva-semintensiva; acuzie; postacuzie; riabilitazione, fino al domicilio) che individuano percorsi clinico-assistenziali effettivi dei pazienti, calibrati sulla intensità delle cure. In termini macro provinciali - anche alla luce dell'Alta Specialità concentrata nell'ambito della AUSL di Bologna - il disegno organizzativo degli stessi singoli stabilimenti ospedalieri deve essere rimodulato attraverso il filo conduttore dell'esercizio costante dell'integrazione, valorizzando tutti i punti di accesso alla rete, individuati per livelli di intensità di cura. In tale direzione l'AUSL di Imola ha come obiettivo da esplicitare nel suo prossimo PAL le funzioni (complementari in ottica di percorso e non ridondanti) dei due stabilimenti che compongono il suo unico Presidio.

Nel 2008 è stato altresì elaborato il *Piano per la salute e il benessere sociale 2009-2011*, approvato dall'Assemblea del Nuovo Circondario Imolese in data 30 marzo 2009. Il *Piano attuativo 2009* prevede una programmazione delle risorse e collegate progettualità, per il sistema di *welfare* circondariale, pari a circa 50 milioni di euro, di cui 20 milioni circa del bilancio AUSL (13,237 milioni di FRNA e 6,65 milioni per l'integrazione socio sanitaria). La programmazione istituzionale dell'ambito distrettuale per il prossimo triennio e il 1° *Piano attuativo* della stessa sono stati

predisposti mediante i modi e i momenti di incontro/confronto tra tutti i soggetti coinvolti (Comuni, ASP, AUSL, OO.SS., terzo settore) riuniti nel Tavolo del welfare, che a sua volta ha costituito gruppi di lavoro tematici: (i) tavolo responsabilità familiari, capacità genitoriali, diritti dei bambini, giovani, e piena applicazione della Legge 194/78; (ii) tavolo immigrazione, asilo, lotta alla tratta; (iii) tavolo prevenzione e contrasto delle dipendenze, di altre forme di disagio sociale, e salute mentale; (iv) tavolo anziani e disabilità; (v) tavolo prevenzione malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e della sicurezza.

Responsabilità di controllo degli Enti Locali

Per gli Enti Locali la competenza della programmazione istituzionale comporta il diritto/onere della competenza di verifica. Il Tavolo del welfare e i gruppi tematici resteranno attivi sia per il monitoraggio, la verifica - e l'eventuale ri-orientamento delle attività in corso - sia per la programmazione degli esercizi 2010 e 2011.

Per quanto attiene il Sistema locale Salute, la valutazione sintetica, attraverso indicatori di *performance* di una Azienda Sanitaria - sia economica sia, soprattutto, di efficacia e risultati in relazione alla *mission* - è tema di grande attualità, anche perché laddove realizzata permetterebbe, tra le altre cose, di indirizzare meglio il dibattito sulla "qualità" del sistema stesso, dibattito che spesso si concentra su *issues* specifiche oggetto di confronto/scontro politico (un anno i posti letto, un anno le liste di attesa, un anno il "buco" finanziario, etc.) perdendo di vista l'organicità della valutazione e, ad esempio, la necessità di comparazioni spaziali e temporali.

Nel 2008 è stato proposto un modello di monitoraggio di *routine* - periodico e strutturato - da parte di *stakeholder* individuati (Commissioni Sanità dei Comuni, Conferenze territoriali). La modalità suggerita è per così dire ad espansione, sia verticale sia orizzontale; in altri termini, si parte da pochi indicatori in linea, che descrivono in maniera estremamente sintetica i macrorisultati dell'Azienda, coprendo una quota significativamente elevata - anche se inevitabilmente incompleta - delle 3 macroaree di attività/risultato (livelli di assistenza) su cui l'Azienda stessa è impegnata: assistenza ospedaliera, assistenza territoriale, sanità pubblica. L'espansione verticale consente di approfondire - se ritenuto opportuno e, in particolare, qualora si riscontrino criticità - i fenomeni segnalati dagli indicatori, attraverso la scomposizione degli stessi per determinanti analitiche (ad esempio, l'indice di dipendenza complessivo della popolazione del circondario dall'ospedale è scomponibile per dipartimenti e specialità, e Comuni di residenza, etc.). L'espansione orizzontale degli indicatori in linea è un processo successivo, eventuale pur se probabile, collegato alla progressiva formazione culturale degli *stakeholder* stessi, e consente di allargare il "grado di copertura" dell'analisi alle ulteriori aree di attività/risultato. Progressivamente, pertanto, il progetto potrebbe configurare la modalità di valutazione sintetica complessiva della *performance* o "risultato di missione" dell'Azienda, comparabile nel tempo, e rispetto alle altre Aziende Sanitarie che vivono il medesimo contesto.

Risulta opportuno partire con un numero estremamente limitato di indicatori, scelti dagli stessi *stakeholder*, prevedendo già le potenziali aree di espansione verticale. Successivamente, gli

analisti dell'AUSL potranno mostrare il grado di organicità della proposta, evidenziando le quote di risultato/attività coperte rispetto a quelle scoperte, e utilizzando a questo scopo la *proxy* "risorse economiche allocate". Di seguito, si riporta una ipotesi di lavoro.

Area Ospedaliera

- Indice di dipendenza della popolazione dalla struttura ospedaliera, per le specialità presenti. Espandibile verticalmente per: Dipartimenti e specialità; Comune di residenza; con e senza i ricoveri di alta specialità;
- Tempi di attesa per intervento programmato oncologico: indice di performance <30 giorni; mediana giorni di attesa;
- Numero accessi al PS espandibile per: accessi di residenti e da fuori circondario; accessi di cittadini italiani e stranieri; fascia di età; codice colore; provenienza rispetto al Nucleo delle Cure Primarie (MMG) di afferenza.

Area Territoriale

- Indice di *performance* (prospettico) sui tempi di attesa per le prestazioni rilevate dalla RER (MAPS). Espandibile per: indici di offerta; indici di pressione della domanda; indice di consumo (ASA); volumi erogati effettivi (ASA);
- Tasso di copertura ADI (pazienti assistiti per mille abitanti). Espandibile per: fasce di età; intensità assistenziale (bassa, media, alta), in base al numero di accessi settimanali; tipologia di assistenza (medicina generale, infermieristica, specialistica, sociale).

Sanità Pubblica

- Indici di copertura degli *screening* per la prevenzione dei tumori. Espandibile per i tre programmi (Utero; Mammella; Colon-retto);
- Tasso di copertura per vaccinazioni nei bambini. Espandibile per: vaccinazioni obbligatorie; vaccinazioni facoltative;
- Tasso di copertura nelle attività istituzionali di prevenzione, vigilanza e controllo - ovvero "pacchetto sicurezza" - per incidenti sul lavoro, incidenti stradali e incidenti domestici.

3.2 Universalità ed equità di accesso

All'analisi di merito del contenuto di Tabella 3.1 - relativo all'obiettivo "Universalità ed equità di accesso" - è opportuno premettere alcune notazioni di metodo e guida alla lettura, valide ovviamente per le analoghe Tabelle presentate in apertura di ciascuna area-obiettivo istituzionale. Stante il Bilancio di Missione 2008, che costituisce anche consuntivo di mandato, la rendicontazione degli obiettivi istituzionali viene intenzionalmente caratterizzata come "Risultato di missione", in logica controllo strategico. In questo senso:

- si focalizzano maggiormente i risultati di *performance* ottenuti in un periodo sufficientemente lungo, perché le azioni intraprese possano condurre a risultati tangibili, ovvero misurabili;
- si selezionano e si riclassificano gli indicatori regionali di BdM, inseriti nelle diverse Sezioni, secondo le dimensioni degli obiettivi istituzionali;
- si allarga la visuale in senso temporale, abbracciando l'intero periodo di mandato istituzionale (*trend* di mandato);
- si allarga la visuale in senso spaziale, effettuando per ciascun obiettivo e indicatore, l'analisi del posizionamento della AUSL di Imola rispetto al contesto regionale;
- si verifica il rispetto degli standard fissati a livello regionale e/o nazionale.

Nelle Tabelle riepilogative della *performance* viene così effettuata una sintesi valutativa dei risultati afferenti ciascuna area-obiettivo istituzionale, secondo i seguenti criteri:

- per il *trend* di mandato, si è verificato lo scostamento rispetto ai risultati effettivi riferiti al 2005, secondo la scala: A = netto miglioramento; B = miglioramento; C = mantenimento/stabilità; D = peggioramento; E = netto peggioramento;
- per l'analisi di posizionamento nel contesto regionale, si è verificato lo scostamento tra i risultati dell'AUSL di Imola conseguiti nell'ultimo anno (2008) e i valori consolidati RER di riferimento, ultimi disponibili (valore medio delle AUSL RER, ovvero delle AUSL senza AO), secondo la scala: A+ = migliore risultato a livello regionale; A = molto meglio della media RER; B = meglio della media RER; C = sovrapponibile alla media RER; D = peggio della media RER; E = molto peggio della media RER;
- quanto al rispetto degli standard, i cui valori attesi vengono riportati in apposita colonna della Tabella, esso viene verificato con riferimento all'esercizio 2008 (ovvero ultimo anno disponibile), con la scala: "sì"; "no"; "in parte" (con specifica).

Nelle ultime colonne della Tabella riepilogativa della *performance* si riportano:

- il riferimento alla Sezione (paragrafo + tabella/figura) che riporta e supporta la valutazione effettuata nelle colonne precedenti;
- il valore a consuntivo 2008 (ovvero relativo all'ultimo anno disponibile) dell'indicatore, per l'AUSL di Imola e di riferimento regionale.

Ovviamente, non tutti gli indicatori regionali di BdM sono stati ripresi nell'analisi della *performance* di cui alle Tabelle riepilogative.

La selezione degli indicatori di *performance* è stata effettuata verificando:

- la loro governabilità/controllabilità - seppure parziale e di medio-lungo periodo - da parte dell'Azienda. In base a questo criterio, per esempio, si è escluso l'indicatore relativo all'aspettativa di vita;
- la valenza esplicativa della *performance*. A titolo esemplificativo, si sono esclusi ovviamente molti indicatori descrittivi di dinamiche demografiche e sociali contenuti nella Sezione 1, mentre altri sono stati inseriti, in quanto considerati espressioni di *outcome* di

medio-lungo periodo (indicatori epidemiologici specifici, ad esempio, mortalità per tumori);

- la rilevanza e l'attendibilità del flusso informativo di specie.

Ciò premesso, l'obiettivo "Universalità ed equità di accesso" viene declinato in Tabella 3.1 secondo le seguenti aree di risultato:

- tempi di attesa per prestazioni specialistiche, secondo i macroaggregati regionali "Visite", "Diagnostica" e "Terapeutiche";
- tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, monitorate dalla Conferenza Stato Regioni, secondo gli aggregati regionali MAPS "Visite" e "Diagnostica";
- tempi di attesa per ricoveri monitorati dalla RER;
- grado di copertura dei bisogni di specifiche popolazioni *target*, in particolare: anziani; immigrati; persone con disturbi psichici/psicologici; alcolisti;
- grado di accessibilità alle Cure Primarie (medicina di base, continuità assistenziale).

La rendicontazione di mandato in quest'area riporta:

- una valutazione di netto miglioramento (A) rispetto all'accessibilità delle Cure Primarie, collegata al risultato di riduzione degli accessi impropri al PS. Nel 2008, il 50% dei MMG dell'AUSL di Imola garantisce ai propri assistiti un accesso per 12 ore al giorno, 7 giorni la settimana;
- 10 valutazioni di miglioramento (B), in particolare con riguardo a: tempi di attesa per ricoveri; copertura dei bisogni di assistenza domiciliare e di specifici gruppi di popolazione *target*; tempi di attesa per prestazioni specialistiche "Terapeutiche" e secondo le rilevazioni regionali MAPS di "Visita" e "Diagnostica" (aprile 2009);
- 2 valutazioni di stabilità (C), riferite alla copertura dei bisogni in area Salute Mentale e in classe specifica di popolazione immigrata (donne in gravidanza);
- 2 valutazioni di peggioramento (D), riferite ai tempi di attesa per i macroaggregati regionali di specialistica "Visite" e "Diagnostica" (Sezione 2, Tabella 2.56, consuntivo "regionale" 2008).

Per quanto riguarda il posizionamento regionale conseguito a fine mandato, si registra:

- un risultato di eccellenza regionale (A+), con riguardo alla capacità di presa in carico degli alcolicodipendenti;
- 2 risultati nettamente migliori della media RER (A), con riguardo ai tempi di attesa per intervento in area oncologica e alla presa in carico dei disturbi psicologici;
- 2 risultati migliori della media RER (B), rispettivamente riferiti ai tempi di attesa per prestazioni specialistiche "Terapeutiche" e alla presa in carico delle donne immigrate;
- 6 risultati sovrapponibili a quelli medi regionali (C), in particolare rispetto a: tempi di attesa per "Visite" e "Diagnostica"; copertura dei bisogni di assistenza domiciliare; presa in carico del DSM;
- nessun risultato di livello inferiore a quello medio regionale.

Tabella 3.1 - Riepilogo della performance strategica rispetto all'obiettivo istituzionale "Universalità ed equità di accesso"

Area	Indicatore	Trend di mandato	Posizionamento su media RER	Rispetto STD (indici regionali)	standard nazionale o RER (ovvero clienti)	Tabella di riferimento BMR	valore 2008	valore 2008 BMR
L'Universalità ed equità di accesso	Tempi di attesa per prestazioni specialistiche							
	Indice di performance a 30 gg per visite specialistiche (vedi capire)	D	C	no	90%verdi/gg	per 2.1.2 Tabella 2.56	84,1	95,4
	Indice di performance a 60 gg per diagnosi	D	C	no	90%verdi/gg	per 2.1.2 Tabella 2.56	81,1	72,7
	Indice di performance a 90 gg per prestazioni Specialistiche "Terapeutiche"	B	C	si	90%verdi/gg	per 2.1.2 Tabella 2.57	81,1	82,9
	Tempi di attesa per prestazioni monitorate dalla Conferenza Stato-Regioni							
	Indice di performance a 32 gg per visite MAPS	B	C	in area "miglioramento" trend di peggioramento (+)	90%verdi/gg	per 3.2 Tabella 3.2	96,100000 sppt	nd
	Indice di performance a 30 gg per diagnosi MAPS	B	C	in area "miglioramento" trend di peggioramento (+)	90%verdi/gg	per 3.2 Tabella 3.2	79,100000 sppt	nd
	Tempi di attesa per intervento							
	Tempo di attesa per intervento oncologico in area oncologica	B	A	si	100% a 30 gg per primo consulto	per 2.1.2 Tabella 2.55	data media 1.2010/09	data media 1.5/10/09
	Tempo di attesa per intervento oncologico in altre aree	B	C	in area "miglioramento" trend di peggioramento (+)	100% a 30 gg per primo consulto	per 2.1.2 Tabella 2.55	data media 1.2010/09	data media 1.5/10/09
Tassi di ricopertura assistenziale per target di popolazione								
Tassi di copertura dell'Assistenza Domiciliare	B	C	in area "miglioramento" trend di peggioramento (+)	in area "miglioramento" trend di peggioramento (+)	per 2.1.2 Tabella 2.56	100,000000 sppt	100,000000 sppt	
% donne immigrate in gravidanza seguite al totale donne seguite	C	B			per 2.1.2 Tabella 2.42	16,6 (2007)	40 (2007)	
Presenza in carico di DSM per 10.000 abitanti assistiti minori di 18 anni	C	C			per 2.1.2 Tabella 2.46	103	182	
Presenza in carico di disordini alimentari su 1000 target	B	A+			per 2.1.2 Tabella 2.47	36,2 (2007)	30,2 (2007)	
% donne psichiatriche in popolazione target dei consulti	B	A			per 2.1.2 Tabella 2.42 (dati 2008 in corso)			
Accessibilità ai servizi								
% MMG con apertura settimanale 24 ore (12h/7gg)	A	A			per 3.2	50%	50%	
% di servizi di apertura MMG dedicati a tutte le agenzie (per cronici)	B	B			Budget MMG	38,30%	38,30%	
% MMG organizzati in forma sociale	B	B			per 3.2	50%	50%	

Gli standard definiti in questa area, relativi tutti agli indici di *performance* sui tempi di attesa, sono raggiunti nell'AUSL di Imola in misura ancora non soddisfacente, così come nel sistema regionale, con la rilevante eccezione dell'eccellente risultato dell'Azienda di Imola sui tempi di attesa per intervento chirurgico oncologico e chemioterapia.

Nel seguito si rendono conto le principali azioni realizzate durante il 2008, per il conseguimento del presente obiettivo istituzionale.

3.2.1 Tempi di attesa per prestazioni specialistiche

In relazione agli standard/obiettivi fissati a livello regionale per il contenimento dei tempi di attesa - e secondo quanto definito nel Piano aziendale - nel corso dell'esercizio in esame, l'AUSL di Imola ha proseguito e avviato diverse azioni, che si possono sintetizzare nei seguenti punti:

- Azioni di consolidamento e sviluppo dei volumi di offerta. Come previsto nel Piano aziendale, l'AUSL di Imola, insistendo su un unico distretto, persegue la garanzia del rispetto dei TMA, per le prestazioni di base, in almeno uno dei punti erogativi presenti nel proprio territorio (definito anche bacino di riferimento). Nel 2008 ogni struttura complessa aziendale interessata ha "revisionato" i livelli di offerta settimanale dei propri punti erogativi, congiuntamente agli standard di efficienza dei singoli servizi; tale revisione si è poi "proceduralizzata", in modo da intervenire secondo regole predefinite ogniqualvolta si realizzino degli importanti cambiamenti organizzativi, impattanti sull'attività ambulatoriale. In caso di superamento dei tempi di attesa, l'AUSL si avvale della possibilità di rimodulare la committenza specifica (Accordi di Fornitura) con le strutture Private Accreditate, ridefinendo i singoli volumi di prestazioni all'interno dello specifico Accordo oppure richiedendo specifici incrementi. Dal punto di vista organizzativo, l'offerta incrementale concordata viene in parte resa disponibile al CUP per nuovi appuntamenti, in parte utilizzata per anticipare l'appuntamento originario dei pazienti in lista;
- Adozione di misure per il miglioramento dell'appropriatezza. Si sono revisionate - con la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti, compresi i MMG - le "Linee Guida aziendali per l'accesso ad alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali", comprese le prestazioni di TC e RMN. Nel corso del 2008 sono stati attivi gruppi di lavoro *ad hoc*, a composizione mista ospedale/territorio, per promuovere l'appropriatezza di presa in carico e approccio diagnostico, verso pazienti con problematiche sanitarie complesse;
- Misure per il miglioramento dell'accesso alle prestazioni. Si è ormai concluso il processo di separazione delle prime visite, dai controlli, per quasi tutte le specialità presenti: ciò permette all'applicativo CUP di distinguere, in sede di prenotazione, i posti assegnati alle due tipologie; il sistema consente altresì la riconversione dei posti laddove opportuno, con cadenza temporale variabile a seconda della disciplina. La separazione tra primo accesso e controllo è stata attivata anche per alcune prestazioni diagnostiche, quali:

l'ecocolordoppler arterioso sui TSA e periferici; l'ecografia addominale; l'ecocardiogramma; l'EKG da sforzo; le mammografie. Nel 2008 si sono costruiti i presupposti per evitare il ricorso alle sospensioni delle prenotazioni ("chiusura" delle agende), meccanismo attivato operativamente nel 2009, mediante puntuale disposizione operativa del Direttore Generale, ed è stato acquisito un sistema elettronico di *recall* per i pazienti in lista, operativo dai primi mesi del 2009. Tale sistema - integrato con i sistemi informativi del Cup - effettua chiamate telefoniche ai pazienti in lista, permettendo di ottenere una notifica di conferma o cancellazione dell'appuntamento: attivo dal 2009, il servizio sta dando ottimi risultati in termini di "recupero" posti in lista, oltre a essere molto gradito dai cittadini. Sempre nell'ottica di ridurre gli "abbandoni" e saturare la capacità di offerta, il servizio di prenotazione/disdetta telefonica - accessibile attraverso un numero verde ad addebito ripartito (Sezione 5, paragrafo 5.1.5) - attribuisce priorità di risposta a chi debba effettuare una disdetta;

- Adozione di misure da prevedere in caso di impossibilità a garantire il rispetto del TMA. Nel febbraio 2008 l'AUSL di Imola ha siglato con le OO.SS. un protocollo di intesa che definisce una "clausola di salvaguardia dei TMA", per alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale. Il percorso di garanzia prevede l'invio dei pazienti presso un fornitore Privato Accreditato, in caso di impossibilità interna a garantire lo standard per: visita oculistica; ecodoppler arterioso periferico e dei TSA; ecografie dell'addome; ecografie osteoarticolari; visita dermatologica (da novembre 2008);
- Rilevazione dei Tempi di attesa prospettici con applicativo MAPS e pubblicazione su internet. L'AUSL di Imola nel 2008 ha predisposto le condizioni per migliorare la "trasparenza" interna/esterna, attraverso la pubblicazione periodica sul Sito internet dei risultati relativi ai tempi di attesa prospettici (ossia dalla prenotazione, all'appuntamento) monitorati dalla Regione (Progetto MAPS). Tale pubblicazione è stata avviata a inizio 2009.

Nella Tabella 3.2 si effettua una analisi di maggiore dettaglio, rispetto a quanto visto in Sezione 2, con riguardo agli indici di *performance* per macroaggregati di prestazioni specialistiche.

In particolare si focalizzano le prestazioni aziendali critiche, per ciascuna delle quali si presentano sia i risultati 2005-2008 da flusso informativo "ASA" regionale sia i primi risultati 2009 della rilevazione "MAPS", flusso caratterizzato da maggiore specificità e attendibilità, e che meglio evidenzia i progressi effettuati nell'ultimo periodo.

Nelle ultime colonne della Tabella vengono sintetizzati i risultati di periodo con riguardo a: (i) offerta di prestazioni; (ii) rispetto degli standard; (iii) *trend* di periodo dei tempi di attesa. Si evince un generale incremento del volume di prestazioni offerte (aumento dei volumi in 15 prestazioni su 30, stabilità in 7, decremento in 8), come peraltro si riscontra nei dati complessivi dell'attività specialistica per esterni riportati nella successiva Tabella 3.3: +7,3% di incremento sul 2007, quasi +15% sul 2005.

Tabella 3.2 - Volumi di offerta e tempi di attesa per prestazioni specialistiche nell'AUSL di Imola. Periodo 2005-2008 e prima rilevazione MAPS 2009

Descrizione	Registrazioni erogate / tempi di attesa (Cronometro MAPS regionale 2009)				Soc. 2005-2007	Soc. 2008-2009	% a 30 gg. e % a 60 gg. (Cronometro MAPS regionale 2009)				Soc. 2005-2007	Soc. 2008-2009	Offerta programmata	Rapporto tra TGA e TGA	Trend TGA
	2005	2006	2007	2008			2005	2006	2007	2008					
EP.7 Visita Generale	2.064	2.210	1.949	1.040	2%	55%	67%	58%	17%						
Obiettivo															
EP.7 Visita Generale	12.174	11.292	10.770	11.570	8%	68%	72%	69%	-5%						
Obiettivo															
EP.5.2 Elettrocardiogramma	10.353	15.707	17.579	20.400	16%	93%	91%	89%	-5%						
Obiettivo															
EP.7 Visita Generale	2.247	2.207	2.381	2.385	0%	60%	59%	100%	72%	10%					
Obiettivo															
EP.7 Visita Generale	1.002	1.170	1.311	1.288	3%	41%	39%	41%	45%	10%					
Obiettivo															
EP.2.2 Colonscopia con audiogramma	6.558	1.423	1.670	1.668	1%	59%	50%	100%	89%	12%					
Obiettivo															
Obiettivo - Ginecologia	44														
Obiettivo - Cardiologia	33														
EP.2.6 Visita Oftalmologica	6.769	5.760	7.399	8.418	16%	55%	50%	100%	57%	17%					
Obiettivo															
EP.19.2 Cura di routine	4.413	3.126	4.018	4.103	3%	80%	62%	100%	83%	13%					
Obiettivo															
EP.18.2 Ecografia ginecologica	901	900	616	650	0%	80%	63%	100%	83%	13%					
Obiettivo															
EP.7.1 Ecocardiogramma del tronco aortico	8														
EP.7.2 Ecocardiogramma per scopi diagnostici	4														
Obiettivo															
EP.7 Visita embriologica	2.081	1.88	2.027	2.233	15%	52%	49%	100%	58%	15%					
Obiettivo															
Obiettivo - Ginecologia															
EP.3.2 Visita Neurologica	4.099	3.078	4.718	3.848	5%	72%	71%	72%	72%	-2%					
Obiettivo															
EP.2.2 Esame complesso dell'occhio	17.078	14.074	13.818	12.133	12%	49%	52%	51%	57%	2%					
Obiettivo															
Visita	1.827	1.953	3.727	4.022	3%	100%	100%	100%	0%						
Obiettivo															
EP.7 visita generale	10.501	9.241	9.221	8.509	-5%	51%	52%	100%	50%	7%					
Obiettivo															
Obiettivo - Ginecologia	46														
Obiettivo - Cardiologia	21														
Obiettivo - Neurologia															
Obiettivo - Oncologia	20														
Obiettivo - Oftalmologia	15														
Obiettivo - Radiologia	15														
Obiettivo - Fisioterapia	15														
Obiettivo - Audiologia	15														
EP.7.2 Mammografia Bilaterale - EP.7.2.2 Mammografia	4.010	4.200	4.311	4.171	10%	29%	27%	100%	49%	52%					
Obiettivo															
EP.7.2 Ecografia della mammella Bilaterale	904	920	609	590	1%	90%	67%	100%	90%	1%					
Obiettivo															
EP.7.2 Ecografia dell'addome inferiore	801	720	688	689	0%	74%	54%	100%	55%	22%					
Obiettivo															
EP.7.2 Ecografia dell'addome superiore	1.048	1.060	1.718	2.213	17%	60%	56%	100%	41%	12%					
Obiettivo															
EP.2.1 TC addome superiore ampiezza completa	431	440	440	410	12%	90%	71%	100%	100%	100%					
Obiettivo															
EP.2.1.4 TC addome inferiore ampiezza completa	399	400	520	516	1%	90%	94%	100%	81%	8%					
Obiettivo															
EP.2.1 TC del torace, senza o con contrasto	709	813	809	772	4%	81%	62%	100%	58%	5%					
Obiettivo															
EP.2.1 - EP.2.1.1 TAC Capo	960	984	813	829	22%	98%	97%	100%	43%	-23%					
Obiettivo															
EP.2.1.6 TC del bacino	30	38	37	34	4%	87%	71%	100%	64%	17%					
Obiettivo															
EP.2.1.7 TC del rachide e delle spalle complete senza o con contrasto	929	733	551	513	0%	100%	91%	100%	99%	3%					
Obiettivo															
EP.2.1.2 RM del cervello e del tronco encefalico senza o con contrasto	1.342	1.013	974	1.044	-7%	92%	76%	100%	68%	13%					
Obiettivo															
EP.2.1.4 Doppler ultrasonico del tronco del collo	76	77	49	44	-2%	100%	99%	100%	99%	-1%					
Obiettivo															
EP.79.2.1.2 Ecografia della cute e del tessuto sottocutaneo	6.991	6.649	6.350	6.470	3%	77%	64%	100%	68%	1%					
Obiettivo															
EP.7.2 visita oncologica e radioterapica	10.509	9.478	9.490	9.490	0%	90%	85%	100%	85%	1%					

Tabella 3.3 - Volumi di prestazioni specialistiche per esterni dell'AUSL di Imola. Periodo 2005-2008

AREA DEPARTMENTALE	Andamento dell'attività di Specialista Ambulatoriale per esterni				C.A.	%
	Anno 2005	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009		
Ortopedia - Area Fisioterapia	10.816	10.200	10.200	9.090	16.30	260
Ortopedia - Area Chirurgica	132.246	123.008	122.288	126.008	4.30	4%
Ortopedia - Area Medica	132.161	133.012	134.524	139.971	5.04	4%
Ortopedia - Area Emergenza/Urgenza	94.922	96.869	94.571	94.754	181	0%
Ortopedia - Area Servizi Interni	1.199.574	1.296.624	1.290.651	1.413.480	116.820	9%
Diplo Cure Primarie	42.890	44.599	46.277	45.430	-841	-2%
Genetica Medica	1.504	1.611	1.620	1.840	420	10%
Medicina Radioterapica	58.681	57.774	55.767	52.001	-3.676	-6%
Onco-Sanità Oncologia	410	414	410	404	120	13%
Onco-Sanità Pediatria	810	327	3.619	10.700	7.560	194%
TOTALE PRESTAZIONI SPECIALE	1.684.816	1,708.800	1,787.412	1,897.400	128.584	7,34%

Il rispetto degli standard evidenziato in dettaglio per ciascuna tipologia nella Tabella 3.2 è ancora critico per diverse prestazioni, per quanto i dati MAPS (in blu) evidenzino un generalizzato miglioramento.

3.2.2 Tempi di attesa per ricoveri

Riguardo ai tempi di attesa per i ricoveri, si sono già rimarcati i buoni risultati dell'AUSL di Imola, in particolare nell'area oncologica, che ovviamente assumono una valenza cruciale.

Anche relativamente ai TMA per ricovero riveste particolare importanza il corretto monitoraggio del fenomeno, per cui si riportano le azioni di miglioramento di specie condotte nel 2008:

- il sistema aziendale di Gestione informatica delle Liste d'attesa (LAR) per interventi chirurgici, conforme ai requisiti previsti dal progetto SIGLA regionale, ha mantenuto una costante implementazione, per cui sarà possibile raggiungere il 100% di gestione informatizzata del Dipartimento Chirurgico entro il 2009;
- si è attivata la rilevazione per classe di priorità dei ricoveri chirurgici, secondo le indicazioni regionali, e la modalità di conteggio dei giorni di attesa, calcolati a far data dal momento in cui il paziente ha concluso l'iter diagnostico pre-operatorio e può essere sottoposto all'intervento programmato. Sempre come da indicazione regionale, dal 1° gennaio 2008 si è aggiunta l'obbligatorietà della compilazione del campo SD0 relativo al tempo d'attesa per il ricovero programmato.

3.2.3 Accessibilità alle prestazioni di Assistenza Primaria

L'Accordo aziendale per i Medici di Assistenza Primaria dell'AUSL di Imola - siglato nel primo semestre 2008 e valido per il periodo 1/07/2008-31/12/2009 - conferma i progressi realizzati per quanto riguarda l'associazionismo dei MMG e l'accessibilità ai servizi di specie; viene altresì ribadito il punto cardine dell'appropriatezza basata sulla *Evidence Based Medicine*, diretta a migliorare la prescrizione farmacologica, la richiesta di prestazioni specialistiche e strumentali e, in generale, i comportamenti clinici nell'ambito della attività del medico che opera sul territorio.

L'esperienza maturata in questo ambito ha contribuito a rafforzare le relazioni fra i professionisti, riuniti prima nei Team, poi nei Nuclei di Cure Primarie (NCP), e ha portato i Medici a sviluppare modalità operative sempre più integrate, uniformi e coerenti, in ambito clinico e organizzativo. Nell'AUSL di Imola il 97% dei Medici di Medicina Generale si colloca all'interno di una forma associativa (67 in gruppo, 26 in rete). I 97 MMG del territorio circondariale sono organizzati attualmente in 7 NCP, e di questi, 3 sono attualmente dotati di sede fisica, funzionante con le seguenti modalità:

- Nucleo di Castel San Pietro Terme e Dozza (22 MMG organizzati in 4 medicine di gruppo, con sede presso lo stabilimento di Castel San Pietro Terme). L'attività ambulatoriale

medica copre 84 ore/settimana (12 ore/giorno, per 7 giorni), e viene erogata: (i) per i giorni feriali, 7 ore dai MMG del gruppo e 5 ore a turno da tutti i medici del Nucleo; (ii) per i giorni prefestivi, dalle ore 8 alle ore 12, dai medici del Nucleo, e dalle ore 12 alle ore 20, dai medici di continuità assistenziale; (iii) per i giorni festivi, dalle ore 8 alle ore 20 dai medici di continuità assistenziale. L'attività ambulatoriale infermieristica copre 64 ore/settimana (12 ore/giorno nei giorni feriali, dalle ore 8 alle ore 12 nei prefestivi);

- Nucleo di Medicina (15 MMG organizzati in 2 medicine di gruppo, con sede presso il Polo sanitario di Medicina). La copertura oraria settimanale è garantita in misura analoga, e con le stesse modalità descritte nel punto precedente;
- Nucleo di Imola Cintura Sud (11 MMG organizzati in 2 medicine di gruppo, con sede presso l'ambulatorio di una delle stesse). L'attività ambulatoriale medica copre 84 ore/settimana (12 ore/giorno, per 7 giorni), erogata giornalmente per 7 ore dai MMG del gruppo e 5 ore a turno da tutti i medici del Nucleo.

Come evidenziato nella seguente Tabella 3.4, si sono conseguiti importanti risultati in termini di maggiore accessibilità delle Cure Primarie, che probabilmente spiega in parte il risultato conseguito di maggiore appropriatezza nell'accesso al Pronto Soccorso.

Tabella 3.4 - Indicatori di accessibilità e associazionismo dei MMG. Anno 2008

Assistenza primaria: sviluppo associazionismo e incremento accessibilità		
	N.ro	%
MMG	96	100%
(di cui) organizzati in forma associativa	93	97%
(di cui) in gruppo	67	70%
(di cui) in rete	26	27%
Nuclei Cure Primarie	7	100%
(di cui) con sede fisica e apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg)	3	43%
(di cui) con sede fisica e apertura ambulatoriale infermieristica settimanale di 64 ore (12h5gg+4h)	2	29%
N. MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg)	48	50%
N. MMG con apertura ambulatoriale infermieristica settimanale di 64 ore (12h5gg+4h)	37	39%

Per quanto concerne i 4 NCP non ancora dotati di sede fisica, due verranno accorpate e localizzate - secondo il progetto aziendale in fase di discussione - in una nuova sede all'interno dell'Ospedale Vecchio. Un altro progetto, attualmente in fase di avanzata discussione ed elaborazione, prevede per la specificità territoriale del Nucleo situato nella Comunità Montana-Vallata del Santerno, e per un piccolo Nucleo di Imola, la sperimentazione di un servizio di ricezione telefonica delle chiamate da parte di personale infermieristico, che concorre a garantire una migliore accessibilità alla medicina generale per le 12 ore diurne feriali.

Tabella 3.5 - Attività aggiuntive negoziate e parametri per il riconoscimento economico

Obiettivo	Indicatore	Parametro per compenso
A1. Visite ambulatoriali su appuntamento per i pazienti diabetici nell'ambito della presa in carico prevista dal progetto specifico (attivo dal 2000)	n.ro visite ambulatoriali su appuntamento	compenso per visita
A2. Visite di controllo su appuntamenti dei pazienti affetti da BPCO, nell'ambito della presa in carico secondo Piano Diagnostico Terapeutico.	n.ro visite ambulatoriali su appuntamento	compenso per visita
A3. Accessi ospedalieri al letto del paziente nei casi in cui è indicata la partecipazione del medico curante alla redazione del PAI (Piano Assistenza Individuale).	n.ro accessi ospedalieri al letto del paziente	compenso per accesso
A4. Presa in carico di pazienti assistiti a domicilio secondo le modalità della Assistenza Domiciliare Integrata	n.ro TAD su pazienti presi in carico	compenso per prestazione
A5. Copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione ultrasessantatreenne	Tasso di copertura della popolazione >65	compenso per assistito al superamento del 75%

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Appare opportuno premettere che l'AUSL di Imola - nonostante il fondo aziendale, predisposto secondo i criteri dell'Accordo Collettivo Nazionale e dell'Accordo Regionale, non fosse capiente per la competenza 2008 - ha ritenuto di ricorrere al finanziamento con mezzi propri dei progetti nell'ambito della Specialistica ambulatoriale convenzionata, ritenendo di importanza strategica il tema dell'integrazione di detta attività, con le altre attività distrettuali. In particolare, è stato finanziato anche per la competenza 2008 l'Accordo di specie, che prevede interventi di seguito sintetizzati.

Miglioramento dell'efficienza operativa. Al fine di migliorare l'efficienza operativa dei singoli ambulatori specialistici (odontoiatria, dermatologia, ginecologia, oculistica, fisioterapia, cardiologia ambulatoriale, ortopedia, otorinolaringoiatria, endocrinologia), si è concordato l'obiettivo di mantenere i livelli prestazionali raggiunti nell'anno 2007, compresa l'attività domiciliare, e perseguire il pieno utilizzo delle capacità di erogazione (100% per ciascun professionista).

Assistenza domiciliare integrata. Si sono confermati per il 2008 gli obiettivi di maggiore qualificazione dell'assistenza domiciliare integrata, allo scopo di garantire all'utente anche le prestazioni specialistiche. A tal fine si è integrato lo specialista all'interno dell'équipe multi professionale, garantendo il consulto specialistico in tempi adeguati alle condizioni del paziente: lo Specialista si rapporta con il Medico di Medicina Generale e l'équipe infermieristica, in modo tale che la sua consulenza non sia episodica, bensì configuri una presa in carico per la parte di competenza, anche utilizzando la cartella clinica, che farà fede per l'attività prestata. La richiesta di prestazione specialistica viene inoltrata allo Specialista tramite il Punto Unico dell'Assistenza infermieristica domiciliare. Il medico specialista deve inoltre garantire consulti anche prioritari (da espletare entro 2-3 giorni dalla richiesta) eventualmente coordinandosi con colleghi della stessa branca.

Formazione continua. Anche per il 2008 l'Azienda ha riconosciuto agli Specialisti ambulatoriali fino ad un massimo di 50 ore annue di formazione, e ha organizzato un intervento formativo di *training* sulle tematiche della relazione con l'utente. Gli Specialisti ambulatoriali si sono resi

disponibili ad assumere incarichi di docenza, nell'ambito dei corsi di formazione organizzati dall'AUSL di Imola.

Referente distrettuale. Si è confermata la figura del Referente distrettuale, con funzioni di raccordo fra tutti gli Specialisti e l'AUSL di Imola, e con i seguenti compiti:

- proposta e coordinamento in merito agli aspetti organizzativi dell'attività ambulatoriale, integrandosi con il Referente inter branca;
- proposte in merito alle iniziative di formazione e aggiornamento, che coinvolgano trasversalmente i medici ambulatoriali;
- sviluppo di iniziative tese a favorire l'integrazione fra gli Specialisti, anche attraverso incontri periodici;
- partecipazione al Collegio di Direzione Aziendale e agli organismi di direzione del Distretto e del Dipartimento di Cure Primarie.

La verifica sul raggiungimento degli obiettivi è svolta dal Direttore del Dipartimento di Cure Primarie, sulla base di criteri oggettivi e di una sintetica relazione per l'autovalutazione.

Referente inter branca. Si è confermata nel 2008 la scelta di individuare un'unica responsabilità a livello aziendale, trasversale alle varie branche. Tale Referente agisce il coordinamento tecnico-professionale dell'attività di tutti gli Specialisti ambulatoriali, partecipando all'elaborazione, implementazione, diffusione e applicazione di linee guida condivise, e collabora con la Direzione del Dipartimento di Cure Primarie per il monitoraggio degli obiettivi aziendali assegnati all'area della Specialistica Ambulatoriale.

Trasferimento nella nuova sede. In previsione del trasferimento nella nuova sede del Poliambulatorio, prevista per il 2009 (Sezione 2, paragrafo 2.1.7), gli specialisti operanti presso l'Ospedale Vecchio si sono impegnati nella preparazione organizzativa della nuova sede, in collaborazione con il personale infermieristico.

Obiettivi specifici per le branche specialistiche

DERMATOLOGIA, ODONTOIATRIA, ORTODONZIA, OTORINO - Gli Specialisti delle branche in oggetto, che svolgono la loro attività nel Poliambulatorio, si sono resi disponibili - durante le ore in cui è attivo l'Ambulatorio infermieristico dedicato alle terapie iniettive e medicazioni - a prestare la propria opera, su chiamata dell'infermiere, in caso di necessità di intervento medico.

MEDICINA PREVENTIVA E IGIENE DEL LAVORO - Gli specialisti ambulatoriali hanno partecipato all'attività effettuata a livello del Dipartimento di Sanità Pubblica, per lo svolgimento dei tirocini, nell'ambito del corso di laurea in "Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro". Hanno inoltre partecipato a uno studio, svolto nell'ambito dipartimentale, sul "rischio di esposizione dei lavoratori ad agenti cancerogeni e mutageni". L'intervento ha comportato: sopralluogo ispettivo in 15 imprese del Nuovo Circondario Imolese, scelte sulla base della presenza nel ciclo produttivo di una o più sostanze classificate cancerogene o mutagene; adozione di eventuali provvedimenti; successiva verifica ispettiva delle prescrizioni impartite.

MEDICINA SPORTIVA - Gli Specialisti ambulatoriali sono coinvolti, anche per il 2008, nel progetto di promozione dell'attività fisica, con partecipazione attiva alle riunioni dei gruppi di progetto sul tema, e interventi, in qualità di esperti, alle iniziative promosse dall'Azienda.

PEDIATRIA DI COMUNITÀ - Lo Specialista ambulatoriale collabora per il conseguimento degli obiettivi aziendali assegnati alla Pediatria di Comunità, in particolare assicurando: piena integrazione con la struttura aziendale; partecipazione all'obiettivo di mantenimento dei volumi di attività; partecipazione alla campagna di vaccinazione contro il Papilloma virus.

ORTODONZIA - Gli Specialisti ambulatoriali hanno partecipato nel 2008 all'implementazione della II fase del Progetto Regionale sull'assistenza odontoiatrica, che prevede, in particolare, l'ampliamento della popolazione avente diritto all'assistenza. Gli Specialisti si impegnano altresì ad aumentare i livelli di efficienza per evitare l'allungamento delle liste di attesa, e a fornire tutte le prestazioni previste dal nomenclatore per la specifica branca.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Per quanto concerne la Continuità assistenziale, fino al 31/12/2008 è stato in vigore l'Accordo fra l'AUSL di Imola e le Organizzazioni Sindacali per le attività aggiuntive nell'ambito del servizio di specie, con i seguenti risultati: (i) potenziamento dell'attività dei medici di continuità assistenziale, presso i punti di guardia dei Comuni di Castel San Pietro Terme e Medicina, nelle giornate di sabato e prefestivi; (ii) assistenza domiciliare ai pazienti assistiti nell'ambito dei programmi di ADI (I, II e III livello) e a pazienti assistiti nelle Case protette convenzionate e non convenzionate; (iii) continuità della prestazione d'opera presso gli ambulatori di medicina generale presenti nel territorio aziendale; (iv) effettuazione delle prestazioni aggiuntive previste dall'Accordo regionale, integrate dalla terapia iniettiva intramuscolare, limitatamente alla somministrazione non procrastinabile di farmaci in classe A; (v) organizzazione delle reperibilità così come previsto dall'Accordo regionale vigente, e attività di coordinamento del servizio; (vi) azioni rivolte alla migliore integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale.

3.3 Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti

L'obiettivo "Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti" viene esteso, nel presente BdM, ad ambiti che qualificano l'offerta come "costruita intorno" ai bisogni reali dei cittadini - attuali e prospettici - con riferimento sia alla medicina preventiva (*screening*, vaccinazioni, vigilanza nei luoghi di lavoro e sulle aziende alimentari) sia al *mix* ottimale e appropriato di strutture (ospedaliere, residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, etc.).

Ciò premesso, l'obiettivo viene declinato in Tabella 3.6 secondo le seguenti aree di risultato:

- qualità percepita e attrattività delle strutture aziendali, misurata attraverso gli indici di dipendenza e il sistema delle segnalazioni, anche con indicatori indiretti quali le donazioni dei cittadini;
- informazione e comunicazione, (Sezione 5);
- *screening* e vaccinazioni;
- vigilanza e prevenzione negli ambienti di lavoro e nel settore alimentare;
- *mix* di dotazione strutturale, e suo dimensionamento su popolazione assistita.

La **rendicontazione di mandato** in quest'area riporta:

- 3 valutazioni di netto miglioramento (A) rispetto a: qualità del sito web (valutato nei primi 3 posti da una ricerca nazionale indipendente); copertura delle vaccinazioni HPV delle adolescenti; incremento dell'offerta strutturale per disabili;
- 12 valutazioni di miglioramento (B) con riguardo principalmente a: miglioramento dei risultati sulla qualità percepita nel ricovero; quota % di elogi rispetto ai reclami/rilievi; gran parte degli indicatori dell'area Informazione e comunicazione (qualità della risposta via web e telefono ai cittadini, disponibilità oraria dei servizi di prenotazione, etc.); attività di *screening* per tumore alla mammella e vaccinazione antinfluenzale; attività di controllo in luoghi di lavoro e aziende alimentari; indice di dipendenza della popolazione circosidariale e del Comune di Medicina per ricoveri;
- 13 valutazioni di stabilità (C), con riguardo principalmente a: donazioni e contributi dei cittadini; campagne informative ed eventi pubblici organizzati; *screening* utero e colon retto; dotazione strutturale (oltre a quella per disabili di cui sopra); tasso di fuga per specialistica; tasso di mobilità attiva intraregionale;
- nessuna valutazione di peggioramento.

Per quanto riguarda il **posizionamento regionale conseguito a fine mandato**, si registra:

- un risultato di eccellenza regionale (A+), con riguardo allo standard di dotazione di posti letto in regime di degenza ospedaliera (acuti + riabilitazione e lungodegenza);
- 4 risultati nettamente migliori della media RER (A), con riguardo a: dotazione di posti letto in *hospice* e in strutture afferenti la Salute Mentale; dipendenza della popolazione circosidariale dal Presidio per ricoveri; copertura nella vaccinazione HPV;
- 10 risultati migliori della media RER (B), con riguardo a: numero di rilievi/reclami in rapporto alla popolazione; % di chiamate al numero verde risolte in prima battuta; *screening*; vaccinazioni infantili; controlli su aziende alimentari; dotazione strutturale per anziani e tossicodipendenti; quota di attrazione intraregionale per ricoveri;
- 2 risultati sovrapponibili a quelli medi regionali (C), con riguardo a: % di elogi rispetto ai reclami; tasso di copertura della popolazione anziana per la vaccinazione antinfluenzale;
- 5 risultati peggiori di quelli medi regionali (D), con riguardo a: vigilanza negli ambienti di lavoro (migliorata nel periodo di mandato); vigilanza negli allevamenti (stabile in Azienda); dotazione strutturale per disabili (area molto migliorata nel periodo di

mandato); indice di dipendenza per ricoveri dei cittadini del Comune di Medicina (migliorata nel periodo di mandato e in particolare nel 2008); indice di dipendenza per prestazioni specialistiche (stabile in Azienda).

Tabella 3.6 - Riepilogo della performance strategica rispetto all'obiettivo istituzionale "Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti"

Area	Indicatore	Trend di riferimento	Prestazioni in media RER	Risultato (A+, A, B, C, D)	Percentuale di successo o pari (con dubbio)	Tabella di comparazione RER	Valori 2008 (RER)	
							Valori 2008 (RER)	Valori 2008 (RER)
Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti	Qualità percepita		B	A+		par. 21.1, 21.2, 21.3, 21.4, 21.5, 21.6, 21.7, 21.8, 21.9, 21.10, 21.11, 21.12, 21.13, 21.14, 21.15, 21.16, 21.17, 21.18, 21.19, 21.20, 21.21, 21.22, 21.23, 21.24, 21.25, 21.26, 21.27, 21.28, 21.29, 21.30, 21.31, 21.32, 21.33, 21.34, 21.35, 21.36, 21.37, 21.38, 21.39, 21.40, 21.41, 21.42, 21.43, 21.44, 21.45, 21.46, 21.47, 21.48, 21.49, 21.50, 21.51, 21.52, 21.53, 21.54, 21.55, 21.56, 21.57, 21.58, 21.59, 21.60, 21.61, 21.62, 21.63, 21.64, 21.65, 21.66, 21.67, 21.68, 21.69, 21.70, 21.71, 21.72, 21.73, 21.74, 21.75, 21.76, 21.77, 21.78, 21.79, 21.80, 21.81, 21.82, 21.83, 21.84, 21.85, 21.86, 21.87, 21.88, 21.89, 21.90, 21.91, 21.92, 21.93, 21.94, 21.95, 21.96, 21.97, 21.98, 21.99, 21.100, 21.101, 21.102, 21.103, 21.104, 21.105, 21.106, 21.107, 21.108, 21.109, 21.110, 21.111, 21.112, 21.113, 21.114, 21.115, 21.116, 21.117, 21.118, 21.119, 21.120, 21.121, 21.122, 21.123, 21.124, 21.125, 21.126, 21.127, 21.128, 21.129, 21.130, 21.131, 21.132, 21.133, 21.134, 21.135, 21.136, 21.137, 21.138, 21.139, 21.140, 21.141, 21.142, 21.143, 21.144, 21.145, 21.146, 21.147, 21.148, 21.149, 21.150, 21.151, 21.152, 21.153, 21.154, 21.155, 21.156, 21.157, 21.158, 21.159, 21.160, 21.161, 21.162, 21.163, 21.164, 21.165, 21.166, 21.167, 21.168, 21.169, 21.170, 21.171, 21.172, 21.173, 21.174, 21.175, 21.176, 21.177, 21.178, 21.179, 21.180, 21.181, 21.182, 21.183, 21.184, 21.185, 21.186, 21.187, 21.188, 21.189, 21.190, 21.191, 21.192, 21.193, 21.194, 21.195, 21.196, 21.197, 21.198, 21.199, 21.200, 21.201, 21.202, 21.203, 21.204, 21.205, 21.206, 21.207, 21.208, 21.209, 21.210, 21.211, 21.212, 21.213, 21.214, 21.215, 21.216, 21.217, 21.218, 21.219, 21.220, 21.221, 21.222, 21.223, 21.224, 21.225, 21.226, 21.227, 21.228, 21.229, 21.230, 21.231, 21.232, 21.233, 21.234, 21.235, 21.236, 21.237, 21.238, 21.239, 21.240, 21.241, 21.242, 21.243, 21.244, 21.245, 21.246, 21.247, 21.248, 21.249, 21.250, 21.251, 21.252, 21.253, 21.254, 21.255, 21.256, 21.257, 21.258, 21.259, 21.260, 21.261, 21.262, 21.263, 21.264, 21.265, 21.266, 21.267, 21.268, 21.269, 21.270, 21.271, 21.272, 21.273, 21.274, 21.275, 21.276, 21.277, 21.278, 21.279, 21.280, 21.281, 21.282, 21.283, 21.284, 21.285, 21.286, 21.287, 21.288, 21.289, 21.290, 21.291, 21.292, 21.293, 21.294, 21.295, 21.296, 21.297, 21.298, 21.299, 21.300, 21.301, 21.302, 21.303, 21.304, 21.305, 21.306, 21.307, 21.308, 21.309, 21.310, 21.311, 21.312, 21.313, 21.314, 21.315, 21.316, 21.317, 21.318, 21.319, 21.320, 21.321, 21.322, 21.323, 21.324, 21.325, 21.326, 21.327, 21.328, 21.329, 21.330, 21.331, 21.332, 21.333, 21.334, 21.335, 21.336, 21.337, 21.338, 21.339, 21.340, 21.341, 21.342, 21.343, 21.344, 21.345, 21.346, 21.347, 21.348, 21.349, 21.350, 21.351, 21.352, 21.353, 21.354, 21.355, 21.356, 21.357, 21.358, 21.359, 21.360, 21.361, 21.362, 21.363, 21.364, 21.365, 21.366, 21.367, 21.368, 21.369, 21.370, 21.371, 21.372, 21.373, 21.374, 21.375, 21.376, 21.377, 21.378, 21.379, 21.380, 21.381, 21.382, 21.383, 21.384, 21.385, 21.386, 21.387, 21.388, 21.389, 21.390, 21.391, 21.392, 21.393, 21.394, 21.395, 21.396, 21.397, 21.398, 21.399, 21.400, 21.401, 21.402, 21.403, 21.404, 21.405, 21.406, 21.407, 21.408, 21.409, 21.410, 21.411, 21.412, 21.413, 21.414, 21.415, 21.416, 21.417, 21.418, 21.419, 21.420, 21.421, 21.422, 21.423, 21.424, 21.425, 21.426, 21.427, 21.428, 21.429, 21.430, 21.431, 21.432, 21.433, 21.434, 21.435, 21.436, 21.437, 21.438, 21.439, 21.440, 21.441, 21.442, 21.443, 21.444, 21.445, 21.446, 21.447, 21.448, 21.449, 21.450, 21.451, 21.452, 21.453, 21.454, 21.455, 21.456, 21.457, 21.458, 21.459, 21.460, 21.461, 21.462, 21.463, 21.464, 21.465, 21.466, 21.467, 21.468, 21.469, 21.470, 21.471, 21.472, 21.473, 21.474, 21.475, 21.476, 21.477, 21.478, 21.479, 21.480, 21.481, 21.482, 21.483, 21.484, 21.485, 21.486, 21.487, 21.488, 21.489, 21.490, 21.491, 21.492, 21.493, 21.494, 21.495, 21.496, 21.497, 21.498, 21.499, 21.500, 21.501, 21.502, 21.503, 21.504, 21.505, 21.506, 21.507, 21.508, 21.509, 21.510, 21.511, 21.512, 21.513, 21.514, 21.515, 21.516, 21.517, 21.518, 21.519, 21.520, 21.521, 21.522, 21.523, 21.524, 21.525, 21.526, 21.527, 21.528, 21.529, 21.530, 21.531, 21.532, 21.533, 21.534, 21.535, 21.536, 21.537, 21.538, 21.539, 21.540, 21.541, 21.542, 21.543, 21.544, 21.545, 21.546, 21.547, 21.548, 21.549, 21.550, 21.551, 21.552, 21.553, 21.554, 21.555, 21.556, 21.557, 21.558, 21.559, 21.560, 21.561, 21.562, 21.563, 21.564, 21.565, 21.566, 21.567, 21.568, 21.569, 21.570, 21.571, 21.572, 21.573, 21.574, 21.575, 21.576, 21.577, 21.578, 21.579, 21.580, 21.581, 21.582, 21.583, 21.584, 21.585, 21.586, 21.587, 21.588, 21.589, 21.590, 21.591, 21.592, 21.593, 21.594, 21.595, 21.596, 21.597, 21.598, 21.599, 21.600, 21.601, 21.602, 21.603, 21.604, 21.605, 21.606, 21.607, 21.608, 21.609, 21.610, 21.611, 21.612, 21.613, 21.614, 21.615, 21.616, 21.617, 21.618, 21.619, 21.620, 21.621, 21.622, 21.623, 21.624, 21.625, 21.626, 21.627, 21.628, 21.629, 21.630, 21.631, 21.632, 21.633, 21.634, 21.635, 21.636, 21.637, 21.638, 21.639, 21.640, 21.641, 21.642, 21.643, 21.644, 21.645, 21.646, 21.647, 21.648, 21.649, 21.650, 21.651, 21.652, 21.653, 21.654, 21.655, 21.656, 21.657, 21.658, 21.659, 21.660, 21.661, 21.662, 21.663, 21.664, 21.665, 21.666, 21.667, 21.668, 21.669, 21.670, 21.671, 21.672, 21.673, 21.674, 21.675, 21.676, 21.677, 21.678, 21.679, 21.680, 21.681, 21.682, 21.683, 21.684, 21.685, 21.686, 21.687, 21.688, 21.689, 21.690, 21.691, 21.692, 21.693, 21.694, 21.695, 21.696, 21.697, 21.698, 21.699, 21.700, 21.701, 21.702, 21.703, 21.704, 21.705, 21.706, 21.707, 21.708, 21.709, 21.710, 21.711, 21.712, 21.713, 21.714, 21.715, 21.716, 21.717, 21.718, 21.719, 21.720, 21.721, 21.722, 21.723, 21.724, 21.725, 21.726, 21.727, 21.728, 21.729, 21.730, 21.731, 21.732, 21.733, 21.734, 21.735, 21.736, 21.737, 21.738, 21.739, 21.740, 21.741, 21.742, 21.743, 21.744, 21.745, 21.746, 21.747, 21.748, 21.749, 21.750, 21.751, 21.752, 21.753, 21.754, 21.755, 21.756, 21.757, 21.758, 21.759, 21.760, 21.761, 21.762, 21.763, 21.764, 21.765, 21.766, 21.767, 21.768, 21.769, 21.770, 21.771, 21.772, 21.773, 21.774, 21.775, 21.776, 21.777, 21.778, 21.779, 21.780, 21.781, 21.782, 21.783, 21.784, 21.785, 21.786, 21.787, 21.788, 21.789, 21.790, 21.791, 21.792, 21.793, 21.794, 21.795, 21.796, 21.797, 21.798, 21.799, 21.800, 21.801, 21.802, 21.803, 21.804, 21.805, 21.806, 21.807, 21.808, 21.809, 21.810, 21.811, 21.812, 21.813, 21.814, 21.815, 21.816, 21.817, 21.818, 21.819, 21.820, 21.821, 21.822, 21.823, 21.824, 21.825, 21.826, 21.827, 21.828, 21.829, 21.830, 21.831, 21.832, 21.833, 21.834, 21.835, 21.836, 21.837, 21.838, 21.839, 21.840, 21.841, 21.842, 21.843, 21.844, 21.845, 21.846, 21.847, 21.848, 21.849, 21.850, 21.851, 21.852, 21.853, 21.854, 21.855, 21.856, 21.857, 21.858, 21.859, 21.860, 21.861, 21.862, 21.863, 21.864, 21.865, 21.866, 21.867, 21.868, 21.869, 21.870, 21.871, 21.872, 21.873, 21.874, 21.875, 21.876, 21.877, 21.878, 21.879, 21.880, 21.881, 21.882, 21.883, 21.884, 21.885, 21.886, 21.887, 21.888, 21.889, 21.890, 21.891, 21.892, 21.893, 21.894, 21.895, 21.896, 21.897, 21.898, 21.899, 21.900, 21.901, 21.902, 21.903, 21.904, 21.905, 21.906, 21.907, 21.908, 21.909, 21.910, 21.911, 21.912, 21.913, 21.914, 21.915, 21.916, 21.917, 21.918, 21.919, 21.920, 21.921, 21.922, 21.923, 21.924, 21.925, 21.926, 21.927, 21.928, 21.929, 21.930, 21.931, 21.932, 21.933, 21.934, 21.935, 21.936, 21.937, 21.938, 21.939, 21.940, 21.941, 21.942, 21.943, 21.944, 21.945, 21.946, 21.947, 21.948, 21.949, 21.950, 21.951, 21.952, 21.953, 21.954, 21.955, 21.956, 21.957, 21.958, 21.959, 21.960, 21.961, 21.962, 21.963, 21.964, 21.965, 21.966, 21.967, 21.968, 21.969, 21.970, 21.971, 21.972, 21.973, 21.974, 21.975, 21.976, 21.977, 21.978, 21.979, 21.980, 21.981, 21.982, 21.983, 21.984, 21.985, 21.986, 21.987, 21.988, 21.989, 21.990, 21.991, 21.992, 21.993, 21.994, 21.995, 21.996, 21.997, 21.998, 21.999, 22.000, 22.001, 22.002, 22.003, 22.004, 22.005, 22.006, 22.007, 22.008, 22.009, 22.010, 22.011, 22.012, 22.013, 22.014, 22.015, 22.016, 22.017, 22.018, 22.019, 22.020, 22.021, 22.022, 22.023, 22.024, 22.025, 22.026, 22.027, 22.028, 22.029, 22.030, 22.031, 22.032, 22.033, 22.034, 22.035, 22.036, 22.037, 22.038, 22.039, 22.040, 22.041, 22.042, 22.043, 22.044, 22.045, 22.046, 22.047, 22.048, 22.049, 22.050, 22.051, 22.052, 22.053, 22.054, 22.055, 22.056, 22.057, 22.058, 22.059, 22.060, 22.061, 22.062, 22.063, 22.064, 22.065, 22.066, 22.067, 22.068, 22.069, 22.070, 22.071, 22.072, 22.073, 22.074, 22.075, 22.076, 22.077, 22.078, 22.079, 22.080, 22.081, 22.082, 22.083, 22.084, 22.085, 22.086, 22.087, 22.088, 22.089, 22.090, 22.091, 22.092, 22.093, 22.094, 22.095, 22.096, 22.097, 22.098, 22.099, 22.100, 22.101, 22.102, 22.103, 22.104, 22.105, 22.106, 22.107, 22.108, 22.109, 22.110, 22.111, 22.112, 22.113, 22.114, 22.115, 22.116, 22.117, 22.118, 22.119, 22.120, 22.121, 22.122, 22.123, 22.124, 22.125, 22.126, 22.127, 22.128, 22.129, 22.130, 22.131, 22.132, 22.133, 22.134, 22.135, 22.136, 22.137, 22.138, 22.139, 22.140, 22.141, 22.142, 22.143, 22.144, 22.145, 22.146, 22.147, 22.148, 22.149, 22.150, 22.151, 22.152, 22.153, 22.154, 22.155, 22.156, 22.157, 22.158, 22.159, 22.160, 22.161, 22.162, 22.163, 22.164, 22.165, 22.166, 22.167, 22.168, 22.169, 22.170, 22.171, 22.172, 22.173, 22.174, 22.175, 22.176, 22.177, 22.178, 22.179, 22.180, 22.181, 22.182, 22.183, 22.184, 22.185, 22.186, 22.187, 22.188, 22.189, 22.190, 22.191, 22.192, 22.193, 22.194, 22.195, 22.196, 22.197, 22.198, 22.199, 22.200, 22.201, 22.202, 22.203, 22.204, 22.205, 22.206, 22.207, 22.208, 22.209, 22.210, 22.211, 22.212, 22.213, 22.214, 22.215, 22.216, 22.217, 22.218, 22.219, 22.220, 22.221, 22.222, 22.223, 22.224, 22.225, 22.226, 22.227, 22.228, 22.229, 22.230, 22.231, 22.232, 22.233, 22.234, 22.235, 22.236, 22.237, 22.238, 22.239, 22.240, 22.241, 22.242, 22.243, 22.244, 22.245, 22.246, 22.247, 22.248, 22.249, 22.250, 22.251, 22.252, 22.253, 22.254, 22.255, 22.256, 22.257, 22.258, 22.259, 22.260, 22.261, 22.262, 22.263, 22.264, 22.265, 22.266, 22.267, 22.268, 22.269, 22.270, 22.271, 22.272, 22.273, 22.274, 22.275, 22.276, 22.277, 22.278, 22.279, 22.280, 22.281, 22.282, 22.283, 22.284, 22.285, 22.286, 22.287, 22.288, 22.289, 22.290, 22.291, 22.292, 22.293, 22.294, 22.295, 22.296, 22.297, 22.298, 22.299, 22.300, 22.301, 22.302, 22.303, 22.304, 22.305, 22.306, 22.307, 22.308, 22.309, 22.310, 22.311, 22.312, 22.313, 22.314, 22.315, 22.316, 22.317, 22.318, 22.319, 22.320, 22.321, 22.322, 22.323, 22.324, 22.325, 22.326, 22.327, 22.328, 22.329, 22.330, 22.331, 22.332, 22.333, 22.334, 22.335, 22.336, 22.337, 22.338, 22.339, 22.340, 22.341, 22.342, 22.343, 22.344, 22.345, 22.346, 22.347, 22.348, 22.349, 22.350, 22.351, 22.352, 22.353, 22.354, 22.355, 22.356, 22.357, 22.358, 22.359, 22.360, 22.361, 22.362, 22.363, 22.364, 22.365, 22.366, 22.367, 22.368, 22.369, 22.370, 22.371, 22.372, 22.373, 22.3		

Nel seguito si rendicontano le principali azioni realizzate durante il 2008, per il conseguimento del presente obiettivo istituzionale.

3.3.1 Attività di sorveglianza sanitaria e Vaccinazioni

Nell'ambito delle malattie trasmesse da vettori, si evidenzia che: (i) nei 4 casi sospetti di Chikungunya, segnalati nel 2008 - e dei quali nessuno è stato poi confermato - l'attivazione è avvenuta in totale aderenza alle procedure previste nel Piano Regionale; (ii) nel mese di settembre è stata attivata la sorveglianza sulle meningiti virali; (iii) sono stati segnalati 3 casi sospetti di malattia da *West-Nile* virus, dei quali uno è stato confermato.

Per la preparazione e il coordinamento dei piani comunali di lotta alla zanzara tigre, il DSP ha coinvolto la Direzione Tecnica dell'Assistenza Farmaceutica e la Giunta del Nuovo Circondario Imolese, anche nella sua veste di Conferenza Socio-Sanitaria; ha organizzato il corso di formazione specifica (giugno 2008) per gli operatori delle AUSL e dei Comuni dell'Area Vasta, e ha eseguito il monitoraggio con le ovitrappe. Il progetto di comunicazione esterna è stato pienamente attuato, mediante: (i) la capillare distribuzione dei materiali regionali riguardanti la prevenzione della diffusione della zanzara tigre; (ii) la conferenza stampa di lancio dell'informazione ad aprile 2008, seguita da diversi interventi tecnici sulla stampa locale.

Si è garantita la piena applicazione del sistema di segnalazione rapida riguardante eventi epidemici ed eventi sentinella; in particolare la UOC Igiene e Sanità Pubblica ha provveduto a segnalare col sistema "Alert": 5 casi di sospetta Tubercolosi Polmonare; 7 casi di sospetto Morbillo; 15 casi di *Clostridium difficile*, isolato in ospiti di strutture socio-assistenziali; 1 caso di malattia invasiva da pneumococco; 1 caso sospetto di botulismo. La Direzione Medica di Presidio ha provveduto alla segnalazione dei ceppi antibiotico resistenti con profilo inusuale, isolati dalla UOC Laboratorio Analisi.

La campagna per la promozione della vaccinazione HPV - per la quale si è già anticipato che la AUSL di Imola ha conseguito risultati nettamente al di sopra di quelli medi RER - si è svolta a partire da aprile 2008, con le seguenti modalità: tutta la coorte di ragazze dodicenni (nate nel 1997) è stata convocata, e ha completato il ciclo vaccinale (tre dosi) nel corso del 2008; contemporaneamente, è stata offerta la vaccinazione gratuita, su richiesta dei genitori, alla coorte nata nel 1996; è stata altresì garantita la vaccinazione con compartecipazione alla spesa delle coorti rimanenti, fino al compimento del diciottesimo anno; sono state somministrate un totale di n. 621 dosi.

3.3.2 Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione

Prevenzione delle malattie croniche - Nel 2008, è stato attivato un ambulatorio specialistico in capo al Centro Pubblico di Medicina dello Sport, per visite e prescrizioni di attività fisica a soggetti

con fattori di rischio cardiovascolare. Sono state realizzate iniziative nell'ambito dei PPS di promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana; tra queste si evidenziano le "Passeggiate al Parco" curate direttamente dall'AUSL, e la collaborazione con un'Associazione di Volontariato nell'iniziativa "La Salute ... arriva prima". Sempre nell'ambito dei PPS si è attivato un progetto di rilevazione delle abitudini motorie nella popolazione scolastica della fascia elementare, finalizzata alla progettazione di interventi tesi a incrementare l'attività fisica. Riguardo alla sorveglianza e prevenzione della obesità è stata espletata tutta l'attività, di competenza aziendale, relativa allo studio regionale SONIA e allo studio ministeriale OKKIO alla salute; sono state effettuate una serie di iniziative di educazione alimentare, in collaborazione con la Scuola e il Volontariato sociale (tra queste, si segnala la continuità dell'iniziativa "A TUTTA FRUTTA" consistente nell'offerta nelle scuole medie e superiori di merende a base di frutta tagliata in vaschette).

Prevenzione degli infortuni domestici - Il DSP dell'AUSL di Imola ha attivato nel corso del 2008 i seguenti progetti individuati dal Piano Sanitario Regionale per la prevenzione degli incidenti domestici:

- obiettivo P1 "interventi domiciliari di prevenzione delle cadute per gli anziani fragili, attraverso la somministrazione di esercizi fisici adattati": il progetto è stato avviato nell'ultimo trimestre 2008, in collaborazione con gli operatori della Medicina Riabilitativa. Nello specifico, sono state predisposte le schede esercizi per gli anziani, che sono entrati a far parte del campione; il DSP ha collaborato attivamente alla progettazione e organizzazione dell'evento formativo regionale, tenutosi il 18 settembre 2008, rivolto agli operatori coinvolti nel progetto;
- obiettivi P4-P5 "Interventi informativi sugli incidenti domestici e accesso a domicilio degli anziani": si sono realizzati 4 incontri, nel mese di novembre 2008, con le locali Organizzazioni di Volontariato e con i Sindacati pensionati, nel corso dei quali si è comunicata l'offerta attiva di visite domiciliari, per la verifica dei fattori di rischio presenti negli alloggi, e si è proiettato un filmato dvd, realizzato in collaborazione con il gruppo regionale. Nello stesso ambito, e di concerto con il Gruppo regionale, si è realizzato il convegno nazionale "Star bene in casa", svoltosi il 1° dicembre 2008 a Castel San Pietro Terme.
- obiettivi P2-P3 "interventi formativi/informativi per educatori/genitori dei bambini nella fascia di età 0-4 anni": in collaborazione con l'Assessorato regionale, si è realizzato un incontro con il Coordinamento pedagogico provinciale di Bologna, per presentare il Piano prevenzione incidenti domestici, e si sono realizzate iniziative con le neo mamme - in collaborazione con il Consultorio - sul tema degli incidenti domestici dei bambini, durante le quali si è presentato un nuovo "pacchetto informativo" realizzato *ad hoc*, e consegnato alle partecipanti.

Prevenzione degli infortuni stradali - A supporto delle iniziative effettuate nell'ambito dei PPS, è stata effettuata l'analisi epidemiologica delle ricadute sanitarie dell'incidentalità stradale,

garantendo: (i) l'elaborazione dei dati di mortalità ricavati dal registro deceduti dell'AUSL di Imola; (ii) l'acquisizione dei dati relativi agli accessi al Pronto Soccorso determinati da incidenti stradali. È stata altresì garantita la partecipazione agli incontri del Gruppo di Coordinamento Tecnico Regionale, in particolare per l'obiettivo "collaborazione con l'osservatorio per l'educazione stradale e la sicurezza nella campagna di informazione/educazione alla guida sicura nelle scuole e nelle autoscuole".

3.3.3 Sicurezza sul lavoro e Sicurezza nelle strutture sanitarie

Il consuntivo per l'anno 2008 fa registrare il pieno rispetto dei livelli di attività programmati sui comparti produttivi più a rischio, con un deciso aumento della *performance* nel comparto edile, dove le Unità Locali controllate sono aumentate del 30%, rispetto a quanto programmato a inizio anno (124 aziende, in luogo delle 95 programmate). Il buon risultato è stato conseguito pur a fronte dell'inevitabile rallentamento dell'attività per l'entrata in vigore, a metà maggio 2008, del nuovo testo unico sulla sicurezza, e realizzando un "incremento della vigilanza" in un comparto particolarmente impegnativo, quale è quello dell'edilizia.

Nell'ambito della sicurezza delle Strutture sanitarie, nell'esercizio in esame, il DSP ha garantito un ruolo di coordinamento e assistenza sui temi della sicurezza nelle strutture sanitarie. In particolare la Commissione ex LR 34/98 ha svolto le seguenti attività: (i) istruttorie per il rilascio delle autorizzazioni delle Strutture sanitarie pubbliche (attualmente in possesso di autorizzazione al funzionamento ai sensi dell'art. 8 *ter*, comma 1 del D.Lgs. 502/92), e per il rilascio dell'autorizzazione definitiva al funzionamento dell'Ospedale S. Maria della Scaletta in fase di ampliamento; (ii) pareri sulle richieste di autorizzazioni al funzionamento per nuove Strutture sanitarie private e Studi professionali; (iii) istruttorie per il rilascio di autorizzazione al funzionamento degli Studi odontoiatrici esistenti al 22 febbraio 2005, come previsto dalla DGR 2520/2004; (iv) inserimento nell'Anagrafe Regionale di tutte le Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché degli Studi odontoiatrici già in possesso di autorizzazione.

3.3.4 Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria

Anagrafe zootecnica e farmacovigilanza - Si sono raggiunti gli obiettivi sia per quanto attiene l'esecuzione dei controlli e l'elaborazione di informazioni, sia in relazione alla verifica dei dati registrati nell'anagrafe zootecnica. Per quanto riguarda la farmacovigilanza, si è realizzato il controllo sul 50% degli impianti, previa individuazione di quelli più a rischio.

Piani di sorveglianza e monitoraggio - Si riportano i seguenti risultati: (i) Piano controlli microbiologici SIAN: prelevati 30 campioni su 25 previsti; (ii) Piano fitosanitari SIAN: prelevati 87 campioni su 86 previsti, con aderenza alle matrici pari al 76%, a fronte dell'obiettivo RER del 75%; (iii) Piano micotossine SIAN: prelevati 38 campioni su 35 previsti; (iv) Piano OGM SIAN:

prelevati 8 campioni su 8 previsti; (v) Piano acque potabili: prelevati 752 campioni su 697 previsti. Relativamente ai piani di sorveglianza delle malattie infettive, l'attività è stata svolta secondo programma, e la registrazione dei dati è oggetto di un processo continuo di verifica.

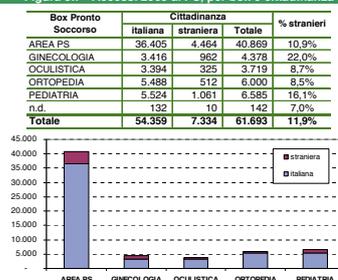
Zoonosi - Si è attivata una specifica procedura operativa avente lo scopo di istituire e mantenere una rete informativa tra UOC Igiene Veterinaria e UOC Igiene e Sanità Pubblica, per il costante monitoraggio delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, e viceversa.

3.3.5 Utilizzo del Pronto Soccorso

Si presenta in questa sede un'analisi dell'utilizzo del Pronto Soccorso, focalizzata per significativi *target* di popolazione, in considerazione del fatto che nella realtà dell'AUSL di Imola esso costituisce la principale "porta" di accesso dei cittadini al Presidio Ospedaliero, e spesso - in una realtà ancora per molti versi "ospedalecentrica" - ai servizi sanitari *tout court*.

Nella Figura 3.7 si scompongono gli accessi totali 2008 al Pronto Soccorso generale e ai "box" specialistici, per cittadinanza dei pazienti.

Figura 3.7 - Accessi 2008 al PS, per box e cittadinanza



A fronte di una incidenza di stranieri residenti che - come visto in Sezione 1 - ammonta al 6,4% circa sulla popolazione complessiva del Nuovo Circondario Imolese, gli accessi di stranieri (con e senza permesso di soggiorno) al PS sono pari al 12% circa degli accessi totali, confermando un ricorso maggiore da parte di questo sottogruppo (peraltro di età mediamente giovane, come si vedrà nel seguito), in particolare in area ginecologica (22% di stranieri) e pediatrica (16,1%).

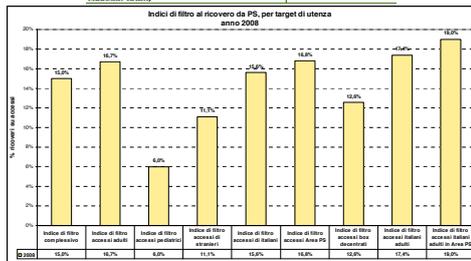
Nella Figura 3.8 si scompone l'indice di filtro al ricovero del Pronto Soccorso - nel 2008 pari al 15% (Sezione 2, Tabella 2.69) - su *target* di popolazione, segmentata per età e cittadinanza.

Si evidenzia (grafico) che:

- gli accessi degli stranieri, degli assistiti in età pediatrica (<16 anni), e presso i "box decentrati" di PS generano una quota di ricoveri inferiore a quella degli italiani, degli adulti e degli accessi non indirizzati ai PS specialistici di reparto;
- un italiano adulto trattato nel PS generale ha quasi una probabilità su 5 (18%) di venire ricoverato;
- un paziente in età pediatrica ha una probabilità su 20 (6%);
- un straniero ha una probabilità su 10 (11%);
- un paziente indirizzato a un "box" di reparto ha poco più di una probabilità su 10 (12,8%).

Figura 3.8 - Filtro al ricovero del PS, per target di popolazione

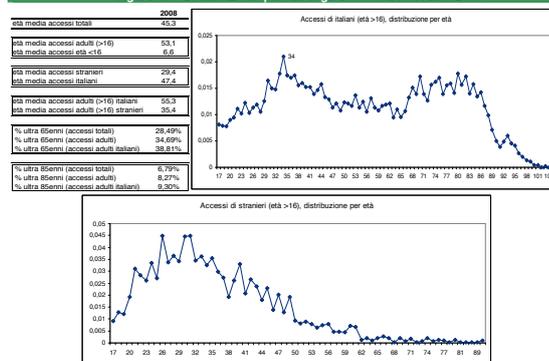
Esito	Accessi	Ricoveri dei OSB
Al corrente per percorsi cure	46.755	
Ricoverato	8.503	
Observazione in OSB	4.117	1.033
Admissioni P. S.	1.800	
Non al ripresentarsi in PS	365	
Trasferito ricovero	265	
Trasferito	130	
Dispedibile in PS	17	
Chiuso, costretto	153	
Accessi totali	61.693	
Ricoveri	9.252	1.033
Ricoveri totali	9.265	
Indice di filtro diretto al ricovero (Ricoveri / Accessi totali)		13,3%
Indice di filtro OSB (Ricoveri da OSB / Osservazioni in OSB)		25,1%
Indice di filtro totale (Ricoveri totali / Accessi totali)		15,0%



L'analisi sul *target stranieri* conferma che il Pronto Soccorso resta per gli stessi - e non solo per i cosiddetti "clandestini", bensì anche per coloro i quali hanno famiglia e lavoro nel territorio locale - il "nodo" di accesso al sistema di cura più ri-conoscibile e, perciò, più accessibile.

In Figura 3.9 si analizza l'accesso al PS per fasce di età, sempre distinguendo i sottogruppi di popolazione italiana e straniera.

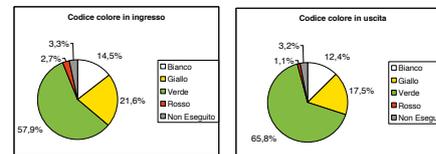
Figura 3.9 - Distribuzione per età degli accessi al PS. Anno 2008



L'età media degli italiani che accedono al PS è superiore di quasi 20 anni, rispetto a quella degli stranieri (escludendo gli accessi in età pediatrica, gli italiani hanno in media 55 anni, gli stranieri 35). Quasi il 40% degli italiani adulti che accedono al PS hanno più di 65 anni di età; quasi il 10% è ultraottantenne. Osservando la distribuzione degli accessi per età degli italiani adulti, la linea è crescente con l'età fino a un picco in corrispondenza di 34 anni, poi scende fino a circa 60 anni, per poi risalire nella fascia 65-85.

A conclusione della disamina si presentano la distribuzione degli accessi per codice colore in ingresso e in uscita (Grafici 3.10) e la distribuzione per fascia oraria e giorno della settimana degli accessi complessivi, in età pediatrica (0-16) e di cittadini stranieri (Grafici 3.11)

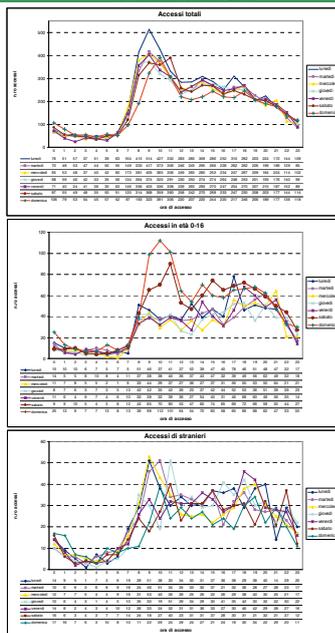
Grafici 3.10 - Distribuzione per codice colore in ingresso e uscita degli accessi al PS. Anno 2008



Per quanto riguarda il codice colore, la quota di codici bianchi è al di sotto del 15% in entrata, sostanzialmente confermata dalla codifica in uscita (12,4%). In generale, gli scostamenti tra

codice in ingresso e in uscita non sono rilevanti, esitando in una riduzione contenuta della quota % di codici gialli e rossi, e una corrispondente crescita dei codici verdi, che in uscita ammontano a quasi il 66% del totale. Tale confronto dimostra un buon andamento della importante attività di *triage*.

Grafici 3.11 - Distribuzione per ora e giorno della settimana degli accessi "totali", "pediatrici" e "stranieri". Anno 2008



La distribuzione degli accessi complessivi al PS (primo dei Grafici 3.11) si caratterizza per il picco delle 9 di mattina del lunedì, e tra le 9 e le 11 in tutti gli altri giorni della settimana. Gli accessi in età pediatrica (secondo grafico) mostrano la peculiarità dell'addensamento degli accessi settimanali nelle mattinate del sabato e della domenica, confermando il ruolo di "filtro" esercitato

dall'assistenza primaria pediatrica e, al contempo, evidenziando opportunità di ulteriore estensione della copertura nel *target* di specie, mediante una maggiore "reperibilità" dei PdLS, ovvero una accresciuta vocazione anche pediatrica dei medici di continuità assistenziale, al fine di razionalizzare ulteriormente l'accesso al PS. Il terzo grafico mostra come la popolazione straniera acceda al PS, a partire dalle 7 di mattina, senza flessioni rilevanti di afflusso, fino alla tarda sera.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

L'obiettivo "Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale" - di grande ampiezza e valenza di significati - viene utilmente scomposto nei due aggregati: "Performance economica ed efficienza gestionale" e "Qualità dell'assistenza e outcome".

A sua volta, l'obiettivo "Performance economica ed efficienza gestionale" viene declinato in Tabella 3.12 secondo le seguenti aree di risultato:

- *performance* economico-finanziaria, misurata attraverso i risultati sintetici di bilancio, la dinamica dei costi assoluti e pro-capite, i tempi di pagamento dei fornitori e la patrimonializzazione dell'Azienda;
- indici di consumo (di prestazioni specialistiche, farmaci, ricoveri ospedalieri, accessi in PS), rapportati alla popolazione assistita, quali "misure" dei livelli di appropriatezza prescrittiva e utilizzo;
- altri indicatori di efficienza gestionale e operativa, tra cui si segnalano: l'indice di filtro al ricovero del PS e la % di utilizzo dell'OBI; alcuni indici di efficienza operativa della degenza ospedaliera (degenza media, incidenza di ricoveri potenzialmente inappropriati in regime ordinario); volumi di attività, in linee produttive di particolare rilevanza (chirurgica e specialistica per esterni); gli indicatori di Programma Sangue, ADI e Ortodonzia.

L'obiettivo "Qualità dell'assistenza e outcomes" viene declinato in Tabella 3.12 secondo le seguenti aree di risultato:

- indici di qualità dell'assistenza ospedaliera;
- *outcome* del "Pacchetto sicurezza";
- indici di mortalità per cause specifiche.

La rendicontazione di mandato nelle due aree riporta:

- 18 valutazioni in netto miglioramento (A), principalmente con riguardo a: risultati di bilancio, in rapporto al volume gestito; tassi di crescita dei costi operativi; costo pro-capite del livello Assistenza Ospedaliera; tempi di pagamento dei fornitori; indice di consumo del Pronto Soccorso e sviluppo dell'OBI; volume produttivo di interventi chirurgici e prestazioni specialistiche per esterni; Programma Sangue; mortalità per

interventi a basso rischio; tassi di ospedalizzazione evitabile; incidenti sul lavoro e incidenti domestici; mortalità per malattie cardio-circolatorie;

- 7 valutazioni in miglioramento (B), e in particolare riferiti a: costo pro-capite complessivo e costo pro-capite del livello Sanità Pubblica; incidenza della perdita di esercizio su quella consolidata regionale; tasso di ospedalizzazione e tasso di appropriatezza in degenza ordinaria; mortalità per tumori;
- 5 valutazioni di stabilità (C), riguardanti principalmente: la patrimonializzazione; la spesa farmaceutica pro-capite; l'indice di filtro del PS;
- 5 valutazioni in peggioramento (D), riferiti a: costo pro-capite del Distretto; tasso di consumo pro-capite di prestazioni specialistiche; durata media della degenza; indice di cesarizzazione; mortalità per malattie dell'apparato respiratorio.

Per quanto riguarda il **posizionamento regionale conseguito a fine mandato**, si registra:

- 5 risultati di eccellenza regionale (A+), riguardanti: il tasso di crescita dei costi direttamente gestiti (esclusa la mobilità); il tasso di ospedalizzazione; la raccolta di sangue; la mortalità per interventi a basso rischio; le complicazioni a lungo termine del diabete;
- 9 risultati nettamente migliori della media RER (A), rispetto a: risultato economico prima degli ammortamenti; tasso di crescita dei costi compresa la mobilità; costo pro-capite del livello Assistenza ospedaliera; spesa farmaceutica pro-capite; specificità dell'assistenza odontoiatrica; ospedalizzazione evitabile per asma, diabete, BPCO, ipertensione e malattie congenite del cuore; basso peso alla nascita; mortalità per tumori e per malattie cardio-circolatorie;
- 8 risultati migliori della media RER (B), rispetto a: risultato economico di bilancio; peso della perdita di esercizio su quella consolidata regionale; costo pro-capite del livello Sanità Pubblica; tempi di pagamento dei fornitori; patrimonializzazione dell'Azienda; utilizzo dell'OBi; incidentalità sul lavoro; incidenza di nuovi casi di TBC;
- 2 risultati sovrapponibili a quelli medi regionali (C), relativi al tasso di consumo di prestazioni specialistiche e all'indice di filtro del PS;
- 4 risultati peggiori rispetto alla media RER (D), riguardanti: il risultato della gestione caratteristica; gli accessi per 1.000 abitanti al PS (migliorato); la durata media della degenza; l'indice di cesarizzazione;
- 3 risultati molto peggiori della media RER (E), rispetto a: costo pro-capite complessivo e costo-procapite del livello Distrettuale; mortalità per malattie del sistema respiratorio.

Tabella 3.12 - Riepilogo della performance strategica rispetto agli obiettivi istituzionali "Performance economica ed efficienza gestionale" e "Qualità dell'assistenza e outcome"

Area	Indicatore	Posizionamento rispetto alla media RER	Performance rispetto alla media RER	Indice di stabilità rispetto alla media RER	Indice di miglioramento rispetto alla media RER	Indice di eccellenza rispetto alla media RER	Valore 2008 RER
Performance economica ed efficienza gestionale	Indice di redditività (ROI)	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie e la mortalità per malattie genetiche	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie e la mortalità per malattie genetiche e la mortalità per malattie metaboliche	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie e la mortalità per malattie genetiche e la mortalità per malattie metaboliche e la mortalità per malattie endocrine	A	A	A	A	A	10,0%
	Indice di redditività (ROI) - esclusa la mobilità e la raccolta di sangue e la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie e la mortalità per malattie genetiche e la mortalità per malattie metaboliche e la mortalità per malattie endocrine e la mortalità per malattie immunologiche	A	A	A	A	A	10,0%
Qualità dell'assistenza e outcome	Indice di qualità dell'assistenza (IPA)	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie e la mortalità per malattie genetiche	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie e la mortalità per malattie genetiche e la mortalità per malattie metaboliche	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie e la mortalità per malattie genetiche e la mortalità per malattie metaboliche e la mortalità per malattie endocrine	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie e la mortalità per malattie genetiche e la mortalità per malattie metaboliche e la mortalità per malattie endocrine e la mortalità per malattie immunologiche	A	A	A	A	A	100,0%
	Indice di qualità dell'assistenza (IPA) - esclusa la mortalità per tumori e la mortalità per malattie cardio-circolatorie e la mortalità per malattie del sistema respiratorio e la mortalità per malattie oncologiche e la mortalità per malattie infettive e la mortalità per malattie neurodegenerative e la mortalità per malattie rare e la mortalità per malattie autoimmunitarie e la mortalità per malattie genetiche e la mortalità per malattie metaboliche e la mortalità per malattie endocrine e la mortalità per malattie immunologiche e la mortalità per malattie infettive	A	A	A	A	A	100,0%

Nel seguito si rendono conto le principali azioni realizzate durante il 2008, per il conseguimento dei presenti obiettivi istituzionali.

3.4.1 Politiche del farmaco

Nel 2008 si sono proseguite le azioni rivolte alla razionalizzazione della spesa farmaceutica, sia interna sia esterna convenzionata, che hanno permesso di mantenere i buoni risultati evidenziati in Sezione 2 sulla spesa pro-capite per la farmaceutica convenzionata (tra i più bassi a livello regionale, Figura 2.72) e sul costo per beni di consumo (il più basso tra le AUSL di riferimento, in rapporto ai ricavi disponibili, Figura 2.6). Di seguito si offrono maggiori dettagli sull'andamento del fattore produttivo di specie, per poi riepillare le linee di azione sviluppate dall'Azienda.

Distribuzione diretta farmaci in fascia H

Nell'esercizio in esame si è verificato un forte incremento nella distribuzione diretta dei farmaci in fascia H, il cui importo è cresciuto di +€ 709.707 sul 2007 (+61%); ciò è imputabile in misura preponderante alle prescrizioni di Centri Autorizzati e altre AUSL/AO, per patologie gravi (farmaci immunosoppressori; antineoplastici; farmaci per l'ipertensione polmonare; etc.), e riguarda principalmente le seguenti classi: Antivirali +36,1% (+€ 175.000); Antineoplastici +236,62% (+€ 101.845); Immunosoppressori +128% (+€ 285.000); Antipsicotici atipici +25,87% (+€ 124.000); Farmaci per ipertensione polmonare +31,76% (+€ 71.364).

Consumi ospedalieri per farmaci e beni di consumo sanitari

La crescita relativa dei consumi interni per farmaci (+8% circa sul 2007) - che comunque non inficia il buon risultato aziendale - è in gran parte attribuibile alla vaccinazione anti HPV, che ha comportato un costo incrementale (alla voce *Sieri e vaccini*) di oltre 250 mila euro sull'esercizio precedente, e alla presa in carico per ossigenoterapia di una maggiore coorte di pazienti.

Riguardo alla classe "prodotti per dialisi" si è verificata una economia, a seguito della diminuzione del prezzo di gara, (-4% pari a -€ 29.700); nei "diagnostici e reagenti" si è verificato un aumento di circa +3% (+€ 68.600), a fronte di un aumento dell'attività laboratoristica del +8% circa, e della razionalizzazione delle scorte; per il "materiale protesico" si è registrato un aumento dell'82% (+€ 44.000), a seguito dell'introduzione di nuovi tipi di impianti per l'incontinenza urinaria femminile; nei "materiali di medicazione e sutura" si registra un +8% (+€ 88.400), scomponibile in +5% per le esigenze delle sale operatorie e in +11% sui prodotti per piaghe da decubito dell'Assistenza Domiciliare. Nella classe "altri gas sanitari" (ossigeno + gas tecnici) si è avuto un aumento del 31% (+€ 67.000), a seguito della nuova gara di Area vasta che prevede un *service* comprensivo sia della consegna e ritiro delle bombole sia della manutenzione.

Spesa farmaceutica territoriale

Come visto in Sezione 2, Figura 2.72, nel 2008 la Spesa farmaceutica territoriale - comprensiva della somministrazione diretta di farmaci di fascia A, in dimissione, distribuzione per conto, e per presa in carico di pazienti e strutture residenziali - registra un aumento pari a +1,13% sul 2007. La spesa farmaceutica territoriale procapite pesata è pari a € 205,29 vs un valore medio regionale di € 213,80. Sul sostanziale contenimento della "voce", rispetto all'anno precedente, impatta la diminuzione - generalizzata in Regione - della spesa farmaceutica convenzionata (-0,75% nell'AUSL di Imola): dall'analisi risulta come, a fronte di un aumento del numero delle ricette

(+5,57%), si sia verificata una sostanziale diminuzione della spesa netta unitaria (€ 18,71 nel dicembre 2008 vs € 19,62 nel dicembre 2007), in gran parte per la scadenza dei brevetti di importanti farmaci ad inizio d'anno (enalapril + idroclorotiazide, amlodipina, claritromicina, pravastatina, ramipril, ramipril + idroclorotiazide) e relativa introduzione in commercio di farmaci "genericabili", con un prezzo mediamente inferiore del 35-40%, rispetto a quello del farmaco *branded* d'origine.

Appropriatezza della prescrizione di farmaci specialistici, da parte di "terzi" e monitoraggio

Sono stati coinvolti gli specialisti dei Centri Autorizzati per la stesura, l'aggiornamento e l'armonizzazione dei protocolli terapeutici, in conformità ai provvedimenti AIFA e agli indirizzi delle Commissioni Regionale e Provinciale del farmaco, con successivo invio dei protocolli al Servizio Politica del Farmaco. Sono stati raccolti i Piani Terapeutici Specialistici per verificare la corretta compilazione, con particolare riferimento a clopidogrel e colliri antiglaucoma.

Adesione al Prontuario provinciale nella prescrizione dei farmaci

Durante l'esercizio in esame è stata monitorata la prescrizione interna, con particolare riguardo all'aderenza al Prontuario Provinciale, nei casi di: primo ciclo di trattamento dei pazienti dimessi; ricovero ordinario; *day hospital*; regime ambulatoriale; *day service*; trattamenti dei pazienti soggetti a controllo ricorrente; presa in carico assistenziale; trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale, semiresidenziale; ricovero in *Hospice*; trattamento dei pazienti seguiti dalle Strutture territoriali. Nei *budget* 2008 dei Dipartimenti sono stati inseriti obiettivi e indicatori relativi al grado di aderenza alle Note AIFA.

In aprile è stata formalizzata una *Linea Guida aziendale sull'ipertensione*, condivisa tra Ospedale e Territorio e coerente con il Prontuario Terapeutico Provinciale, significativa per il forte impatto economico della classe dei farmaci cardiovascolari (42,45% della spesa farmaceutica convenzionata complessiva).

Appropriatezza prescrittiva e incremento nella prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

L'obiettivo di incremento relativo nel consumo di farmaci con brevetto scaduto (generici) è stato perseguito sia per quanto riguarda i prescrittori "interni" - inserendo risultati attesi specifici nei *budget* di tutti i Dipartimenti ospedalieri, con riguardo particolare alla prescrizione in dimissione - sia per quanto concerne la spesa di livello territoriale, tramite una attività di informazione periodica rivolta a Specialisti e MMG sui farmaci equivalenti immessi in commercio. Come si vedrà meglio nel paragrafo dedicato ai risultati di *budget* per i Medici di Medicina Generale, nel relativo Accordo sono stati assegnati per il 2008 obiettivi inerenti l'utilizzo appropriato di 8 classi: Statine; ACE inibitori; Sartani isolati o in associazione; Calcio-antagonisti; Antibiotici di "uso comune"; Glicocorticoidi per via inalatoria; Beta2-agonisti *long acting* in associazione per via inalatoria; Inibitori della pompa protonica. Per 4 di tali classi - e precisamente per: Statine; ACE inibitori isolati o in associazione; Calcio-antagonisti; Inibitori della pompa protonica - è stato individuato come esito atteso la diminuzione del costo medio per DDD dei trattamenti, ottenibile con la prescrizione di farmaci equivalenti.

Prescrizioni che richiedono piano terapeutico

Nel 2008 è stato predisposto e avviato un sistema di raccolta dati sulle prescrizioni in regime di convenzione, relativamente ai farmaci per i quali è prevista la stesura del protocollo e del piano terapeutico. I controlli a campione effettuati, allo scopo di verificare l'effettiva presenza e validità dei piani terapeutici, hanno dato esiti sostanzialmente positivi, per quanto si siano rilevate alcune criticità legate ai tempi di rinnovo dei piani terapeutici stessi, in particolare per colliri antigliucoma e clopidogrel.

Nell'esercizio in esame è stata implementata la distribuzione diretta di farmaci per il trattamento del "paziente complesso", con polipatologia, che richiede ripetuti accessi alla struttura sanitaria: 1.287 sono i pazienti che hanno beneficiato del servizio. È proseguita la distribuzione per conto tramite le Farmacie convenzionate; il monitoraggio qualitativo sui farmaci ordinati, consegnati e distribuiti all'utenza attraverso questo canale - alternativo all'assistenza farmaceutica convenzionata - evidenzia, rispetto al 2007, un aumento del numero delle ricette spedite (6.720 vs 15.861) e un aumento del numero dei pezzi distribuiti (29.901 vs 28.363); il risparmio netto derivante dall'applicazione del percorso risulta pari a -€ 463.639.

3.4.2 Politiche di acquisto di beni e servizi: in Area Vasta e con Intercent-ER

Alla fine del 2007, l'AUSL di Imola registrava un volume economico di acquisti tramite l'Agenzia Intercent-ER ammontante a € 1.275.726, pari al 3,85% del volume economico complessivo annuale per acquisti di beni e servizi. Per il 2008, l'Azienda ha definito la propria programmazione di specie in aderenza all'indirizzo regionale di incrementare gli acquisti effettuati mediante l'Agenzia Intercent-ER, realizzando a consuntivo un volume economico pari a € 2.827.642,72, raddoppiando quasi l'incidenza sull'aggregato beni e servizi (6,73%).

Tenuto conto degli importi complessivi delle adesioni effettuate nel 2008 - che avranno incidenza anche per gli anni successivi - il volume economico dei contratti sottoscritti e vigenti, tramite adesione a convenzioni Intercent-ER, risulta pari a € 12.554.754. In particolare, nei settori ritenuti prioritari dalle linee di indirizzo regionali, sono state formalizzate le adesioni alle convenzioni Intercent-ER per: Energia elettrica (€ 1.600.000, periodo 1/10/2008-31/12/2009); Telefonia (€ 628.075, periodo 1/07/2008-30/06/2011); Beni farmaceutici (contratti vari con decorrenze pluriennali, a partire dal 2008, per complessivi € 2.007.347,18); Dispositivi medici (contratti vari con decorrenze pluriennali, a partire dal 2008, per complessivi € 3.070.973); Banche dati (contratti vari con decorrenze pluriennali, a partire dal 2008, per complessivi € 213.677,08); Beni economici e servizi (contratti vari con decorrenze pluriennali, a partire dal 2008, per complessivi € 608.300).

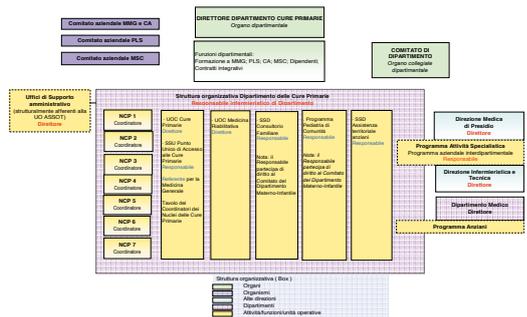
In aggiunta ai volumi sopra indicati, nel corso del 2008 sono state effettuate adesioni a convenzioni Intercent-ER per attrezzature ammortizzabili per complessivi € 107.285.

Alla fine del 2007, l'AUSL di Imola registrava un volume economico di acquisti di beni e servizi effettuati tramite contratti stipulati da procedure espletate in Area Vasta pari € 13.218.500, corrispondente al 39,86% del proprio volume economico complessivo annuale di specie. Per il 2008, l'Azienda ha stipulato contratti derivanti da procedure espletate in Area Vasta pari a un volume economico di competenza di € 13.013.580,83, corrispondente al 30,98% del Bilancio consuntivo 2008 per l'acquisto di beni e servizi.

3.4.3 Cure Primarie

Il Dipartimento delle Cure Primarie è stato configurato sulla base del criterio della collocazione territoriale dell'intervento sanitario ed è articolato in: UOC Cure Primarie; Nuclei delle Cure Primarie; Struttura Semplice Dipartimentale Assistenza territoriale anziani; Programma interdipartimentale Anziani; Programma interdipartimentale Attività specialistica; UOC Medicina Riabilitativa; Struttura Semplice Dipartimentale Consultorio Familiare, Programma Dipartimentale Pediatria di Comunità. Le ultime due unità (Consultorio e Pediatria di Comunità) partecipano di diritto al Comitato del Dipartimentale Materno infantile, con l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio, nella presa in carico dei pazienti. Alle attività del DCP collabora - come consulente per la Medicina Generale - il Referente aziendale (nominato a marzo 2008), assieme ai Coordinatori della Continuità Assistenziale; il Referente è altresì componente del tavolo dei coordinatori dei Nuclei delle Cure Primarie e partecipa ai tavoli aziendali istituiti per la stesura di procedure e percorsi ospedale-territorio.

Figura 3.13 - Assetto organizzativo del Dipartimento delle Cure Primarie dell'AUSL di Imola



Tra i primi compiti del Referente per il 2008 vi è stata la collaborazione nella individuazione degli obiettivi e nella elaborazione dell'Accordo di *budget* per la Medicina Generale, sottoscritto a ottobre 2008.

Il consolidamento e l'evoluzione del sistema di programmazione, *budgeting* e controllo, avviato nella AUSL di Imola ormai da 12 anni, è uno dei cambiamenti dell'organizzazione della Medicina Generale di maggiore impatto sul contesto complessivo. Si tratta di un mutamento culturale, sia per l'AUSL sia per i professionisti, che ha comportato fisiologicamente un lungo periodo di "apprendimento", e una continua revisione/rimodulazione, allo scopo di evitare i rischi di comportamenti opportunistici e "rigetto" da parte dei professionisti, laddove l'applicazione dei meccanismi d'integrazione non sia strategicamente e tecnicamente corretta. Il conseguimento degli obiettivi richiede una coerente collaborazione da parte dei medici ospedalieri, e impegna tutta l'Organizzazione nella continua ricerca della appropriatezza basata sulla *Evidence Based Medicine*, al fine di migliorare la prescrizione farmacologica, la richiesta di prestazioni specialistiche e strumentali e, in generale, i comportamenti clinici dei medici che operano sul territorio.

Nel corso del 2008 è proseguita l'attività dei gruppi di lavoro multidisciplinari tra medici specialisti ospedalieri e medici di medicina generale, con l'obiettivo di definire percorsi integrati di presa in carico dei pazienti con *stroke*, broncopneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, patologie gastroenterologiche e percorsi diagnostico terapeutici di area medica/geriatrica, in regime di ricovero diurno/*day service*. Sono stati inoltre aggiornati i criteri di accesso alla lungodegenza, ed è stata prodotta la *Linea guida aziendale sull'ipertensione* che ha preso in esame tutte le categorie di farmaci antipertensivi, compresi diuretici e beta-bloccanti, definendo per ciascuna i corretti ambiti di utilizzo, sulla base delle *Linee Guida Europee*. L'Accordo di *budget* siglato nel 2008 individua fra queste stesse categorie alcune classi di farmaci da monitorare. La Tabella 3.14 riassume i 14 obiettivi assegnati a ciascun Nucleo delle Cure Primarie, riportando il risultato atteso per l'intero periodo dell'Accordo (secondo semestre 2008 e anno 2009) e i risultati effettivi 2007 e 2008 (per quest'ultimo esercizio distinti per semestre, in quanto solo i risultati del secondo rilevano rispetto al periodo di vigenza dell'Accordo stesso). Per ciascun obiettivo si è definita *ex ante* la modalità di attribuzione del punteggio in relazione al risultato ottenuto; i punteggi di ciascun Nucleo costituiscono il *driver* per l'attribuzione dell'incentivo economico. L'Accordo ha inteso superare il concetto di premio aggiuntivo al miglioramento, e riconoscere un valore del punto linearmente collegato al risultato realmente conseguito; negli allegati sono riportati i "valori punto" da attribuire nel periodo di sua vigenza e i "pesi" per ciascun obiettivo. Dalla lettura della Tabella 3.14 si evince un buon grado di raggiungimento degli obiettivi già nel secondo semestre 2008, con risultati migliorativi, rispetto all'atteso, nell'uso dei farmaci generici statine, ACE-inibitori, calcio-antagonisti (B1, B2, B4), nell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e dei glucocorticoidi per via inalatoria (B5 e B6), nell'incrementare le ore dedicate a

visite su appuntamento (B14). L'unico risultato 2008 significativamente distante da quello atteso riguarda la diversificazione delle prescrizioni di controllo per le visite cardiologiche.

Tabella 3.14 – Assistenza Primaria: obiettivi di budget per i NCP e primi risultati. Anni 2007 e 2008

Obiettivo	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2007	Risultato atteso ex accordo 2008	Risultato 1 sem 2008	Risultato 2° sem 2008
B1. Statine: migliorare il rapporto costo-efficacia per i pazienti dislipemici che necessitano di terapia con statine, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto generabili	Aumento dell'utilizzo dei farmaci generici	Costo medio per DDD	0,73	< €12 euro per DDD	0,8	0,58
B2. ACE-inibitori: migliorare il rapporto costo-efficacia per i pazienti ipertesi che necessitano di trattamento con farmaci antipertensivi del gruppo ACE-inibitori solati o associato con diuretici, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto generabili	Aumento dell'utilizzo dei farmaci generici	Costo medio per DDD	0,387	< €12 euro per DDD	0,301	0,276
B3. Statini bloccanti recettori dell'angiotensina II: contenimento l'uso dei Statini sul totale dei farmaci antipertensivi secondo la priorità prevista dalle linee guida	Contenimento della percentuale di utilizzo dei Statini sul totale dei farmaci antipertensivi	percentuale d'uso dei Statini sul totale dei farmaci antipertensivi	11,42%	< 11%	13,86%	14,35%
B4. Calcio-antagonisti: migliorare il rapporto costo-efficacia per i pazienti (periti) che necessitano di trattamento con farmaci antipertensivi del gruppo calcio-antagonisti, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto generabili	Aumento dell'utilizzo dei farmaci generici	Costo medio per DDD	0,467	< €38 euro per DDD	0,388	0,308
B5. Antibiotici: promuovere l'utilizzo di antibiotici di "uso comune" in tutte le condizioni che non necessitano di inibitori specifici, o verso affezioni minori, o verso affezioni a eziologia trovica ecc. Inoltre, promuovere l'utilizzo delle molecole a maggior rapporto costo-efficacia (indoleine generabili)	Migliorare il rapporto costo-efficacia nell'ambito degli antibiotici di "uso comune", amoxicillina, amoxicillina + acido clavulanico, macrolidi, trimetoprima-sulfametossazolo	Costo medio per DDD	1,22	< 1 euro per DDD	1,04	0,97
B6. Glucocorticoidi per via inalatoria: migliorare l'appropriatezza della prescrizione dei glucocorticoidi per via inalatoria (aerosol e spray) selezionando le condizioni morbose che si giovano di tale trattamento. Promuovere inoltre l'utilizzo delle molecole a maggior rapporto costo-efficacia	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva in questa categoria degli AUSL, di modo da ridurre il costo e il numero per consumo	DDD per mille assistiti periti / die	10,26	< 11 DDD per mille assistiti periti / die	11,21	8,67
B7. Beta-2-long-acting in associazione: migliorare l'utilizzo di associazioni preferite di questi farmaci (in % della popolazione long acting e corticosteroidi) riservando al trattamento di B10ca e senza secondo linee guida	Contenimento dell'uso di questi farmaci (in % del totale assistiti) ed il ritorno di livelli soddisfatti	% delle DDD di associazione beta2, A + corticosteroidi sul totale dei farmaci antiasmatici	15,44%	< 15%	17,07%	19,19%
B8. Inibitori di pompa protonica: migliorare il rapporto costo-efficacia per i pazienti in trattamento con farmaci inibitori della Pompa Protonica, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto generabili	Aumento dell'utilizzo dei farmaci generici	Costo medio per DDD	1,167	< €10 euro per DDD	0,997	0,904
B9. Progetti diabete: migliorare l'aderenza alle linee guida aziendali per la gestione integrata del diabete mellito. Nel corso del 2008 è iniziata la revisione delle linee guida aziendali per la gestione integrata dei pazienti diabetici, una degli obiettivi è il miglioramento dell'integrazione con l'attività del centro endocrino	Monitorare i pazienti diabetici diagnosticati come da decisione medici secondo linee guida (progetto diabete). Esaminare per equità assistenziale le persone assistite dai Medici di Medicina Generale, limitare i costi e i tempi di risposta, assegnando cure personalizzate in grado di rispondere ai bisogni	percentuale dei pazienti diabetici in carico monitorati con MMG (come progetto diabete)	67,34	> 68%	64,8%	
B10. ADI: Migliorare il livello della presa in carico dei pazienti che necessitano di assistenza domiciliare secondo quanto previsto dal documento sull'assistenza domiciliare in particolare nella parte riguardante i criteri di ammissibilità	% dei casi di ADI tra le 3° livello attivi in rapporto alla popolazione assistita		0,30%	> 0,32%	nd	
B11. Appropriato utilizzo del Pronto Soccorso: Promuovere negli assistiti una cultura che valorizza il ruolo del medico di fiducia quale primo interlocutore per i bisogni di primo livello, limitando all'utilizzo non corretto del Pronto Soccorso per condizioni non emergenti nei urgenti	Tasso standardizzato di accessi al Pronto Soccorso per codici bancari e vardi (esclusi i codici bancari e vardi)		nd	< 338 accessi /1000 assistiti	nd	nd
B12. Specialistica ambulatoriale: visita cardiologica e visita cardiologica/Facoltà la riduzione dei tempi di attesa e una gestione più appropriata delle prestazioni	diversificare la richiesta di accertamento di controllo da quella di prima prestazione e da quella richiesta dal variare della situazione clinica	% di prescrizioni di controllo rispetto alle visite cardiologiche	nd	> 0,25% per visita cardiologica	nd	18,60%
B13. Specialistica ambulatoriale: visita cardiologica e visita cardiologica/Facoltà la riduzione dei tempi di attesa e una gestione più appropriata delle prestazioni	diversificare la richiesta di accertamento di controllo da quella di prima prestazione e da quella richiesta dal variare della situazione clinica	% di prescrizioni di controllo rispetto alle visite cardiologiche	nd	> 0,25% per visita cardiologica	nd	1,60%
B14. Attività di visite ambulatoriali su appuntamento: aumentare la disponibilità oraria di visite per appuntamento degli ambulatori della medicina generale sul totale dei tempi di apertura degli ambulatori, allo scopo di essere controllata alle necessità, oggi prevalenti, di monitoraggio dei pazienti affetti da patologie croniche	Attivazione di visite per appuntamento, secondo i parametri concordati per medici che operano individualmente e per le medicine di gruppo	% delle ore dedicate a visite su appuntamento	nd	> 30% per il Gruppo e > 10% per gli altri MMG	38,0%	38,0%
Aumentare le prescrizioni di laboratorio, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale effettuate con i servizi attivati tramite "Sole"	% di prescrizioni di laboratorio, specialistica e diagnostica strumentale tramite "Sole"		nd	> 10% (dati CUP 2008)	nd	nd

A conclusione del paragrafo, si riporta in Tabella 3.15 l'andamento di alcuni indicatori di attività dei MMG rispetto alle vaccinazioni antinfluenzali e all'assistenza domiciliare.

Tabella 3.15 - Indicatori di attività dei MMG. Periodo 2005-2008

Prestazioni erogate dai Medici di Medicina Generale						
Tipologia di Prestazioni	Numero prestazioni				Scost. 2008-2007	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	v.a.	%
N° vaccinazioni antinfluenzali	27.690	27.280	26.756	26.760	4	0%
N° accessi per A.D.I.	5.094	5.936	6.731	5.964	-767	-11%
Indicatori Assistenza Domiciliare Integrata						
N° pazienti presi in carico	292	371	350	337	-13	-4%
di cui N° in carico A.D.I. 1° liv.	9	14	9	12	3	33%
di cui N° in carico A.D.I. 2° liv.	107	189	172	174	2	1%
di cui N° in carico A.D.I. 3° liv.	176	168	169	151	-18	-11%
N° Accessi ADI per paziente	17,45	16	19,23	17,7	-1,53	-8%

3.4.4 Integrazione Socio Sanitaria

L'AUSL di Imola collabora per quanto di competenza con l'Ufficio di Piano per la compilazione del sistema informativo sul Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Il Programma per la Non Autosufficienza 2008 è stato inserito all'interno del *Piano attuativo* del *Piano di zona*, anche per gli aspetti relativi alla applicazione della Delibera 1206/07.

Come già analizzato in Sezione 2, paragrafo 2.3.2, nel territorio circoscrizionale esiste una rete di servizi residenziali per anziani che rileva un parametro di posti letto riferito alla popolazione ultra settantacinquenne, tra i più elevati della Regione (circa 3,45%). La prevista apertura di una struttura specializzata per l'Alzheimer, avvenuta a gennaio 2009, non ha portato a un aumento della dotazione strutturale, in quanto è stata concomitante alla chiusura di una Casa protetta con un uguale dimensionamento.

Durante gli incontri con gli Enti gestori sono state approfondite e programmate le modalità di reperimento del personale e il percorso di ricomposizione delle responsabilità gestionali anche sanitarie (infermieristiche/riabilitative) in capo agli stessi. Attualmente, il 43% circa del personale infermieristico e il 75% circa del personale dedicato alla riabilitazione degli organici che operano nelle Strutture per anziani sono dipendenti dell'AUSL di Imola.

Per quanto riguarda gli ausili e i presidi, il percorso di adeguamento a quanto previsto dalla Circolare Regionale 7/2000 è già in essere da molti anni in tutte le strutture. L'erogazione dei presidi previsti dal DM 332/99 avviene attraverso un percorso che mette in rete il Dipartimento delle Cure Primarie, gli Specialisti medici e i Fisioterapisti. Da tempo è esecutivo un protocollo che prevede l'integrazione fra le figure sanitarie e gli assistenti sociali dei Comuni, per la prescrizione e l'erogazione dei montascale. Tale rete sociale interviene anche per la consegna a domicilio e il ritiro dei presidi ingombranti - soprattutto letti e sollevatori - effettuata da parte dell'Associazione AUSER, a fronte di un contributo economico da parte dell'AUSL di Imola.

Altri percorsi di integrazione riguardano l'utilizzo dei fondi sull'abbattimento delle barriere architettoniche (L. 13/89) e per l'adeguamento dell'abitazione (L. 29/97): all'interno di questi

percorsi, i fisioterapisti della Medicina Riabilitativa dell'Azienda e gli assistenti sociali dei Comuni collaborano per la valutazione dei bisogni dell'utente, la ricerca delle soluzioni più adeguate, la verifica degli ambienti e le procedure di accesso ai finanziamenti. In questo senso sono stati attivati momenti formativi e di addestramento rivolte ai professionisti, soprattutto in relazione alla valutazione, adattamento e personalizzazione di ausili per pazienti con problematiche complesse, in carico a Strutture per *Handicap* e Strutture protette.

Già da diversi anni i farmaci del Prontuario ospedaliero vengono forniti alle Strutture sociosanitarie direttamente dall'AUSL di Imola, mentre i farmaci non compresi nel Prontuario sono limitati a casi eccezionali, e avvengono con richiesta motivata e personalizzata.

In coerenza con la progressiva riorganizzazione dell'area degli interventi integrati socio-sanitari per la Salute Mentale, il DSM-DP e l'ASP hanno sviluppato - a partire dall'attuazione degli obiettivi per i *Piani di Zona 2008* - un sistema formalizzato di valutazione integrata (Unità di Valutazione Multi professionale) per definire con modalità condivise gli accessi, gli interventi e la gestione delle risorse per tutti i progetti di specie. Anche attraverso la partecipazione di tecnici del DSM-DP ai lavori regionali di monitoraggio della residenzialità psichiatrica, si è pervenuti alla definizione puntuale dei bisogni e della attuale configurazione dell'offerta residenziale, da accreditare in ambito socio-sanitario: ciò costituisce elemento di partenza per la programmazione strategica riportata nel *Piano per la salute e il benessere sociale 2009-2011*, elaborato con la partecipazione del Terzo Settore, a partire dagli elementi di programmazione contenuti nel nuovo *Piano Attuativo Regionale per la Salute Mentale*. La presenza della Unità di Valutazione Multi professionale e la programmazione condivisa in ambito distrettuale permettono di avere un sistema integrato per la gestione degli interventi da attribuire al FRNA 2009 della Salute Mentale.

3.4.5 Percorsi integrati ospedale territorio

L'analisi della casistica dei ricoveri ripetuti, che ha l'obiettivo di individuare modalità assistenziali alternative al ricovero ordinario, viene eseguita con regolarità dall'AUSL di Imola. In riferimento a questa attività sono stati attivati 6 gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali che, nel primo semestre 2008, hanno revisionato i percorsi assistenziali, da porre al vaglio del Collegio di Direzione.

PDT Stroke. Obiettivo: rivisitare il percorso *stroke care* e creare le condizioni organizzative - anche attraverso accordi professionali con le componenti medica e infermieristica - per elaborare una proposta di gestione del paziente con *stroke*, in coerenza con gli indirizzi regionali e adattata al contesto ospedaliero dell'AUSL di Imola. La proposta deve contenere indicazioni sulla presa in carico del paziente e sulla prima valutazione del caso, compresi tempi e modi del trasferimento all'area di degenza individuata, e indicazioni sugli schemi assistenziali adottati, con tempi e modi del passaggio a livelli di cura *post acuta* e successivo ritorno al domicilio.

Il gruppo di lavoro ha prodotto nel primo semestre 2008 un documento - che recepisce la DGR 1720/07 "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus. Programma stroke care" - sottoposto al Collegio di Direzione, che ne ha definito tempi e modalità di implementazione per il 2009.

PDT broncopneumopatie croniche ostruttive. Obiettivo: rivisitare il percorso diagnostico-terapeutico elaborato nel 2004, identificando un pool di professionisti in grado di farsene carico compiutamente. Diventa fondamentale, in questo senso, considerare l'insieme del percorso paziente: dal momento ambulatoriale, fino al ricovero. Nel perseguire tale mandato si è posta enfasi su forme di presa in carico alternative al ricovero a ciclo continuo - particolarmente adatte a una parte di questi assistiti - e sulla valutazione di un percorso in uscita graduale e progressivo da aree a intensità di cura elevata, verso la *post* acuzie e la dimissione.

PDT Scompenso cardiaco. Obiettivo: rivisitare e aggiornare il percorso diagnostico-terapeutico risalente al 2005. Come per le patologie polmonari, anche in questo caso il progetto tiene conto del complesso delle necessità del paziente compensato, prevedendo situazioni di mantenimento in carico ambulatoriale, ricovero diurno e/o ricoveri ordinari, in ambito specialistico o generalistico. Deve essere curata la presa in carico in urgenza da Pronto Soccorso, tramite ambulatorio apposito, identificando aree di degenza vocate, tempi di valutazione, stadiazione e invio alla sede di ricovero appropriata. Come per altri percorsi si deve porre attenzione alla fase *post* acuta e al territorio.

PDT di area medico-geriatrica in regime di ricovero diurno/Day Service. Obiettivo: percorsi diagnostico-terapeutici di area medico-geriatrica, da erogare in regime ambulatoriale complesso o in regime di ricovero diurno. Il progetto prevede collegamenti funzionali con i Medici di Medicina Generale e con l'area dell'Urgenza. Si devono identificare le patologie e le condizioni dei pazienti che si prestano a questo tipo di approccio, le condizioni organizzative minimali e le interazioni con MMG e l'area dell'Urgenza, per quanto attiene modi e tempi di invio dei pazienti stessi.

Criteri di accesso alla lungodegenza aziendale. Obiettivo: definire i criteri per il trasferimento dall'area per acuti, alla lungodegenza e alle strutture territoriali, introducendo modalità quanto più automatiche e concordate di candidatura/selezione dei pazienti. Sono altresì da predisporre tutte quelle condizioni organizzative - sia di reparto sia *extra*, come il sistema trasporti - capaci di portare a un utilizzo pieno dei posti letto dislocati presso lo stabilimento ospedaliero di Castel San Pietro Terme.

Per quanto riguarda il percorso dei pazienti anziani affetti da patologie traumatiche è stato revisionato il percorso in acuto (*timing* degli interventi e integrazione delle diverse competenze nel corso della degenza), mentre la valutazione della appropriatezza ed efficacia della fase riabilitativa è stata trattata nell'ambito del gruppo di lavoro che, nell'esercizio in esame, ha revisionato le modalità di accesso e funzionamento della lungodegenza (documento completato a luglio 2008).

PDT patologie gastroenterologiche. Obiettivo: percorsi diagnostico-terapeutici di area gastroenterologica da erogare attraverso percorsi ambulatoriali complessi o in regime di ricovero

diurno. Si devono attivare e potenziare i collegamenti funzionali con i Medici di Medicina Generale e con l'area dell'Urgenza, al fine di curare la funzione di reciproca consulenza, concordare tempi e modi per l'invio e la presa in carico dei pazienti da destinarsi appropriatamente a quest'area specialistica.

3.4.6 Dimissione protetta

Nell'esercizio in esame è proseguita l'applicazione del protocollo aziendale per le dimissioni protette, in essere dal 2002, che assicura al malato e alla sua famiglia un supporto sanitario e socio-assistenziale e un'adeguata risposta ai bisogni, nel momento in cui rientra a casa. Il protocollo prevede il rispetto di tempi congrui per la presa in carico e un sistema di monitoraggio delle procedure e dei casi attivati.

Tabella 3.16 - Dimissioni Protette nell'AUSL di Imola. Periodo 2005-2008

Dimissioni protette - Incidenza percentuale sul totale delle dimissioni					
Reparto di dimissione	Incidenza percentuale dimissioni protette				Scost. '08-'07
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	%
Geriatrics	24%	23%	14%	18%	29%
Medicina generale C.S.P.T.	15%	12%	9%	12%	33%
Medicina generale Imola	4%	4%	4%	3%	-25%
Lungodegenza C.S.P.T.	51%	45%	43%	0%	-100%
Lungodegenza p.a. IMOLA	74%	61%	63%	68%	8%
Lungodegenza p.a. C.S.P.T.	67%	67%	77%	79%	3%
Incidenza dipartimentale	19%	19%	20%	27%	35%

Nel 2008 sono pervenute al Punto Unico Distrettuale 991 richieste di dimissione protette - con un aumento del 9% rispetto al 2007 - di cui 833 provenienti da Strutture ospedaliere e residenziali pubbliche e le restanti 158 dal domicilio.

3.4.7 Accertamento e valutazione della disabilità

A partire dal mese di giugno 2008 si è attivata la Commissione prevista dalla LR n. 4/2008, secondo i parametri ivi indicati, e in particolare assicurando: (i) la presenza degli assistenti sociali e dei medici specialisti; (ii) la consegna del verbale come previsto *ex lege*; (iii) l'informazione, contenuta nella lettera di accompagnamento inviata insieme al verbale validato, sulla possibilità dell'istanza di riesame, con le indicazioni per come redigerla e dove indirizzarla; (iv) l'indicazione - fornita all'istante e agli uffici competenti dell'AUSL - se l'invalide rientri nella previsione normativa per le cure odontoiatriche a carico del SSN.

Accoglienza e informazione al cittadino. Sul versante dell'informazione, la circostanza che le domande vengano accolte direttamente dal Servizio presenta il vantaggio di un *feedback*

immediato da parte di personale preparato sul tema specifico. Riguardo all'obiettivo di diffondere le conoscenze sui servizi previsti per i disabili, e su come procedere per farne richiesta, nel corso della seconda metà del 2008 si è provveduto principalmente all'informazione adeguata di coloro che, professionalmente, sono a contatto con i cittadini che, potenzialmente, rientrano nella categoria degli aventi diritto. A tale scopo sono stati organizzati incontri di aggiornamento e formazione nei confronti degli assistenti sociali, ed è stato effettuato un incontro con il Coordinatore della medicina di base per un aggiornamento sui compiti affidati ai MMG.

Per quanto riguarda l'informazione diretta all'utenza, è stato predisposto materiale informativo sull'accesso alla richiesta di invalidità civile e *handicap* (opuscolo sintetico), è stata data informazione durante una trasmissione televisiva, sono state inserite nel sito internet aziendale le procedure da seguire e la modulistica. Sono stati effettuati incontri con i principali Patronati del territorio, per concordare le procedure e, più in generale, per favorire la condivisione e ridurre il potenziale conflitto. Si sono altresì semplificate le procedure a carico dell'assistito, in accordo con la segreteria che coordina le Unità di Valutazione Geriatrica, al fine di acquisire la documentazione utile ed evitare ulteriori visite e disagi per l'istante.

Per quanto concerne i tempi di attesa, da fine esercizio 2008, gli appuntamenti vengono fissati entro i due mesi dalla richiesta per l'accertamento di disabilità (invalidità civile e *handicap*).

Per quanto riguarda l'informatizzazione del processo e il collegamento in rete fra tutti gli Enti coinvolti (RURER), si dispone attualmente di un programma aziendale, che sarà sostituito con quello proposto dalla Regione.

3.4.8 Assistenza Ospedaliera

Nelle Tabelle 3.17 si presenta una sintesi di: andamento dei principali indicatori relativi ai ricoveri ordinari, con focalizzazione sulla casistica chirurgica; volumi di attività in *Day Service*.

Tabella 3.17 - Indicatori di attività di degenza ordinaria e Day Service. Periodo 2005-2008

Andamento della casistica trattata in regime di ricovero ordinario						
DEGENZA ORDINARIA	Anno				Scost. 2008-2007	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	v.a.	%
N° casi (escluso Neds)	14.130	13.749	13.814	14.294	479	3%
Fonte dati: R.E.R.						
DRG Medici	8.521	8.282	8.133	8.513	422	5%
DRG Chirurgici	5.039	5.195	5.464	5.504	40	1%
DRG Altre	170	167	161	177	16	10%
DRG Indipendenti	3.273	3.748	3.648	3.497	-153	-4%
Peso medio DRG	1.013	1.025	1.043	1.077	0,027	3%
Punte DRG	14.312,20	14.109,72	14.444,28	15.323,81	879,55	6%
	7,88	8,48	8,61	8,60	-0,01	0%
% DRG Medici	63,14%	60,99%	59,29%	60,28%	2%	
% DRG Chirurgici	35,65%	37,79%	39,55%	38,51%	-3%	
% DRG Indipendenti	23,04%	29,99%	29,27%	27,47%	-9%	
Presenza Media	304,21	319,25	325,79	335,90	10,12	3%

Andamento del numero dei casi DRG Chirurgici in regime ordinario						
Area Chirurgica	N. casi DRG Chirurgici				Scost. 2008-2007	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	v.a.	%
Chirurgia generale	1.009	909	1.064	1.007	-57	-5%
Ortopedia e Traumatologia	223	300	243	291	49	+22%
Occhistica e Oftalmologia	1.295	1.244	1.294	1.200	-94	-7%
Occhistica e Ginecologia	843	938	967	1004	37	4%
Chirurgia otorinolaringoiatrica	684	594	598	635	42	7%
Urologia	378	317	531	580	49	9%
Totale complessivo	4.433	4.491	4.697	4.668	-29	-1%

Andamento del "Peso medio" dei DRG Chirurgici in regime ordinario						
Area Chirurgica	Peso medio				Scost. 2008-2007	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	v.a.	%
Chirurgia generale	1.302	1.285	1.283	1.260	-1,08	-7%
Ortopedia e Traumatologia	0.666	0.973	0.683	0.952	-0,033	-5%
Occhistica e Oftalmologia	1.349	1.360	1.359	1.433	0,075	6%
Occhistica e Ginecologia	0.795	0.773	0.798	0.768	-0,03	-4%
Chirurgia otorinolaringoiatrica	1.023	1.129	1.119	1.129	0,002	1%
Urologia	0.939	0.998	0.984	1.040	0,056	6%
Peso Medio Area Chirurgica	1.113	1.106	1.118	1.146	0,028	3%

Andamento della "Degenza media" dei DRG Chirurgici in regime ordinario						
Area Chirurgica	Degenza media				Scost. 2008-2007	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	v.a.	%
Chirurgia generale	7,96	8,09	8,1	8,24	0,033	+1%
Ortopedia e Traumatologia	5,62	6,09	5,70	6,18	0,48	8%
Occhistica e Ginecologia	3,37	3,18	3,19	3,13	-0,06	-2%
Chirurgia otorinolaringoiatrica	2,81	2,88	3,42	3,45	0,05	2%
Urologia	5,47	6,39	6,52	6,25	-0,27	-5%
Peso Medio Area Chirurgica	5,15	5,42	5,41	5,41	0,00	0%

Attività di Day Service - Numero pazienti trattati						
Disciplina	N. pazienti trattati				Scost. 2008-2007	
	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	v.a.	%
Chirurgico	111	120	150	213	65	43%
Cardiorenologico	84	127	148	111	-32	-22%
Cardiologico	75	99	113	103	-10	-9%
Medico - C.S.P.T.	69	47	43	53	10	17%
Medico - Infarto	235	236	318	342	24	8%
Neftrologico	27	30	61	54	-7	-2%
Neurologico	27	30	61	54	-7	-2%
Occhistico/Ginecologico	114	93	99	114	17	17%
Endocrinologico	154	160	209	148	-31	-20%
Neumologico	73	109	81	114	34	46%
Psichiatrico	691	728	921	1.050	129	14%
Totale complessivo	1.933	1.982	2.128	2.308	224	11%

Si confermano le analisi già sviluppate nella Sezione 2, con buoni indicatori di sviluppo dell'attività ordinaria e chirurgica, miglioramento dell'appropriatezza di utilizzo del regime ordinario, buon sviluppo del *Day Service*, e il permanere della criticità sulla durata media di degenza.

Attività di controllo sulle cartelle cliniche

I controlli sulla "produzione interna" del Presidio Ospedaliero della AUSL di Imola, effettuati sistematicamente durante l'anno, hanno riguardato:

- Valutazione della coerenza della codifica SDO rispetto alla casistica DRG ricorrente nelle UU.OO.. La periodicità del controllo è mensile e ha riguardato 15.864 ricoveri, principalmente effettuati in regime ordinario. Gli elementi oggetto di valutazione sono il DRG prodotto, la codifica di diagnosi e interventi, la durata della degenza. Tale verifica permette di individuare in prima istanza i potenziali indizi di errata codifica (es. DRG con complicità, DRG maldefiniti, DRG anomali), selezionando i ricoveri su cui effettuare il livello successivo di valutazione, di cui al punto seguente;

- Valutazione dell'appropriatezza di codifica secondo le *Linee Guida regionali 2007* e congruenza tra contenuto SDO e relative Cartelle Cliniche. La periodicità del controllo è mensile e ha riguardato 609 SDO e cartelle, con particolare attenzione alla casistica chirurgica. La verifica prevede l'analisi del caso descritto nella documentazione clinica, l'effettiva corrispondenza con le priorità di diagnosi e intervento/procedure, registrate sulla SDO, e la corretta codifica dell'eventuale intervento chirurgico descritto sul verbale operatorio;
- Valutazione dei ricoveri considerati, secondo i criteri regionali "*Ricoveri Ripetuti*". La periodicità del controllo è trimestrale e ha riguardato 360 dimissioni rientranti nella casistica degli indicatori regionali dei Ricoveri Ripetuti negli intervalli 0-1 giorno, 2-7 giorni e 8-30 giorni;
- Verifica della corrispondenza tra codifica SDO e contenuto della Cartella Clinica, ai sensi della LR 133/2008, effettuata su un campione casuale di 346 dimessi dal Presidio (controllo effettuato a partire dal 4° trimestre 2008 in poi);
- Verifica di 16 Cartelle Cliniche, a seguito di contestazioni da altre Aziende regionali.

In totale nel corso del 2008 l'attività di analisi su Cartella Clinica è stata effettuata su n. 1.331 Cartelle Cliniche, pari al 7,18 % dei ricoveri effettuati presso il Presidio di Imola (produzione interna). I controlli sulla produzione degli erogatori esterni a favore dei residenti dell'AUSL di Imola (Strutture Pubbliche e Private dell'Emilia Romagna) hanno riguardato essenzialmente: i ricoveri con DRG potenzialmente inappropriati in regime ordinario; i ricoveri con DRG complicati; altre specifiche casistiche "sentinella". La verifica è effettuata mediante l'analisi del tracciato SDO della Banca dati regionale, l'individuazione della casistica critica, la richiesta di approfondimenti e relazioni alle Aziende erogatrici e, in alcuni casi, la verifica in loco. Nel 2008 l'analisi dei casi selezionati secondo le modalità sopra descritte è stata condotta su n. 258 cartelle cliniche, pari al 3,4% dei ricoveri effettuati in mobilità passiva.

Servizi in rete per le cure palliative nella fase terminale della vita e ospedale senza dolore

Nel 2008 è continuato il percorso "*Ospedale senza dolore*", in aderenza alle Linee Guida RER in materia. In particolare, si è confermata una presenza multidisciplinare nel Comitato Ospedale Senza Dolore Aziendale (COSD): referenti della Direzione Medica di Presidio e di Distretto; esperti della terapia del dolore; rappresentanti dell'Associazione *Onlus* Insieme per il Dolore e del CCM; Medici e Infermieri di ogni UUOO del Presidio e dell'Hospice; MMG e Infermieri dell'Assistenza domiciliare; Farmacisti; Psicologi; referenti degli Staff Formazione e Informazione e Comunicazione. Nel corso del 2008 i Medici esperti della terapia del dolore hanno aggiornato e applicato in tutte le UU.OO. Chirurgiche i protocolli antalgici per il dolore post-operatorio; i protocolli antalgici per le UU.OO. Mediche sono in corso di predisposizione. Si sono riproposti e raggiunti gli obiettivi 2007 riguardo a: mantenere l'attenzione al sintomo dolore nei percorsi assistenziali domiciliari e in oncologia; migliorare la rilevazione del dolore cronico in Pediatria, nel Dipartimento Medico e nell'*Hospice*.

Relativamente al controllo del dolore oncologico, l'AUSL di Imola ha aderito alle direttive RER contenute nel "*Progetto Macondo*", tese all'acquisizione di maggiori competenze in materia di dolore oncologico, da parte degli operatori sia ospedalieri sia del territorio.

3.4.9 Percorso Nascita

Nel 2008 sono proseguite a cadenza regolare, presso il Consultorio Familiare, le attività del Percorso Nascita, con presa in carico della donna dall'inizio della gravidanza fino al 7°/8° mese di vita del bambino. Il percorso comprende tutti gli interventi a favore della gestante, della puerpera e del neonato, in cui sono operativi in modo integrato i servizi ospedalieri e territoriali, e in particolare: visita ostetrica alle puerpere in ospedale; visite domiciliari da parte delle ostetriche; puerperio ambulatoriale; segreteria telefonica "Pronto aiuto latte"; corsi per gestanti residenti e straniere; attività informativo-educative tipiche del Consultorio, rivolte ai neo-genitori.

In merito a tale Programma, tra gli obiettivi prioritari contenuti nella nuova direttiva regionale (DGR n. delibera 533/2008) si sottolinea l'attuazione di interventi per la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno. A questo proposito, l'AUSL di Imola, da diversi anni - nell'ambito dell'accompagnamento pre-post nascita e nel rispetto della volontà della madre - cerca di favorire detta modalità nutrizionale, coinvolgendo diverse figure professionali.

Nel corso dell'anno 2008 si è consolidata la rete d'integrazione tra i vari servizi distrettuali, ospedalieri e dell'ASP per la presa in carico delle puerpere a rischio psicosociale e/o a rischio psichiatrico: dal 2005 il progetto "*Donne che aiutano donne*" - attivo presso il Consultorio Familiare - si è ulteriormente ampliato, prevedendo la collaborazione di alcune volontarie, opportunamente formate, che fungono da "ambiente di sostegno" alle neomamme, in certe situazioni puerperali a rischio e qualora la rete familiare risulti carente o assente.

Nell'ultimo trimestre 2008, la collaborazione Ospedale e Territorio, ha permesso alle ostetriche territoriali di distribuire alle gestanti e alle puerpere una scheda con scala di percezione del dolore, per monitorare il fenomeno e attuare le azioni di superamento. Già durante il ricovero ospedaliero viene effettuata una rilevazione del dolore (escluse le donne in travaglio), con monitoraggio dello stesso al momento della terapia antalgica. Per questa rilevazione viene utilizzato un apposito strumento aziendale condiviso, la *grafica terapeutica integrata*.

Come richiesto dalla normativa regionale (DRG 1921/2007) l'Azienda ha elaborato il Piano assistenziale triennale per il controllo del dolore da travaglio attraverso il parto-analgesia, anche mediante metodiche non farmacologiche. Relativamente all'obiettivo di realizzare una risposta h24, a livello provinciale, concernente la possibilità di effettuare il parto in analgesia, sono stati effettuati alcuni incontri preliminari con le Aziende Sanitarie della Provincia ed è in fase di ultimazione un protocollo condiviso sulle modalità di offerta del servizio.

3.4.10 Gestione del rischio

Attuazione delle linee di indirizzo regionale in tema di gestione del rischio. Di seguito si illustra lo stato di attuazione delle linee di indirizzo regionali in oggetto, con particolare riferimento a: Programma aziendale di gestione del rischio; sviluppo sistematico di Report su problematiche, iniziative e risultati raggiunti; attuazione della DGR 686/07 su *incident reporting*, strumenti di prevenzione del rischio, etc..

Nel 2008 l'AUSL di Imola ha implementato il sistema aziendale di "gestione integrata del rischio" (rischio operatore e rischio paziente). Il percorso di realizzazione ha visto, inizialmente, la definizione dei livelli di responsabilità nella materia specifica, e la costituzione delle reti periferiche, a livello delle unità operative, per assolvere l'obiettivo di partire da quest'ultima nella gestione delle problematiche legate al rischio. È stato poi definito il sistema di verifica dei percorsi a livello dipartimentale e aziendale. Le procedure specifiche attivate - "*gestione delle segnalazioni*" e "*gestione del rischio e degli eventi sentinella*" - definiscono i percorsi e le modulistiche da adottare per le segnalazioni interne (*incident reporting*, evento sentinella). In particolare, l'implementazione del sistema di raccolta e analisi di tali segnalazioni è stato avviato nei reparti chirurgici e, in via sperimentale, presso il PS Generale. Sempre a livello aziendale sono continuati i programmi per il controllo del rischio clinico: Farmacovigilanza; Emovigilanza; Rilevazioni cadute e LDD; Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (adesione al *Sich-RER* studio RER); Applicazione protocolli antibioticoprofilassi, igiene operando, etc..

Gestione dei danni provocati in corso di assistenza sanitaria nei diversi contesti di cura. Si descrivono, di seguito, le azioni intraprese in tema di: sviluppo competenze specifiche per la gestione delle sinistrosità; ricomposizione dei rapporti con i danneggiati; sviluppo di competenze legali e medico-legali; analisi dei reclami; mappatura della sinistrosità.

L'AUSL di Imola ha realizzato da tempo la "cogestione dei sinistri" in materia di responsabilità civile verso terzi, garantita da appositi protocolli siglati anche dalle Compagnie assicurative. Tali protocolli operativi definiscono *iter* e competenze nella gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale e assicurano all'Azienda, tramite gli uffici deputati alla gestione - Medicina Legale e Affari Legali, in collaborazione con i servizi sanitari - l'istruttoria dei casi e una determinazione congiunta con la Compagnia in termini di *an e quantum*. L'intervento della Medicina Legale aziendale, a fianco dei servizi sanitari interessati, consente azioni di prevenzione rispetto al danno e/o al conflitto. Anche i nuovi contratti assicurativi, decorrenti dal 1/01/2008, sono stati completati da Protocolli che garantiscono all'Azienda la "cogestione" dei sinistri. L'andamento generale della sinistrosità e lo stato dei singoli sinistri (comprese le riserve) vengono monitorati e aggiornati periodicamente, unitamente al *broker* e alle Compagnie. La reportistica aziendale è stata utilizzata nel corso del 2008 per alimentare il programma regionale "*Database per la gestione del contenzioso sanitario*".

Formazione. Nel 2008 sono stati effettuati nell'ambito dei programmi ECM i seguenti corsi/iniziativa previste nel Piano di formazione aziendale, per un totale di circa 180 ore: (i) *Core-*

Competences in Medicina Basata sulle Evidenze; (ii) Percorsi dell'*Evidence Based Practice*; (iii) Gruppo di miglioramento per la salute e sicurezza dei lavoratori nell'AUSL di Imola; (iv) La prevenzione e il controllo del rischio infettivo rivolto agli operatori sanitari e agli utenti, nel contesto dell'emergenza territoriale; (v) BLS *retraining* MMG e operatori del DEA; (vi) Cure pulite sono cure più sicure; (vii) *Basic Life Support* con defibrillazione precoce MMG-MCA2008; (viii) *Basic Life Support* con defibrillazione precoce 1° Edizione; (ix) Area Miglioramento collaborazione nella sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico; (x) Valutazione e miglioramento delle pratiche assistenziali; (xi) Gestione in sicurezza dei chemioterapici antitumorali (CTA); (xii) La disinfezione: quando, come, perché.

3.5 Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo

3.5.1 Ricerca e Innovazione

Nel nuovo *Atto aziendale* il tema della Ricerca e Innovazione è stato recepito, come delineato nelle linee di indirizzo regionali, tra le funzioni di elaborazione e proposta del Collegio di Direzione. Nel corso del 2008 è proseguita l'attiva partecipazione alle diverse attività dell'Osservatorio Ricerca e Innovazione. In particolare, nell'ambito del *technology assessment* è stata individuata e segnalata con l'apposita scheda la *QF-PCR (Quantitative Fluorescence-Polymerase Chain Reaction)*, strumentazione utilizzata nel campo delle indagini citogenetiche. L'AUSL di Imola sta altresì collaborando con il gruppo regionale per l'implementazione dell'Anagrafe della ricerca. Riguardo i database clinici, si stanno implementando i seguenti registri: pazienti con gravi cerebrolesioni (GRACER); protesi d'anca (RIPO); sepsi in terapia intensiva (LASER). È in fase di predisposizione con Montecatone *Rehabilitation Institute*, il software per il registro delle mielolesioni; il registro impianti defibrillatori e *pace-maker* è implementato con la casistica del 4° trimestre 2008.

3.5.2 Progetti ICT

Per quanto riguarda i principali progetti *ICT (Information and Communication Technology)*, si riporta di seguito quanto a tutt'oggi realizzato o in corso di realizzazione.

SISINFO - Mappa Sistemi Informativi, Progetti ICT e Standard - Sono stati garantiti il popolamento e l'aggiornamento dei contenuti del portale, rispetto a quanto di competenza.

SOLE - Sanità On LinE - Alla data del 31/12/2008 i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta attivati in SOLE sono stati 92, su 127, con 142 ambulatori collegati; si sono realizzate 9 iniziative formative rivolte a operatori dell'azienda e, soprattutto, ai MMG e PdLS.

Consolidamento funzionalità avviate - CUP aziendale: le prenotazioni delle prescrizioni presenti sul repository SOLE sono state il 51% del prescritto SOLE; **Radiologia:** la gara per l'adozione del nuovo RIS/PACS si è conclusa nel mese di gennaio 2009 e, pertanto, si ritiene di procedere all'integrazione del nuovo RIS/PACS nel corso dell'anno corrente.

Deployment nuove funzionalità - Specialistica: il piano di implementazione delle funzionalità di prescrizione e refertazione presso gli ambulatori è stato inviato alla Direzione dell'Assessorato regionale, nella versione definitiva, in data 8/08/2008; tale piano prevede la completa informatizzazione ambulatoriale, comprensiva di prescrizione elettronica della specialistica ambulatoriale, entro il 30/06/2009; **Pronto Soccorso:** l'integrazione in SOLE è attiva dal 3° quadrimestre 2008: al 31/12/2008, risultavano inviati 285 referti di PS; **Ricoveri:** la comunicazione di ricovero e dimissione è stata attiva per tutto il 2008, con il 100% del target SOLE raggiunto; è stata attivata entro il 31/12/2008 l'integrazione della Lettera di Dimissione.

SISS - Sistema per l'Integrazione Socio-Sanitaria - Il Sistema è finalizzato ad adottare un unico strumento informatico, da parte degli attori territoriali, per la pianificazione e consuntivazione delle quote di FRNA: l'AUSL di Imola già utilizza il SISS.

SIGLA - Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa dei ricoveri programmati - L'Azienda ha collaborato con la società CUP2000 in merito al collaudo di alcuni moduli funzionali, e ha già attive le gestioni informatizzate delle liste operatorie di ortopedia, chirurgia, urologia.

MAPS - Sistema di Monitoraggio dell'Accesso alle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale - In conformità alle nuove funzionalità del portale MAPS, l'Azienda garantisce il corretto caricamento dei dati sul sistema per la reportistica di competenza, con la possibilità di verificare le eventuali non conformità dei tracciati.

CUPINT - Integratore CUP - Il Progetto tende a realizzare un'infrastruttura tecnologica omogenea, a livello regionale, che permetta l'integrazione tra gli applicativi dei CUP locali presenti nelle Aziende Sanitarie di "Area Vasta". L'AUSL di Imola al momento non è coinvolta nel progetto.

PACSFED - Sistema PACS federato - Si tratta di uno studio per realizzare sistema di gestione delle immagini diagnostiche "in tempo reale", da parte dei medici coinvolti nel processo clinico, in coerenza con il modello *Hub&Spoke*, indipendentemente dalla tempistica e dalla localizzazione del processo medesimo. L'AUSL di Imola ha partecipato agli incontri regionali e ha fornito gli elementi conoscitivi richiesti.

PROFILER - Programma Finanziamento Lavori dell'Emilia-Romagna - Prevede il monitoraggio regionale degli investimenti in edilizia socio-sanitaria. L'AUSL di Imola ha provveduto alla compilazione di tutte le schede entro le date stabilite, in particolare relative a: (i) Accordo di programma per ampliamento OCN Imola; (ii) Programma odontoiatria 1° e 2° fase.

Progetto Anagrafe Regionale Assistenti e Sistema di pagamento cedolini MMG/PLS - Al fine di pervenire a un allineamento dell'anagrafe aziendale con l'anagrafe regionale vengono svolte attività molteplici e diversificate. Il competente ufficio provvede a controllare mensilmente i report predisposti dalla Regione e scaricati nell'area assistiti della procedura regionale *Compensi MMG/PdLS*, e in particolare per: elenco scelte temporanee scadute; elenco tessere duplicate su azienda; elenco codici fiscali duplicati su azienda; elenco decessi comunicati da sistema TS; carico assistiti per fasce di età.

Call center Numero verde regionale - Riguardo all'allineamento della banca dati alle linee guida regionali e al mantenimento delle informazioni aziendali aggiornate, le verifiche effettuate hanno riscontrato il rispetto nel 100% dei casi. Anche la risposta tempestiva a eventuali segnalazioni di difformità è stata garantita nel 100% dei casi e la maggior parte delle difformità informative sono state superate, dopo una verifica con i servizi interessati, entro massimo una settimana.

SIAT - Estensione rete Hub&Spoke ad altre patologie - Il sistema SIAT è funzionante nell'AUSL di Imola, anche se il livello di utilizzo non è particolarmente elevato.

SPARTA - Supporto al Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei Tempi di Attesa

Obiettivo	Stato di realizzazione
Realizzazione di un unico sistema di prenotazione a livello provinciale (punto 2 Circ.10/07)	Raggiunto
Inserimento di tutta l'offerta nel sistema CUP provinciale (punto 3 Circ.10/07)	Oltre il 99% delle prestazioni erogate in Azienda sono comprese nell'offerta CUP; restano ad oggi escluse le prestazioni di Oncologia, per le quali si prevede nel corso del 2009 di procedere alla revisione del sistema informatico gestionale
Separazione prime visite e controlli (punto 3.3 Circ.10/07)	Raggiunto
Applicazione priorità/codice colori (punto 3.5 Circ. 10/07)	Raggiunto
Gestione delle sospensioni temporanee di erogazione (punto 3.7 Circ. 10/07)	L'Azienda non si è dotata di sistemi di gestione delle sospensioni temporanee di erogazione, in ragione del fatto che detti eventi sono episodici e di breve durata
Gestione profilo dei prenotatori (punto 3.8 Circ. 10/07)	La procedura informatica è adeguata; sono identificati alcuni profili, ed è in corso di completamento la configurazione
Bacino di riferimento (punto 4.1 Circ. 10/07)	L'Azienda è costituita da un unico bacino di riferimento
Distinzione prima visita e visita di controllo; automatismi e reportistica delle anomalie (punto 4.2 Circ. 10/07)	S'è condotta l'analisi retrospettiva delle prime visite riconvertibili in controlli, sulla base dei criteri proposti dalla Circolare 10, e sono state conseguentemente adeguate le configurazioni di Agenda CUP
Aumento delle prestazioni prenotabili telefonicamente (punto 4.3 Circ. 10/07)	Nel corso del 2008 si è considerevolmente incrementato il numero di prenotazioni telefoniche, anche a seguito del miglioramento del servizio dedicato. Sono in corso di revisione le modalità di prenotazione, al fine di consentire la prenotazione telefonica di alcune prestazioni di radiologia e ecodoppler.
Unificazione sistemi di incasso nell'ambito della Provincia	Non ricorrono le condizioni tali da richiedere l'unificazione dei sistemi di pagamento; è stato invece attivato pagamento online dei ticket (nel 2008 sono stati effettuati 44 pagamenti online)
Applicazione di criteri omogenei per il calcolo del ticket (punto 5.1 Circ. 10/07)	Il sistema è allineato al criterio standard regionale
Informazioni agli utenti (punto 6 Circ. 10/07)	L'Azienda ha effettuato alcune attività preliminari alle azioni di comunicazioni, in attesa di procedere coerentemente con la pianificazione regionale

4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	pag. 166
4.1 "Carta di identità" del personale	166
4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	172
4.3 Gestione del rischio e sicurezza	175
4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali	175
4.3.2 Andamento del fenomeno infortunistico	176
4.4 Formazione	176
4.4.1 Pianificazione dell'attività formativa	177
4.4.2 Tipologie delle attività di formazione	179
4.4.3 Valutazione dell'attività formativa	181
4.4.4 Attività formativa 2008 "in cifre"	182
4.4.5 Costi della formazione	185
4.4.6 Collaborazione con altri Enti di Formazione	188
4.5 Struttura delle relazioni con il personale e le sue rappresentanze	189
4.5.1 Compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare	189
4.5.2 Facilitazioni per i Dipendenti	190
4.5.3 Relazioni Sindacali	191

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

La presente Sezione conferma la "centralità" nell'Azienda della "risorsa umana", di cui si propone il profilo dei rapporti di lavoro, l'organizzazione interna, l'impegno profuso per una formazione/aggiornamento permanenti, le tutele, agevolazioni, garanzie e rappresentanze proprie (per le parti quali il "Sistema premiante", che non hanno subito modificazioni durante l'anno in esame, si fa rinvio alla Sezione 4 del BdM 2007).

In genere l'Organizzazione Sanità è ad alta intensità di utilizzo di risorse umane; non è esposta ai "rischi" di essere delocalizzata, così come "realità" produttive pienamente coinvolte nelle dinamiche di globalizzazione e nello sviluppo tecnologico, teso a sostituire, ovvero ridurre sensibilmente l'opera agita direttamente dall'uomo. In Sanità, la tecnologia accresce e migliora la *performance*, è un ausilio per una maggiore capacità di evitare l'errore, ma non è nell'orizzonte immaginabile la sostituzione dei professionisti e delle relazioni interpersonali; in tal senso, è un elemento di stabilizzazione del tessuto economico "locale" e, in periodo di crisi come l'attuale, l'AUSL di Imola rinforza il senso di essere la più grande azienda del territorio, in termini occupazionali: circa 1.750 dipendenti (più di 4.000 famiglie), il cui posto di lavoro è sicuro, per i quali non esiste cassa integrazione, non è necessario definire accordi per contratti di solidarietà, ai fini di non incappare in riduzioni d'organico; oltre ai dipendenti, va considerato l'importante indotto che l'Azienda genera (Sezione 2, paragrafo 2.2), anche di ulteriori posti di lavoro (medici convenzionati, cooperative sociali, la stessa ASP, fornitori di servizi esternalizzati). Tra l'altro, l'assenza di "rischio occupazionale" non si motiva per lo *status* pubblico del lavoro dipendente, bensì in quanto l'Azienda opera in un settore che non conosce crisi di domanda, già per effetto delle "normali" dinamiche demografiche ed epidemiologiche, e a maggior ragione in un momento di difficoltà economica, in cui alta è la probabilità che si percepisca un minore benessere, ovvero si percepisca "meno Salute", accentuando l'importanza sociale - già molto rilevante - in termini di riferimento certo per le Comunità Locali.

4.1 "Carta di Identità" del personale

L'obiettivo informativo del presente paragrafo è fornire dati e informazioni utili per comprendere quale sia il "profilo" del personale dell'AUSL di Imola, avvalendosi di una sorta di "carta di identità", che ne evidenzia la distribuzione, per molteplici dimensioni (tipologia contrattuale; categorie di personale dipendente; anagrafica dei professionisti; etc.).

Le risorse umane complessive impegnate nelle attività tipiche aziendali, a vario titolo contrattuale, nel 2008 risultano 1.994, registrando rispetto al 2007 un lieve incremento (circa l'1%).

Tabella 4.1 - Valori assoluti del personale dell'AUSL di Imola, per tipologia contrattuale Periodo 2006-2008

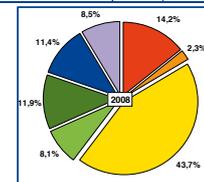
Tipologia contrattuale	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008	Var % 2008 - 2007
Dipendente	1.730	1.706	1.744	2,2%
Convenzionato*	158	165	168	1,3%
Contratti libero-professionisti, co.co.co	69	102	82	-19,6%
TOTALE	1.957	1.973	1.994	1,1%

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

Premesso che i liberi professionisti "sono contati" come unità corrispondenti ai contratti attivi durante l'esercizio, indipendentemente dalla durata e dall'impegno settimanale, si osserva un calo consistente degli stessi (-20, pari a -19,6%), in controtendenza rispetto all'anno precedente che registrò un aumento del 49%. Tale riduzione, letta unitamente all'aumento dei dipendenti (+2,2%), risulta coerente con le politiche di stabilizzazione (ovvero riduzione del precariato) avviate dall'AUSL di Imola già dal 2007 (che continuano nel 2009 e proseguiranno nel 2010): durante l'esercizio in esame le stabilizzazioni son state 12, e precisamente 1 biologo e 11 medici (8 nel 2007).

Figura 4.2 - Valori assoluti e % di personale dipendente dell'AUSL di Imola, per categorie Periodo 2006-2008

Categorie personale dipendente	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008	Var % 2008-2007
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	232	231	247	6,9%
ALTRI DIRIGENTI SPTA	43	40	40	0,0%
PERSONALE INFERMIERISTICO	755	749	782	4,7%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	146	142	142	0,0%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	203	198	207	5,6%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	201	199	198	-0,5%
ALTRO PERSONALE	159	149	148	-0,7%
TOTALE	1.730	1.706	1.744	2,2%



In Figura 4.2, per il triennio 2006-2008, si dettaglia l'andamento delle categorie di personale dipendente, rilevando un aumento del personale "dirigente medico e veterinario" (+6,5% sul 2007), del "personale infermieristico" (+0,9% sul 2007) - unica categoria a registrare costantemente un saldo positivo - e del "personale OTA, OSS e ausiliari" (+5,6% sul 2007).

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

L'unico saldo negativo è registrato dal personale amministrativo, per la quale dotazione continua l'adeguamento in diminuzione, coerente con la dimensione aziendale, innanzitutto governando il *turn-over*.

In Tabella 4.3 si riportano i professionisti impegnati nell'AUSL di Imola con contratto libero professionale, scomposti per categoria, genere e fasce d'età: i medici risultano prevalenti (circa il 51%), anche se in calo rispetto all'anno precedente di 18 unità (da leggere in collegamento con le 11 stabilizzazioni); il 49% è "polverizzato" tra i restanti profili professionali.

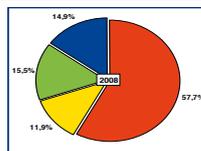
Tabella 4.3 - Liberi professionisti dell'AUSL di Imola, per categorie/genere/classi di età. Anno 2008

ANNO 2008	sesso		classi di età					totale	%
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	≥65		
BILOGI	0	5	1	4				5	6,1%
COLLABORATORI AMM.-PROF.LI	2	4	3	3				6	7,3%
DIRIGENTI AMM.VI	3		1	1			1	3	3,7%
CHIMICI	1							1	1,2%
FARMACISTI	2	1	2	1				3	3,7%
INGEGNERI	1	1	1	1				2	2,4%
MEDICI	23	19	10	18	9	2	3	42	51,2%
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	1	4	2	3				5	6,1%
PERSONALE INFERMIERISTICO	1	1						1	1,2%
PERSONALE TECNICO	3	1			1			3	3,7%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	2	2						2	2,4%
PSICOLOGI	3	6	2	5	1	1		9	11,0%
Totale	41	41	24	36	14	4	4	82	100%

L'analisi per genere riferita ai professionisti con contratto "atipico" mostra una parità assoluta tra maschi e femmine, con un calo che ha interessato maggiormente il genere femminile (-13) rispetto a quello maschile (-7) e, in particolare, la categoria dei medici, sempre da leggere in collegamento con le stabilizzazioni.

Figura 4.4 - Valori assoluti e % di personale convenzionato con l'AUSL di Imola. Anno 2008

Categorie personale convenzionato	ANNO 2008
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA	97
MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	20
MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	26
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	25
Totale	168



Come riportato in Figura 4.4, tra i professionisti convenzionati che operano per i LEA territoriali (cure primarie), la categoria più rilevante è ovviamente quella dei Medici di Medicina Generale, che spesso hanno assistiti in età pediatrica, e anche perché la gran parte dell'assistenza specialistica ambulatoriale è erogata dai medici ospedalieri.

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

Tabella 4.5 - Anagrafica del personale dipendente dell'AUSL di Imola, per categorie e classi di età. Periodo 2005-2008

ANNO 2005	classi di età					TOT.
	<35	35-44	45-54	55-64	≥65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	2	35	135	61	2	235
ALTRI DIRIGENTI SPTA	0	6	27	12	1	46
PERSONALE INFERMIERISTICO	115	327	252	52		746
PERSONALE TECNICO SANITARIO	25	44	54	34	0	157
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	22	70	94	27	0	213
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0	88	96	21	0	205
ALTRO	4	74	65	21	0	164
Totale	163	644	703	248	3	1.761

ANNO 2006	classi di età					TOT.
	<35	35-44	45-54	55-64	≥65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	5	37	135	54	1	232
ALTRI DIRIGENTI SPTA	1	7	26	9	0	43
PERSONALE INFERMIERISTICO	132	334	233	56	0	755
PERSONALE TECNICO SANITARIO	26	43	55	22	0	146
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	13	74	92	24	0	203
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0	88	96	17	0	201
ALTRO	4	69	64	21	0	158
Totale	181	652	701	195	1	1.730

ANNO 2007	classi di età					TOT.
	<35	35-44	45-54	55-64	≥65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	4	32	118	37	0	231
ALTRI DIRIGENTI SPTA	0	5	26	9	0	40
PERSONALE INFERMIERISTICO	80	341	233	39	0	749
PERSONALE TECNICO SANITARIO	21	35	65	24	0	142
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	11	69	95	31	0	196
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0	61	117	21	0	199
ALTRO	3	58	69	19	0	149
Totale	129	591	726	250	0	1.706

ANNO 2008	classi di età					TOT.
	<35	35-44	45-54	55-64	≥65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	12	38	113	64	0	237
ALTRI DIRIGENTI SPTA	0	6	26	9	0	40
PERSONALE INFERMIERISTICO	80	351	242	79	0	762
PERSONALE TECNICO SANITARIO	31	32	62	17	0	142
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	18	60	104	35	0	207
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0	44	130	24	0	198
ALTRO	3	53	74	18	0	148
Totale	154	574	751	265	0	1.744

L'andamento della distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola (Tabella 4.5) sostanzialmente ripropone una "fotografia" pressoché immutata e comune nel panorama nazionale:

- l'ingresso "tardivo" al lavoro - o meglio, in posizione strutturata - che motiva la percentuale bassa dei dipendenti *under 35* anni (8,8%, nel 2008; 7,6% nel 2007);
- la massima concentrazione di tutti i profili nelle classi 35-44 e 45-54 anni - pari al 76% nel 2008 - in linea con l'analisi demografica della popolazione circondariale (Sezione 1, paragrafo 1.3.1);
- la prevalenza della progressione verticale (dirigente) per anzianità. Ben pochi risultano essere i dirigenti al di sotto dei 45 anni, oltre al fatto che il dato è ulteriormente "compromesso" dall'inquadramento unico dirigente dei medici e veterinari, e per quanto non vi sia ancora evidenza formale delle responsabilità infermieristiche e tecniche sanitarie, anche di struttura;
- la concentrazione totale, già evidenziate nel precedente BdM, della "uscita" dal lavoro nella fascia 55-64 anni;
- l'età media alta del personale non sanitario - amministrativo e tecnico - segnale di una particolare staticità della stessa dotazione, esito dell'azione di ridimensionamento, ovvero della gestione del *turn-over* (Tabella 4.8).

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

L'analisi per genere riferita alle categorie professionali del personale dipendente evidenzia piccole differenze rispetto al 2007: la categoria dei medici registra un aumento dei dipendenti di sesso femminile (+15 unità) che riduce, seppur di poco, la differenza tra i due generi; al contrario, il personale ausiliario si caratterizza per una netta prevalenza femminile e registra un incremento complessivo di 11 unità, di cui 9 maschi.

Figura 4.6 - Anagrafica del personale dipendente dell'AUSL di Imola, per categorie e genere Periodo 2006-2008

	ANNO 2008			TOT.	Di cui Part Time	
	M	F			M	F
DIR. MEDICI E VETERINARI	146	86	232	1	1	3
DIRIGENTI SP/TA	16	27	43	0	0	1
PERSONALE INFERMIERISTICO	81	674	755	2	2	95
PERSONALE TECNICO SANITARIO	49	97	146	1	1	11
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	21	182	203	1	30	60
PERSONALE AMMINISTRATIVO	19	182	201	1	22	22
ALTRO	76	74	150	6	6	6
Totale	408	1.322	1.730	19	19	175

	ANNO 2007			TOT.	Di cui Part Time	
	M	F			M	F
DIR. MEDICI E VETERINARI	143	88	231	1	1	3
DIRIGENTI SP/TA	14	26	40	0	0	0
PERSONALE INFERMIERISTICO	79	670	749	1	1	95
PERSONALE TECNICO SANITARIO	42	100	142	1	1	13
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	19	177	196	1	1	30
PERSONALE AMMINISTRATIVO	19	180	199	1	1	26
ALTRO	77	72	149	7	7	7
Totale	393	1.313	1.706	12	12	174

	ANNO 2006			TOT.	Di cui Part Time	
	M	F			M	F
DIR. MEDICI E VETERINARI	144	103	247	0	0	3
DIRIGENTI SP/TA	15	25	40	0	0	0
PERSONALE INFERMIERISTICO	83	679	762	0	0	102
PERSONALE TECNICO SANITARIO	43	99	142	1	1	14
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	28	179	207	1	1	25
PERSONALE AMMINISTRATIVO	18	190	208	1	1	25
ALTRO	79	69	148	7	8	8
Totale	410	1.334	1.744	10	10	186

Così come "fotografata" chiaramente il grafico di Figura 4.6, l'AUSL di Imola è decisamente una "organizzazione femminile" (76,5% dei dipendenti totali), confermando che sono le donne in maggioranza impegnate nelle professioni di "cura e assistenza":

- l'unico ruolo in cui sono in maggioranza i maschi è quello dirigente, in particolare nella categoria "dirigenti medici e veterinari" (pur negli anni riducendosi il gap);
- le donne sono la quasi totalità della categoria "amministrativa", anche tra i dirigenti;
- gli istituti contrattuali atti a conciliare "vita lavorativa e vita familiare" continuano a essere fruiti essenzialmente dalle lavoratrici, confermandosi l'impegno di "cura" di segno femminile, anche in ambito domestico. Nel 2008, risultano in *part-time* 186 donne e 10 uomini (per altri istituti collegati alle esigenze familiari, si rinvia al paragrafo 4.5.1).

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

Figura 4.7 - Dipendenti dell'AUSL di Imola residenti nei Comuni circondariali. Anno 2008

Dipendenti residenti	2007	2008	% dipendenti 2008	% popolazione 2008
BORGIO TOSSIGNANO	48	45	3,2%	2,5%
CASA FUMANESE	30	34	2,4%	2,7%
CASTEL DEL RIO	6	4	0,3%	1,0%
CASTEL GUELFO DI BOLOGNA	15	16	1,1%	3,1%
CASTEL SAN PIETRO TERME	88	82	5,8%	15,8%
DOZZA	53	52	3,7%	4,9%
FONTANGLICE	28	27	1,9%	1,5%
IMOLA	1.104	1.083	76,9%	52,3%
MEDICINA	26	25	1,8%	12,6%
MORDANO	41	44	3,1%	3,5%
Dipendenti residenti AUSL	1.437	1.422	100%	100%
Totale dipendenti	1.706	1.744		
% dipendenti residenti	84,2%	81,5%		

Alla fine dell'esercizio in esame, l'81,5% dei dipendenti dell'AUSL di Imola risulta risiedere nel Nuovo Circondario Imolese; tale percentuale è in lieve calo rispetto all'anno precedente (84%); nonostante l'incremento complessivo di dipendenti - +38 unità, pari al 2,2% - sembra che la mobilità in ingresso abbia riguardato anche personale residente nei territori limitrofi della Provincia di Bologna e in Comuni di "cintura" delle Province confinanti geograficamente o lungo l'asse della via Emilia.

Tabella 4.8 - Indicatore di mobilità del personale dipendente dell'AUSL di Imola (turn-over) Periodo 2005-2008

DIPENDENTI 2005	IN INGRESSO			IN USCITA			turn over
	da SSR	Altri	Tot	dimissioni	mobilità da altre aziende	dimissioni mercato	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	4	6	10	1	4	5	5
ALTRI DIRIGENTI SP/TA	1	1	2	1	1	2	-1
PERSONALE INFERMIERISTICO	41	40	81	6	3	1	2
PERSONALE TECNICO SANITARIO	5	1	6	0	0	0	6
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	1	23	24	1	1	1	-2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1	0	1	1	1	1	0
ALTRO	1	3	4	2	2	2	-4
Totale	63	72	135	7	9	1	23

DIPENDENTI 2006	IN INGRESSO			IN USCITA			turn over
	da SSR	Altri	Tot	dimissioni	mobilità da altre aziende	dimissioni mercato	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	3	1	4	1	1	2	10
ALTRI DIRIGENTI SP/TA	0	1	1	1	1	1	-4
PERSONALE INFERMIERISTICO	15	23	38	4	7	17	1
PERSONALE TECNICO SANITARIO	1	5	6	1	4	4	-4
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	1	3	4	1	1	2	1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1	2	3	1	1	1	18
ALTRO	1	2	3	1	1	1	-15
Totale	30	34	64	19	28	2	78

DIPENDENTI 2007	IN INGRESSO			IN USCITA			turn over
	da SSR	Altri	Tot	dimissioni	mobilità da altre aziende	dimissioni mercato	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	2	1	3	2	3	3	10
ALTRI DIRIGENTI SP/TA	1	0	1	1	1	1	-2
PERSONALE INFERMIERISTICO	12	10	24	5	5	18	30
PERSONALE TECNICO SANITARIO	1	8	9	1	1	4	1
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	1	1	2	1	1	1	6
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1	1	2	1	1	1	-2
ALTRO	1	1	2	1	1	1	-3
Totale	19	16	35	11	12	42	69

DIPENDENTI 2008	IN INGRESSO			IN USCITA			turn over
	da SSR	Altri	Tot	dimissioni	mobilità da altre aziende	dimissioni mercato	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	1	0	1	3	2	1	13
ALTRI DIRIGENTI SP/TA	1	0	1	1	1	1	0
PERSONALE INFERMIERISTICO	11	0	11	4	4	32	40
PERSONALE TECNICO SANITARIO	1	0	1	1	0	1	2
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	0	0	0	0	0	0	10
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2	2	4	0	0	4	4
ALTRO	0	0	0	2	2	8	0
Totale	16	2	18	15	8	69	1

La "stanzialità" del lavoro è testimoniato altresì dai bassi valori della mobilità verso altre Aziende, a cui corrispondono dati un po' più alti in ingresso da SSR. Complessivamente per l'anno 2008 il turnover risulta di +12 unità, in ragione di un saldo positivo tra dipendenti in ingresso (105 nel 2008 vs 58 nel 2007) e dipendenti in uscita (93 nel 2008 vs 69 nel 2007).

Tabelle 4.9 - Modalità di reclutamento e cause di cessazione nell'AUSL di Imola. Anno 2008

ANNO 2008 - Modalità di reclutamento	TOT.
ASSUNZIONE INCARICO STRUTTURALE COMPLESSA	1
CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO ART. 18 Statute D.Lgs. 50/2002	2
TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE	18
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA*	84
Totale	105
ANNO 2008 - Cause di cessazione	TOT.
RECESSO PER PENSIONAMENTO ANZIANITA'/VECCHIAIA	68
TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE	8
TERMINE RAPPORTO-FINE ASPETT. ENTE ESTERNO	7
RECESSO DEL DIPENDENTE	6
RISOLUZIONE RAPPORTO PER RAGGIUNTI LIMITI DI ETA'	3
DIMISSIONI	1
TERMINE CONTRATTO	1
RISOLUZIONE CONSENSUALE	1
Totale	93

In conclusione della "carta d'identità", si propongono nelle Tabelle 4.9 i *focus* dei precedenti dati "dipendenti in ingresso" e "dipendenti in uscita", riferiti al 2008, rispettivamente per "modalità di reclutamento" e "cause di cessazione" e, come da "natura" del lavoro dipendente aziendale, rispettivamente prevalgono in modo sostanziale "utilizzo di graduatoria" (84 su 105) e "pensionamento" (66 su 93).

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

Nel 2008 è stato messo in esecuzione il nuovo "Atto Aziendale" (delibera n. 17/08) in termini di macro assetto aziendale e, in particolare: l'attivazione del Collegio di Direzione nelle sue prerogative di "Organo"; l'attivazione delle Direzioni Tecniche aziendali (Medica; Infermieristica e Tecnica; dell'Assistenza Farmaceutica); l'adeguamento dei principali processi di programmazione e controllo (*budgeting*) secondo i cambiamenti introdotti nella individuazione delle apicalità responsabili e, soprattutto, sulla base della centralità dei Dipartimenti come Strutture Complesse fondamentali della "produzione/erogazione" finale.

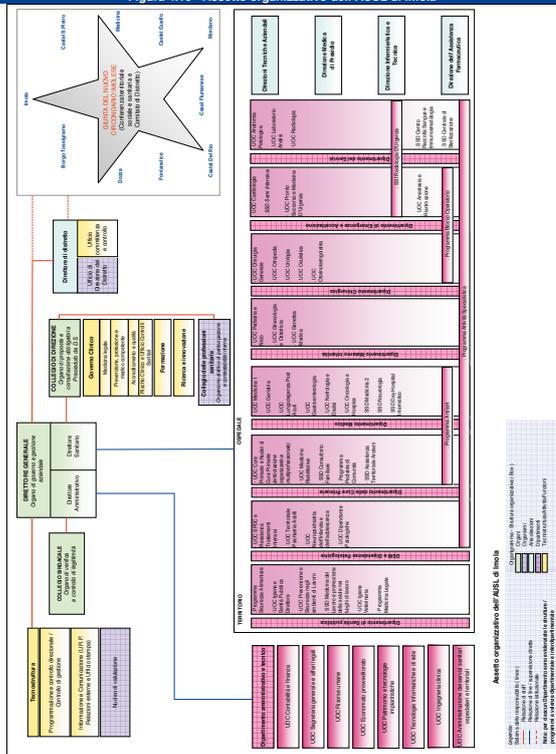
Il Collegio di Direzione si è periodicamente riunito per trattare tutte le materie di competenza e, precipuamente, è stato impegnato durante l'esercizio in esame nella elaborazione del "Regolamento Attuativo dell'Atto Aziendale", presentato dallo stesso Organo al Direttore Generale per l'adozione a dicembre 2008 (delibera n. 4 del 14 gennaio 2009).

Il Regolamento Attuativo completa la disciplina dell'AUSL di Imola, e si configura come vero e proprio regolamento di organizzazione, innanzitutto dichiarando esaustivamente *ex ante* il "sistema delle responsabilità interne" e il coerente "sistema di relazione": in tale senso l'organizzazione formale - se sempre più effettivamente agita - diviene meccanismo operativo e di integrazione interno e "mappa" delle responsabilità, utile anche come strumento conoscitivo dell'Azienda verso l'esterno.

Stante quanto fin qui detto, fondamentale si è rivelata la scelta di metodo con cui elaborare il *Regolamento*, e precisamente:

- si sono chiaramente distinte le attività/funzioni di staff dalle *line* gestionali. Nell'AUSL di Imola sono posizionati in staff alla Direzione Generale gli analisti che progettano, standardizzano, misurano e modificano le attività tipiche aziendali e che supportano le *line* di produzione dipartimentali; le *équipe* specialistiche sono organizzate in 4 tecnostrutture, con responsabilità unica e individuata: Informazione e Comunicazione; Programmazione e Controllo direzionali; Formazione; Governo clinico. Per ciascuno Staff il *Regolamento* dichiara: la *mission*; le attività di standardizzazione (processi, *input*, capacità e *output*) e/o le funzioni di supporto; i raggruppamenti operativi; il posizionamento; il livello gerarchico (gli Staff sono esterni alla gerarchia costituita dalla autorità di *line* e operano a tutti i livelli dell'Organizzazione);
- si è esplicitata la configurazione di base dell'AUSL di Imola come "struttura a matrice": le *line* di produzione finale, ovvero di gestione delle attività tipiche, sono organizzate in dipartimenti; i processi/prodotti trasversali sono in capo alle Direzioni Tecniche Aziendali, che altresì coordinano i meccanismi d'integrazione. Per ogni Direzione Tecnica il *Regolamento* dichiara: la *mission*; il posizionamento (la Direzione Tecnica è in *line* alla Direzione Sanitaria e in relazione a matrice con i dipartimenti ospedalieri e territoriali); il livello gerarchico; le funzioni, specificando per ogni area d'intervento (governo clinico; rischio, responsabilità professionale e contenzioso; sicurezza dei lavoratori; organizzazione e gestione; monitoraggio e controllo; formazione e ricerca-sviluppo) se trattasi di responsabilità diretta, funzioni delegate e di supporto; i raggruppamenti operativi;
- si è descritta l'alta direzione, sia medica (Direttore di Dipartimento; Direttore di Unità Operativa Complessa) sia infermieristica (Responsabile Infermieristico e/o Tecnico di dipartimento; Coordinatore assistenziale). Per ciascun ruolo il *Regolamento* dichiara: il livello gerarchico; lo scopo dell'incarico dirigente; le funzioni nelle aree di governo clinico; rischio, responsabilità professionale e contenzioso; sicurezza dei lavoratori; organizzazione e gestione; monitoraggio e controllo; gestione delle risorse professionali e valutazione; formazione e ricerca-sviluppo.

Figura 4.10 - Assetto organizzativo dell'AUSL di Imola



Infine il *Regolamento Attuativo* declina la struttura organizzativa dei 9 dipartimenti aziendali, fino alle Strutture Semplici/Programmi di Unità Operativa Complessa, ovvero fino a tutti gli incarichi gestionali (*mission* del dipartimento; posizionamento; articolazione organizzativa, con classificazione delle articolazioni interne e descrizione delle competenze) e riporta una regolamentazione debole e univoca per l'Organo collegiale di dipartimento, il Comitato.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

Nell'AUSL di Imola è stato implementato un sistema di gestione integrata del rischio e sono in via di definizione alcuni indicatori per monitorare, rilevare, analizzare e trattare gli infortuni, sia come casi singoli - tramite una inchiesta interna svolta quando l'infortunio accade - sia su base annuale, al fine della quantificazione del fenomeno. Nell'esercizio 2008 sono stati rilevati 146 infortuni totali, di cui 60 a rischio biologico (paragrafo 4.3.2). La normativa regionale prevede che, dal 2009, vengano attuate iniziative volte a prevenire e rilevare anche il fenomeno di *burn-out* - esito patologico di un processo stressogeno, che colpisce chi esercita "professioni d'aiuto", qualora non riesca a rispondere in maniera adeguata ai carichi "emotivamente" eccessivi, generati dalle situazioni interpersonali - e più in generale i rischi correlati allo *stress* sul lavoro. Rispetto a quest'ambito l'AUSL di Imola intende applicare le linee guida prodotte a livello regionale, per le quali ha collaborato in sede di stesura. Al momento, in risposta alle eventuali richieste individuali esiste un servizio interno di Medicina preventiva/Medico competente, per valutare e seguire i singoli casi.

4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali

I dipendenti dell'AUSL di Imola, in base ai risultati acquisiti tramite la valutazione dei rischi e alle mansioni effettivamente svolte, vengono sottoposti a visita medica e accertamenti chimico, clinici e strumentali, con la periodicità prevista dal *Protocollo sanitario del Medico competente*. Il Medico durante la visita informa i lavoratori sul significato degli accertamenti sanitari, cui sono sottoposti, sull'utilizzo corretto dei Dispositivi di Protezione Individuale, e rilascia una copia della documentazione sanitaria. Il Servizio Medicina preventiva conserva le cartelle sanitarie individuali dei lavoratori, nel rispetto della *privacy* e del segreto professionale; durante l'esercizio in esame è stata altresì implementata la cartella sanitaria informatizzata, che consente una gestione dinamica dei risultati degli accertamenti effettuati.

Nel 2008 le visite di "sorveglianza sanitaria" risultano complessivamente 726, in calo rispetto all'anno precedente (-12); diminuisce più sensibilmente il numero di visite periodiche (-34,4%), contro un incremento di visite preventive e straordinarie (su richiesta del singolo) pari al +21,7%.

Tabella 4.11 - Attività di sorveglianza sanitaria dell'AUSL di Imola. Anni 2007 e 2008

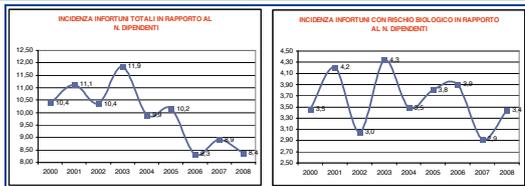
Attività di sorveglianza	2007	2008	Var assoluta	Var %
N°visite effettuate	738	726	-12	-1,6%
N°visite periodiche	451	296	-155	-34,4%
N°visite preventive + visite a richiesta	286	348	62	21,7%

Dei 672 dipendenti visitati nel corso del 2008, 109 sono risultati idonei con prescrizioni o raccomandazioni, e 40 parzialmente idonei temporanei o permanenti.

4.3.2 Andamento del fenomeno infortunistico

Nei Grafici 4.12 si evidenziano i trend di lungo periodo, relativi all'incidenza generale di infortuni e all'indice degli infortuni con rischio biologico, rapportati ai dipendenti dell'AUSL di Imola (2000-2008). Durante l'anno in esame sono stati rilevati complessivamente 146 infortuni, di cui 60 a rischio biologico: l'indice di incidenza per gli infortuni totali è di 8,37, e per gli infortuni a rischio biologico risulta pari a 3,44.

Grafici 4.12 - Incidenza di infortuni di dipendenti nell'AUSL di Imola. Periodo 2000-2008



Il confronto con gli indici 2007 evidenzia nel 2008 una diminuzione lieve dei casi di infortuni totali - che riporta l'indice al valore registrato nel 2006 - e un aumento di casi di infortunio a rischio biologico. Le malattie professionali denunciate sono state 2, entrambe non riconosciute.

4.4 Formazione

Nel 2008 - a seguito dell'adozione dell'Atto Aziendale - si è stabilizzato l'assetto organizzativo della funzione Formazione all'interno dell'Azienda e, contemporaneamente, si è dato avvio al percorso di riorganizzazione necessario per dare piena attuazione a quanto stabilito nel documento. Le aree in cui si è realizzata la programmazione formativa aziendale sono:

- Formazione continua.** In quest'area le due priorità affrontate sono state: 1) sostenere l'esercizio delle responsabilità assegnate ai Direttori di Dipartimento sulle attività di specie, mediante l'elaborazione di una reportistica strutturata e periodica; 2) identificare i Referenti della Formazione di Dipartimento e accompagnarli nell'acquisizione delle competenze richieste per ricoprire il ruolo, sostenendo e sviluppando la rete degli stessi;
- Collaborazione alla Formazione Universitaria.** Questa area si è ulteriormente sviluppata nel corso dell'anno, in quanto si sono rese necessarie forme importanti di collaborazione con altre Facoltà presenti sul territorio, per garantire l'avvio dei corsi del Plesso didattico dell'Università di Bologna presso Palazzo Vespi gnani (Sezione 6, paragrafo 6.5);

- Collaborazione con altri Enti di Formazione,** per quanto attiene la formazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica;
- Formazione a favore di soggetti esterni all'Azienda,** che - in virtù dei rapporti di forte collaborazione tra l'AUSL e il Territorio - richiedono interventi formativi soprattutto sui temi del primo soccorso.

4.4.1 Pianificazione dell'attività formativa

La formazione continua è uno strumento importante di cambiamento dei comportamenti, individuali e collettivi, necessario per promuovere lo sviluppo professionale. È anche una attività tipica di tutte le AUSL e AO del Sistema Sanitario Regionale, indispensabile per garantire nel tempo la qualità e l'innovazione dei servizi. Il sistema ECM è uno meccanismo che assicura la formazione continua, finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e a supportare i comportamenti degli operatori sanitari, con l'obiettivo di coniugare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza dell'assistenza. Si ricorda che l'AUSL di Imola è *Provider ECM*, ossia - a livelli nazionale e regionale - può proporre attività formative da accreditare, realizzare iniziative, e rilasciare le certificazioni riportanti il numero dei crediti direttamente ai partecipanti.

Il Piano della Formazione (PAF) - come ampiamente descritto nel *Bilancio di Missione 2007* - rappresenta lo strumento principale di programmazione delle attività formative e costituisce pertanto il "cuore" del sistema di governo della Formazione, in quanto valorizza la formazione in funzione degli obiettivi strategici, del modello organizzativo e delle esigenze del personale, sia collettive sia individuali. Questo documento ufficiale viene elaborato contestualmente al processo di *budget* ed è predisposto dal Collegio di Direzione, con periodicità annuale: è composto dall'analisi dei bisogni formativi delle figure professionali interessate, dalla definizione degli obiettivi prioritari e dalla descrizione delle strategie e delle azioni previste, sotto il profilo della progettazione, erogazione e della valutazione degli effetti, rispetto agli obiettivi iniziali; contiene altresì la formalizzazione del *budget* delle risorse economiche da dedicare alla formazione del personale e gli orientamenti gestionali di realizzazione. Il percorso che ha portato alla definizione del PAF 2008 è stato articolato nelle fasi di seguito descritte.

a) **Fase propedeutica all'avvio della rilevazione dei bisogni formativi.** Preliminare all'avvio della rilevazione del fabbisogno formativo, sulla base delle informazioni disponibili, è stata condotta una riflessione in seno al Collegio di Direzione riguardante alcuni aspetti emersi dall'analisi della situazione "monte crediti ECM", maturati da ogni professionista, nel periodo 2004-2007; tale analisi ha messo in evidenza come la distribuzione dei crediti non fosse omogenea tra i dipendenti dell'Azienda, con situazioni anche di forte disuguaglianza, in termini di valori assoluti dei crediti maturati. Sulla base delle "nuove indicazioni" del sistema ECM, previste nell'Accordo Stato Regioni, siglato il 1/08/2007, si stabilisce che ogni operatore sanitario debba acquisire 50 crediti

all'anno (minimo 30; massimo 70) per un totale di 150 crediti formativi nel triennio 2008-2010; di questi, almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di quelli acquisiti negli anni della sperimentazione (2004-2007), indipendentemente dal numero totale di crediti maturati. Sono state poi affrontate le criticità emerse durante l'anno precedente, in termini di pianificazione e programmazione degli eventi formativi e con riguardo alle compatibilità organizzative; ci si è confrontati in merito agli obiettivi di sviluppo aziendale, al sistema di finanziamento della formazione aziendale, alla scarsa diversificazione di tipologie di formazione utilizzate, e agli istituti contrattuali usufruiti, da parte del personale, per accedere alla formazione esterna. Nella seduta del 28/02/2008 il Collegio di Direzione ha approvato le aree tematiche prioritarie, e puntualmente:

- processo di Accreditamento;
- attivazione del Nuovo Dipartimento Emergenza Accettazione;
- gestione del rischio (con riferimento particolare a percorso chirurgico, diagnostica per immagini e percorso emergenza);
- "accoglienza" e "prendersi cura" dell'utente;
- implementazione del nuovo assetto organizzativo derivato dal nuovo *Atto Aziendale*;
- mantenimento qualitativo delle attività e miglioramento dell'assistenza e delle competenze professionali specifiche;
- efficacia, appropriatezza ed efficienza dell'assistenza prestata.

Unitamente alle linee strategiche - nella fase pre-rilevazione del fabbisogno formativo - il Collegio di Direzione ha altresì previsto: un'equa distribuzione dei crediti ECM tra i diversi operatori afferenti ai Dipartimenti, fissando un *range* di riferimento entro cui posizionarsi nell'anno, tale da poter garantire una successiva programmazione della formazione da conseguire nel periodo ECM 2008-2010; una maggiore diversificazione delle tipologie (residenziale, sul campo, mista, FAD) in relazione agli obiettivi specifici delle singole iniziative; un maggiore utilizzo di tutti gli istituti contrattuali che consentono l'accesso alla formazione esterna.

b) **Rilevazione dei bisogni formativi.** Lo Staff Formazione ha presentato ai Dipartimenti gli obiettivi della formazione e i criteri di priorità per la raccolta del fabbisogno formativo, sulla base delle previsioni generali e degli obiettivi aziendali, di cui alla fase a), ed è stata consegnata la scheda di macroprogettazione da utilizzare per portare a sintesi le proposte formative dipartimentali. La scheda consente la raccolta di una serie di informazioni su: motivazione che sostiene la necessità di attivare un evento formativo; titolo dell'iniziativa; tipologia di formazione (residenziale esterna, interna, sul campo, etc.); obiettivi previsti; Responsabile dell'evento; monte ore previsto; crediti ECM presunti; numero di edizioni; numero partecipanti e loro qualifica; Unità Operativa/Struttura a cui è destinata l'iniziativa e risultato atteso (in termini di ricaduta organizzativa). Le Unità Operative/Strutture hanno effettuato l'analisi del loro bisogno formativo e formulato proposte che sono state raccolte e valutate, in termini di coerenza con gli obiettivi di Dipartimento, dal Direttore di Dipartimento stesso.

c) **Assegnazione risorse.** In sede di negoziazione di *budget* sono poi stati definiti gli obiettivi specifici di Dipartimento e sono state assegnate le risorse.

d) **Formulazione PAF e sua approvazione.** Al termine delle negoziazioni, lo Staff Formazione ha formulato una ipotesi di PAF, presentata al Collegio di Direzione per l'approvazione, con evidenza delle risorse economiche disponibili e delle singole schede di macroprogettazione dei Dipartimenti. Dopo il successivo invio in visione a tutte le OO.SS., il PAF è stato formalmente deliberato dal Direttore Generale in data 29/08/2008.

4.4.2 Tipologie delle attività di formazione

Le tipologie di formazione utilizzate nel corso del 2008 sono: (i) formazione residenziale interna; (ii) formazione esterna; (iii) formazione sul campo; (iv) formazione a distanza; (v) aggiornamento tramite documentazione scientifica (Biblioteca).

La formazione residenziale interna è rappresentata da tutti gli eventi progettati, gestiti, realizzati e valutati all'interno dell'Azienda. L'AUSL di Imola privilegia tale tipologia di formazione, per le tematiche possibili, e anche promuovendo la collaborazione tra Aziende. La macroprogettazione degli eventi è predisposta in fase di analisi del fabbisogno formativo, e - superate le validazioni di qualità previste dalle procedure aziendali - viene rappresentata all'interno del PAF. Sono ricompresi in questa tipologia formativa: i corsi, i convegni, i congressi, le conferenze, le giornate di studio e i seminari. Nel 2008 l'Azienda ha realizzato 143 corsi di formazione interna.

La formazione esterna si connota come una "modalità complementare", per i casi in cui il fabbisogno non sia intercettato da attività formative interne o perché particolarmente specialistico o per il limitato numero di dipendenti da coinvolgere. Tale modalità di formazione comporta la partecipazione individuale a iniziative di aggiornamento organizzate da terzi, nelle stesse forme di: corsi; convegni; congressi; seminari; etc.. La formazione viene autorizzata, in base alla categoria professionale di appartenenza del richiedente, dal Direttore o Coordinatore Infermieristico della Struttura a cui il professionista afferisce, raccolto il parere favorevole del Direttore o Responsabile Infermieristico di Dipartimento. Le iniziative esterne si distinguono in "*aggiornamento obbligatorio*", nei casi in cui prevale l'interesse dell'Azienda, e "*aggiornamento facoltativo*" nei casi in cui prevale l'interesse del singolo operatore.

Nel 2008 le partecipazioni a iniziative esterne sono state 1.313.

La formazione sul campo si realizza contestualmente all'attività lavorativa, mediante esperienze *on the job*, che modificano e arricchiscono le pratiche e le prassi. Rientrano in tale tipologia formativa - e possono pertanto essere valorizzate anche con il rilascio di crediti ECM - i gruppi di miglioramento, le partecipazioni ai Comitati, gli *audit* clinici e organizzativi, gli addestramenti, le partecipazioni a ricerche. Il Sistema ECM approvato dalla RER sostiene la valorizzazione di tale tipologia di formazione come elemento essenziale dei processi di Formazione Continua.

Nel 2008 l'AUSL di Imola ha realizzato 44 iniziative di formazione sul campo.

La formazione a distanza (FAD) riguarda tutte le modalità con cui le attività ECM possono essere trasmesse da utenti localizzati in sedi diverse da quelle in cui opera il docente/formatore. Queste sedi sono di solito molteplici e la fruizione può essere individuale o a gruppi, e avviene in tempi diversi dalla docenza, scelti singolarmente da ogni utilizzatore. La FAD è basata sulla preparazione di eventi formativi mediante l'utilizzo di materiali durevoli (cartacei, audio, video, informatici, elettronici, multimediali) che consentono la ripetitività illimitata della fruizione. Dal 2007 l'AUSL di Imola è membro del Consorzio MED3, insieme alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna, al Cineca, alle Aziende USL e Ospedaliere di Bologna e all'Istituto Ortopedico Rizzoli, questa opportunità ha permesso di erogare all'interno dell'Azienda alcuni pacchetti di formazione a distanza, e in particolare sono stati progettati e realizzati 2 corsi per MED3: *La prevenzione del rischio biologico in Sanità per i neo assunti*, *La riabilitazione della spalla*.

Nel 2008 circa 415 dipendenti hanno frequentato corsi FAD, per un totale di 4.872 crediti ECM.

L'aggiornamento tramite documentazione scientifica - che avviene essenzialmente nell'ambito del Servizio Biblioteca - pone quale principale obiettivo la facilitazione dell'accesso alle conoscenze, tramite il corretto utilizzo dell'informazione scientifica. La riqualificazione della Biblioteca aziendale è avvenuta grazie all'utilizzo dell'informatica e del *web*, che hanno consentito la razionalizzazione del patrimonio, la conversione di gran parte delle riviste scientifiche (da cartaceo a elettronico) e l'acquisizione di competenze, per l'utilizzo di corrette metodologie di ricerca in ambito *Evidence Based Medicine*, da parte dei professionisti addetti.

Nel corso dell'anno sono stati 146 gli accessi alla Biblioteca e le richieste via *e-mail*, di cui 35 consulenze *e/o tutoring* ai professionisti che consultano le banche dati e le risorse in rete. La fruizione delle risorse informative è facilitata anche dalla possibilità di accedere alla rete aziendale tramite apposita pagina, per tutti gli utenti abilitati - che al 31/12/2008 risultano 1.931 - mentre gli utenti dell'AUSL di Imola abilitati all'accesso WEB, al 31/12/2008, risultano circa 890.

Figura 4.13 - Pagina intranet dell'AUSL di Imola per accedere ai servizi online della Biblioteca



Complessivamente si sono registrati 2.985 accessi alle risorse *online* (catalogo AtoZ Ebsco) in calo rispetto al 2007, a seguito dell'applicazione del *Disciplinare sull'utilizzo delle strumentazioni*

elettroniche, che regolamenta e limita gli accessi a internet dalle postazioni aziendali. Si è ulteriormente potenziata la rete di collaborazione con altre Biblioteche nazionali e regionali: 132 le richieste di articoli scientifici verso altre biblioteche (*document delivery*) e 100 le richieste di articoli scientifici da altre biblioteche.

L'attività in oggetto è stata in parte sollecitata anche dall'aumentato di studenti frequentanti i corsi universitari presso l'AUSL di Imola, che si rivolgono sempre di più al Servizio della Biblioteca: 62 sono stati gli accessi di studenti dei corsi universitari per ricerche scientifiche, recupero di materiale bibliografico e supporto alla stesura delle tesi.

Dal 2008 l'AUSL di Imola, in base ad alcune valutazioni sui costi ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, non aderisce più al progetto "Biblioteca Metropolitana *online*", gestendo direttamente e in autonomia le risorse editoriali necessarie al proprio fabbisogno, attraverso l'implementazione di un catalogo virtuale di oltre 3.600 riviste *online* e 8 banche dati medico-scientifiche; è invece continuata la collaborazione con il Consorzio GOT (costituito da 12 Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna e presieduto dalla Soprintendenza ai Beni Librari e Documentari) per l'acquisizione consortile e la gestione aggregata di risorse informative selezionate e valutate, fino al 2010.

Tabella 4.14 - Dipendenti beneficiari del Diritto allo Studio. Anno 2008

Profilo	N.ro dipendenti	Corso
O.S.S.	1	Diploma
Assistente Amm.vo	1	Diploma
Operatore Tecnico	1	Laurea Tecnici Prevenzione
Infermiere	1	Master
Assistente Sanitaria	1	Master
O.S.S.	4	Laurea in Infermieristica
Infermiere	2	Laurea
Tecnico della Prevenzione	1	Laurea Specialistica
Infermieri	8	Laurea Specialistica
Fisioterapista	2	Laurea Specialistica
Tecnico della Prevenzione	2	Laurea
Totale	24	

In fine, nella 4.14 si riportano, per profilo professionale di partenza e titolo di studio da conseguire, i 24 i dipendenti che nel 2008 hanno beneficiato del Diritto allo Studio.

4.4.3 Valutazione dell'attività formativa

Diversi sono i livelli di valutazione dell'attività formativa realizzata dall'AUSL di Imola: (i) in conformità a quanto richiesto dal sistema ECM, per tutti i corsi realizzati viene effettuata una valutazione di gradimento, livello di apprendimento e qualità della docenza; (ii) nella relazione finale del Responsabile del Corso, si esprime una valutazione sintetica sul raggiungimento degli obiettivi didattici e sul grado di adesione al programma formativo, con indicazione delle prospettive di sviluppo emerse al termine dell'esperienza e proposte da corsisti e docenti.

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

Un ulteriore livello di valutazione riguarda la ricaduta "gestionale" della formazione, espressa in report elaborati contestualmente alla reportistica budget. In particolare, nel 2008, sono stati forniti ai Direttori di Dipartimento dati relativi a:

- andamento economico del budget assegnato per la formazione, con il dettaglio della spesa per iniziative esterne e interne;
- numero crediti ECM acquisiti da parte dei dipendenti, rispetto al dato certo registrato nell'applicativo aziendale, unitamente alla stima dei crediti ECM generati dalla formazione esterna autorizzata o da percorsi FAD MED3;
- monte ore registrato con causale "presenza in Formazione" (interna ed esterna);
- gradi di realizzazione del PAF e di assorbimento del budget specifico dipartimentale;
- dettaglio delle iniziative interne realizzate o frequentate, e delle partecipazioni a iniziative esterne, per singolo professionista.

4.4.4 Attività formativa 2008 "in cifre"

Nell'anno in esame gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano: 1.126 dipendenti, su un totale di 1.744 (pari al 64,5%); 160 medici convenzionati.

L'AUSL di Imola ha realizzato 143 iniziative formative rivolte al personale dipendente (106 residenziali e 37 di formazione sul campo) che hanno dato origine a 244 edizioni, di cui 225 accreditate presso la Commissione Regionale ECM (181 residenziali e 44 di formazione sul campo); 18 edizioni non accreditate, relative a 15 corsi, sono state rivolte a personale non soggetto a obbligo ECM. In totale sono state frequentate 38.563 ore di formazione per i corsi interni aziendali, e sono state erogate 870 ore di docenza, svolte da dipendenti, nei percorsi di formazione residenziale. I dipendenti partecipanti alle iniziative di formazione interna sono stati complessivamente 4.500. Oltre a quanto riportato, sono state realizzate 9 iniziative formative che hanno dato luogo a 26 edizioni rivolte al personale convenzionato (MMG, Sumaisti, Guardia Medica), accreditate presso la Commissione Regionale ECM, per un totale di 125 ore di docenza e una presenza complessivamente di 608 partecipanti. Per quanto riguarda i Pediatri di Libera Scelta sono stati realizzate ulteriori 3 iniziative, per un totale di 15 ore di docenza e la partecipazione di 43 discenti. Sempre presso la Commissione Regionale ECM sono stati accreditati 8 eventi progettati dall'Agenzia Sanitaria Regionale.

L'AUSL di Imola ha inoltre progettato e realizzato 8 corsi riguardanti i temi della sicurezza, che hanno visto la partecipazione di 112 cittadini. Per quello che attiene il Progetto Pronto Blu (defibrillazione precoce) rivolto a personale laico, sono state 260 le persone in formazione, provenienti da Ditte, Istituzioni, Enti del Nuovo Circondario Imolese; nel corso dell'anno sono stati realizzati: una iniziativa di prima formazione e 28 edizioni di re-training, per complessive 75 ore di docenza.

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

Tabella 4.15 - Iniziative formative realizzate, distribuite per macroarea. Anno 2008

SOGGETTI DESTINATARI	MACROAREA	CORSI	EDIZIONI	CORSI NON Accreditati ECM	CORSI Accreditati ECM con Minirete	CORSI Accreditati ECM con REE	EDIZIONI Accreditate ECM con REE
DIPENDENTI	Accreditamento	13	28	1	0	12	27
	Conoscenza/Qualificazione	12	18	0	0	11	17
	Governo Clinico	0	3	0	0	0	3
	Sicurezza/Rischio clinico	15	40	0	0	15	40
	Management/Organizzativa	10	13	2	0	8	11
	Professionalità	31	142	11	1	79	127
Totale	143	244	15	1	127	225	
EMERGI CONVENZIONATI	Scienza rivolto a MMG	2	10	0	0	2	10
	Professionalità rivolto a MMG	6	15	0	0	6	15
	Professionalità rivolto a FCS/LS	0	3	0	0	0	3
	Relazionale (rivolto a Specialisti Convenzionati)	1	1	0	0	1	1
	Totale	12	29	0	0	12	29
ASSR	Trasversale	8	8	0	0	8	8
	Totale	8	8	0	0	8	8
ERT/IRN	Progetto defibrillazione Precoce (Pronto Blu) Formazione	1	1	1			
	Progetto defibrillazione Precoce (Pronto Blu) Re-training	1	28	1			
	Sicurezza Aziendale Formazione	1	3	1			
	Pronto Soccorso Pediatrico	1	1				
	Sicurezza Aziendale Re-training	1	4	1			
	Totale	5	37	5			
Totale Generale	168	318	20	1	147	262	

L'attività formativa realizzata a livello aziendale ha rispettato le indicazioni formulate dal Collegio di Direzione: i temi trattati (Tabella 4.15) rientrano nelle aree di priorità individuata; le tipologie di formazione sono state diversificate, portando la formazione sul campo dalle 26 edizioni del 2007, alle 44 del 2008; l'utilizzo della FAD è stato incrementato, rispetto alla fase di avvio 2007, in particolare, sono stati fruiti 7 corsi da 415 dipendenti (+75), maturando complessivamente 4.872 crediti ECM (Tabella 4.16).

Tabella 4.16 – Iniziative di Formative a Distanza realizzate nell'anno 2008

Corsi Formazione a Distanza (FAD)	Partecipanti	Crediti ECM del corso	Totale crediti maturati
Sistemi impiantistici infusivi	25	6	150
EBN Ulcere da Pressione	50	8	400
Inglese scientifico 1° livello	78	15	1.140
HIV-AIDS	98	13	1.274
L. 626 Movimentazione carichi	53	10	530
Privacy	96	14	1.344
Metodiche di iniezione intramuscolare	17	2	34
Totale	415		4.872

A seguito della attività formativa pianificata, progettata e realizzata il "monte crediti" prodotto è pari a 47.322, con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM di 38,75, in linea con le indicazioni fornite ex ante dal Collegio di Direzione.

Tabella 4.17 - Crediti ECM acquisiti al 31/12/2008, nell'Azienda USL di Imola

Personale 2008	N°	Crediti Formazione INTERNA	Crediti Formazione ESTERNA*	Totale	Stima Monte crediti anno (media 30 crediti pro capite)	Medio crediti pro capite raggiunti
Dipendenti con obbligo ECM	1.126	32.141	11.486	43.627	33.000	38,75
Convenzionato	160	3.695	3.695	4.800	4.800	23,09
Totale	1.286	35.836	11.486	47.322	37.800	36,80

(*) Crediti che il dipendente matura a titolo personale, utilizzando risorse proprie, i quali vengono registrati se il partecipante invia l'attestazione

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

I dati riportati in Tabella 4.17 fanno riferimento a quanto registrato al 31/12/2008; in assenza di formale attribuzione crediti da parte della Commissione Regionale ECM, agli eventi realizzati nella seconda metà dell'anno 2008, si è proceduto attribuendo i crediti proposti in fase di trasmissione; il dato sulla formazione interna è da ritenersi completo, mentre quello relativo alla formazione esterna accreditata non può essere considerato esaustivo, in quanto si è registrata solo la documentazione pervenuta allo Staff Formazione (Tabella 4.18).

Tabella 4.18 - Aggiornamento Esterno Autorizzato e attestazioni ECM pervenute

Profilo	Pratiche di Aggiornamento Esterno Autorizzate	Attestazioni ECM pervenute	% Attestazioni ECM pervenute
DIRIGENZA	604	73	12%
COMPARTO Area Sanitaria	543	498	92%
COMPARTO Area Amministrativa	166	0	0%
Totale	1.313	571	43%

A proposito dell'invio incompleto, si rileva che - per quanto l'aggiornamento sia autorizzato e generi un valore di aggiornamento del "fascicolo individuale" - la presentazione in Azienda delle attestazioni ECM dei corsi frequentati resta al di sotto del 50%.

Ciò detto, in Tabella 4.19 si riportano i crediti ECM maturati nel 2008, scomposti per profili professionali (in riga) e per posizionamento nei range 0-19, 20-50, >50 (in colonna).

Tabella 4.19 - Grado di copertura ECM nell'AUSL di Imola. Anno 2008

Professioni	Dipendenti con obbligo ECM al 31/12/2008	Professionisti che hanno conseguito da 0 a 19 crediti	Professionisti che hanno conseguito da 20 a 50 crediti	Professionisti che hanno conseguito oltre 50 crediti
assistente sanitario	17	3	13	
biologo	6	3	3	
chimico	1	1		
dietista	4		4	
educatore professionale	5	2	2	1
farmacista	5	1	2	2
fisico				
fisioterapista	31	7	21	3
igienista dentisti				
infermiere	707	134	298	255
infermiere pediatrico				
logopedista	6		6	
medico chirurgo	212	58	100	31
odontoiatra				
odontotecnico				
ortottista	2		2	
ostetrico	17	4	12	
ottico				
pedologo				
psicologo	7		5	2
tecnico audiometrista	3		1	
tecnico audioprotesista				
tecnico della prevenzione nell'amb. di lavoro	17	3	8	4
tecnico di neuropsicopatologia	3	1	1	
tecnico edu. e riabil. psich. e psicosoc.				
tecnico fisioterap. cardiac. e pert. cardiaci				
tecnico ortopedico				
tecnico sanitario di laboratorio biomedico	38	2	28	9
tecnico sanitario di radiologia medica	36	14	16	
terapista della neuropsicopatologia e psicomotricità nell'amb. evolutivo				
terapista occupazionale	9	1	5	
veterinario				
Totale	1.126	234	523	311
% su totale dipendenti obbligo ECM		20,8%		74,1%

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

I dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2008 per la realizzazione delle varie iniziative sono:

- n. 131 dipendenti a cui sono state affidate funzioni di coordinamento/direzione di corso;
- n. 18 dipendenti a cui sono state affidate funzioni di coordinamento/direzione di corsi rivolti ad esterni;
- n. 331 dipendenti a cui sono stati affidati incarichi di docenza per la formazione continua;
- n. 84 dipendenti a cui sono stati affidate funzioni di *tutoring* per la formazione continua, di cui 62 iniziative di formazione sul campo e 26 iniziative di formazione residenziale;
- n. 143 professionisti esterni a cui sono stati affidati incarichi di docenza/relatore.

Tabella 4.20 - Incarichi didattici nell'ambito della Formazione Continua. Anno 2008

Formazione Continua: incarichi didattici	Dipendenti	Non Dipendenti	Totale
Docenti	331	143	474
Tutor	84		84
Direttore/Responsabile Corso rivolto a dipendenti	131		131
Direttore/Responsabile Corso rivolto a Esterni	18		18
Totale	564	143	707

I crediti maturati in attività di *tutoring* risultano complessivamente pari a 1.503, a fronte di un monte ore di tutorato svolto di 2.846.

Alla formazione organizzata e gestita dall'AUSL di Imola ha partecipato, oltre al personale dipendente e convenzionato, anche personale esterno (Tabella 4.21).

Tabella 4.21 - Partecipanti alla Formazione Interna ed Esterna e crediti acquisiti. Anno 2008

Partecipanti	Formazione Esterna	Formazione Interna	Crediti acquisiti
Dipendenti AUSL	1.313	4.500	43.627
Convenzionati		651	3.695
Esterni		445	2.337
Totale	1.313	5.599	49.659

4.4.5 Costi della formazione

Il *Budget* complessivo per la Formazione aziendale è determinato dalla Direzione Generale, nel rispetto della *Circolare del Ministero per la Funzione Pubblica n. 14 del 24/04/1995* (ovvero, stanziamento pari ad almeno un punto percentuale del monte retributivo).

Il *Budget* 2008 si compone di:

- stanziamento aziendale destinato alla formazione in tutte le sue tipologie (interna, esterna, FAD);
- stanziamento aziendale per aggiornamento tramite documentazione scientifica (Biblioteca);

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

- fondi finalizzati/vincolati;
- fondi derivanti da sponsorizzazioni esterne (nel rispetto delle indicazioni sull'assenza dei conflitti di interesse).

Il Budget 2008 di importo complessivo pari a € 523.660, è stato suddiviso in:

- budget per il finanziamento della formazione strategica trasversale, ovvero delle iniziative promosse direttamente dalla Direzione Generale e/o dalle Direzioni Tecniche Aziendali;
- budget per la Biblioteca Aziendale;
- budget per il finanziamento della formazione promossa dai Dipartimenti.

Tabella 4.22 - Budget 2008 per la Formazione dell'AUSL di Imola

Strutture	Quota assegnata	% sul totale
Formazione trasversale	€ 113.690,00	21,7%
Direzioni Tecniche	€ 11.000,00	2,1%
Biblioteca Aziendale	€ 159.000,00	30,4%
Uffici di Staff	€ 12.000,00	2,3%
Dipartimento Sanità Pubblica	€ 13.000,00	2,5%
Dipartimento Materno Infantile	€ 10.000,00	1,9%
Distretto/ Dipartimento Cure Primarie	€ 26.000,00	5,0%
Dipartimento Salute Mentale	€ 35.000,00	6,7%
Dipartimento Amministrativo	€ 50.000,00	9,5%
Dipartimento Chirurgico	€ 24.000,00	4,6%
Dipartimento Medico	€ 16.000,00	3,1%
Dipartimento Emergenza Accettazione	€ 44.000,00	8,4%
Dipartimento Servizi Intermedi	€ 10.000,00	1,9%
Totale	€ 523.660,00	100%

Complessivamente, nel 2008, sono stati utilizzati € 538.753,41, di cui € 432.273,04 da Fondo aziendale stanziato per la formazione e € 106.480,37 da Fondi vincolati.

La ripartizione delle spese tra le Strutture aziendali, suddivisa tra formazione interna ed esterna, secondo l'Assetto organizzativo previsto dall'Atto Aziendale, è rappresentata in Tabella 4.23.

Tabella 4.23 - Spesa 2008 per la Formazione dell'AUSL di Imola

Strutture	Spesa per formazione interna		Spesa per formazione esterna		Totale
	Da budget	Fondi Vincolati	Da budget	Fondi Vincolati	
Formazione trasversale	€106.893,95	€90.723,19			€167.617,14
Direzioni Tecniche	€3.344,42		€4.959,31		€8.303,73
Uffici di Staff	€9.791,00		€2.271,61		€12.062,61
Biblioteca Aziendale	€165.853,00				€165.853,00
Dipartimento Sanità Pubblica	€4.600,00	€17.026,17	€3.740,84		€15.367,01
Distretto/Dipartimento Cure Primarie	€790,04	€17.323,38	€3.740,07		€18.219,49
Dipartimento Salute Mentale	€14.865,43		€5.789,25		€20.654,68
Dipartimento Amministrativo	€22.708,47		€24.948,29		€47.656,76
Dipartimento Chirurgico	€1.181,54		€5.239,97		€7.421,51
Dipartimento Medico	€5.862,70		€2.753,91	€725,37	€9.341,98
Dipartimento Materno Infantile	€1.032,80		€7.187,79	€6.759,18	€14.979,77
Dipartimento Emergenza Accettazione	€16.045,68		€14.221,00	€2.080,65	€32.347,33
Dipartimento Servizi Intermedi	€402,77		€4.703,20	€3.942,43	€8.948,40
	€353.372,80	€93.072,74	€78.900,24	€13.407,83	
Totale	€446.445,54		€2.307,87		€538.753,41
	83%		17%		

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

La spesa per la Formazione interna dei Medici convenzionati è stata pari a € 13.009,60; il costo complessivo per la formazione dei dipendenti con obbligo ECM è stato pari a € 234.568,75; il costo sostenuto per la formazione dei dipendenti senza obbligo ECM è risultato pari a € 56.866,60.

Tabella 4.24 - Spesa 2008 per Formazione Interna ed Esterna, suddivisa tra dipendenti con ECM e dipendenti NO ECM, dell'AUSL di Imola

Formazione INTERNA		Formazione ESTERNA	
ECM	NO ECM	ECM	NO ECM
€167.209,17	€31.918,31	€67.359,58	€24.948,29

Oltre ai costi diretti della formazione, si riporta - in Tabella 4.25 - la stima del costo generato dalla presenza in servizio del personale impegnato in attività formative.

Tabella 4.25 - Stima del costo generato dalle ore di formazione limbrate del personale. Anno 2008

Dipartimento	PROFILLO	Ore di Formazione erogate	Costo orario medio (€)	Stima costo totale (€)	Dipartimento	PROFILLO	Ore di Formazione erogate	Costo orario medio (€)	Stima costo totale (€)
DEA	INFERMIERE	1.900,11	€11,11	€21.111,31	SEMI-INTENSIVO	AMMINISTRATIVO	29,74	€14,60	€434,24
	AUXILIARIA AUSILIARIA SANZA	278,63	€11,11	€3.095,82		OPERATORE TECN.	29,24	€13,09	€382,47
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	130,27	€11,11	€1.448,21		LABORANTE	29,45	€12,00	€353,40
	AUXILIARIO	26,49	€12,20	€323,10		OSTETRIKA	29,24	€15,19	€443,54
	Totale comparto	€300,10		€3.867,83		INFERMIERE	699,54	€15,17	€10.614,52
	MECCANICO	2.135,47	€30,20	€64.492,20		TECN. STORIOGRAFIA	29,24	€15,19	€443,54
	TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€6.657,14		€74.970,20		TECN. STORIOGRAFIA	29,24	€15,19	€443,54
	ASSISTENTE SOCIALE	278,33	€15,11	€4.205,87		ASSISTENTE SANITARIA	29,24	€15,19	€443,54
	OPERATORE PROFESSIONALE	300,19	€15,11	€4.535,89		TECN. SANI SANI SANI	3.872,20	€15,11	€58.514,44
	LOGICISTA/INFERMIERE	137,18	€15,11	€2.073,82		TECN. SANI SANI SANI	227,41	€15,19	€3.455,26
LOGICISTA	300,19	€15,11	€4.535,89	ISTITUTO FARMACIA	27,25	€13,11	€357,34		
INFERMIERE	1.887,48	€15,11	€28.525,11	OPERATORE SOCIO SANITARIO	69,73	€15,11	€1.053,65		
OPERATORE SOCIO SANITARIO	300,19	€15,11	€4.535,89	Totale comparto	€3.868,30		€43.584,93		
Totale comparto	€3.868,30		€42.702,47	MECCANICO	89,24	€30,20	€2.695,04		
MECCANICO	1.000,00	€30,20	€30.200,00	TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€3.868,30		€43.584,93		
PSICOLOGO	174,20	€30,20	€5.250,84	TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€3.868,30		€43.584,93		
PSICOLOGO	69,20	€30,20	€2.089,84	AMMINISTRATIVO	19,70	€14,60	€285,62		
TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€1.192,20		€18.340,69	Totale comparto	€6,72		€98,22		
ASSISTENTE SANITARIA	1.000,00	€15,11	€15.110,00	OSTETRIKA	116,24	€15,11	€1.756,44		
ASSISTENTE SANITARIA	222,67	€15,11	€3.364,23	OSTETRIKA	116,24	€15,11	€1.756,44		
Totale comparto	€1.222,67		€18.474,23	ASSISTENTE SANITARIA	116,24	€15,11	€1.756,44		
MECCANICO	1.288,50		€18.811,60	OPERATORE SOCIO SANITARIO	116,24	€15,11	€1.756,44		
MECCANICO	57,50	€30,20	€1.736,50	Totale comparto	€2.358,68		€27.871,16		
VELETERO/MECCANICO	503,29	€30,20	€1.520,72	PSICOLOGO	139,47	€30,20	€4.211,99		
MECCANICO	116,24	€30,20	€3.510,24	TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€2.358,68		€27.871,16		
AMMINISTRATIVO	69,27	€14,60	€1.009,22	ASSISTENTE SANITARIA	116,24	€15,11	€1.756,44		
TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€2.047,05		€26.024,15	ASSISTENTE SANITARIA	116,24	€15,11	€1.756,44		
TECN. INFERMIERISTICA	38,40	€15,11	€5.805,80	ASSISTENTE SANITARIA	116,24	€15,11	€1.756,44		
OPERATORE SOCIO SANITARIO	4.222,67	€15,11	€63.828,65	ASSISTENTE SANITARIA	116,24	€15,11	€1.756,44		
MECCANICO	5.277,41	€30,20	€158.376,41	ASSISTENTE SANITARIA	116,24	€15,11	€1.756,44		
MECCANICO	1.807,49	€30,20	€54.581,17	TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€3.868,30		€43.584,93		
TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€10.879,49		€139.324,34	ASSISTENTE SANITARIA	116,24	€15,11	€1.756,44		
LABORANTE	1.390,35	€15,11	€20.998,49	ASSISTENTE SANITARIA - CENTRO ELETT.	29,24	€15,11	€443,54		
MECCANICO	1.390,35	€15,11	€20.998,49	ASSISTENTE SANITARIA	29,24	€15,11	€443,54		
OPERATORE SOCIO SANITARIO	1.000,00	€15,11	€15.110,00	ASSISTENTE SANITARIA	29,24	€15,11	€443,54		
OPERATORE SOCIO SANITARIO	1.000,00	€15,11	€15.110,00	MECCANICO	29,24	€30,20	€882,08		
Totale comparto	€3.380,35		€52.218,18	TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€3.868,30		€43.584,93		
TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€3.380,35		€52.218,18	MECCANICO	29,24	€30,20	€882,08		
OSTETRIKA	1.000,00	€15,11	€15.110,00	TOTALE GENERALE STAFF	€3.868,30		€43.584,93		
OSTETRIKA	891,27	€15,11	€13.562,00	PSICOLOGO	69,20	€30,20	€2.089,84		
OPERATORE SANITARIA	31,20	€15,11	€472,00	PSICOLOGO	222,67	€30,20	€6.724,54		
TECN. SANI SANI SANI	99,46	€15,11	€1.501,97	ASSISTENTE SOCIALE	219,25	€30,20	€6.621,50		
OPERATORE SOCIO SANITARIO	31,20	€15,11	€472,00	OPERATORE SOCIO SANITARIO	116,24	€15,11	€1.756,44		
Totale comparto	€1.294,97		€19.956,41	OPERATORE SOCIO SANITARIO	116,24	€15,11	€1.756,44		
TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€1.294,97		€19.956,41	OPERATORE SOCIO SANITARIO	116,24	€15,11	€1.756,44		
MECCANICO	1.000,00	€30,20	€30.200,00	AMMINISTRATIVO	29,24	€14,60	€427,04		
TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€1.000,00		€30.200,00	TOTALE GENERALE DIR. TECNICHE	€1.310,47		€19.397,37		
TOTALE GENERALE DIPARTIMENTO	€1.000,00		€30.200,00						
TOTALE GENERALE			€12.820,64						
TOTALE STRA COSTO GENERALE FORMAZIONE AZIENDALE			€7.873,87						

Le ore identificate dalla causale "presenza in formazione", sono state aggregate per singole qualifiche e struttura di appartenenza; le stesse ore sono state moltiplicate per l'importo economico di riferimento "costo orario con oneri e IRAP".

4.4.6 Collaborazione con altri Enti di Formazione

Le Strutture aziendali sono state sede per lo svolgimento di tirocini e *stage*, realizzati in collaborazione con diverse Scuole ed Enti di Formazione.

Tabella 4.27 - Tirocini e stage svolti nell'AUSL di Imola e n. studenti in inserimento. Anno 2008

	Corso di Studio	Tipologia tirocinio	Studenti/Tirocinanti
Istituti Secondari	Liceo Scientifico	Borsa di studio	5
	Istituto Tecnico Professionale	stage	8
	Enti di Formazione	stage	2
Enti di Formazione	Riqualifica del personale AdB verso O.S.S.	stage	15
	4°anno studenti "Istituto Paolini Cassiano"	stage per acquisizione moduli di competenza	19
	5°anno studenti "Istituto Paolini Cassiano"	stage per acquisizione moduli di competenza	17
Totale studenti			66

Il prospetto riepilogativo di Tabella 4.27 evidenzia il coinvolgimento di 66 studenti in attività di *stage* presso l'AUSL di Imola.

In Tabella 4.28 si riporta una sintesi delle attività sia di tirocinio sia di *stage* presso l'Azienda, che hanno coinvolto complessivamente 454 studenti.

Tabella 4.28 - Tirocini e stage svolti presso l'AUSL di Imola e n. studenti coinvolti. Anno 2008

	Corso di Studio	Tipologia tirocinio	Studenti/Tirocinanti
Lauree in Medicina e Chirurgia	Laurea in Medicina e Chirurgia	Pre Laurea c/o ambulatorio MMG	5
	Laurea in Medicina e Chirurgia	Preabilitazione Medicina Ambulatorio MMG	4
	Totale laureandi		9
Specializzazioni	Scuola di specialità in Urologia - Università degli Studi di Bologna	Curriculare c/o U.O. di Urologia	4
	Scuola di specialità in Ortopedia - Università degli Studi di Bologna	Curriculare c/o U.O. di Ortopedia	1
	Scuola di specialità in Neurologia - Università degli Studi di Bologna	Curriculare c/o U.O. di Neurologia e Dialisi	1
	Scuola di specialità in Anestesiologia e Rianimazione Università degli Studi di Ferrara	Curriculare c/o U.O. di Anestesiologia e Rianimazione	2
	Scuola di specialità in Radiologia Università degli Studi di Ferrara	Curriculare U.O. di Radiologia	4
Totale specializzandi		12	
Lauree in Professioni Sanitarie	Laurea in Fisioterapia	Curricolare	76
	Laurea in Infermieristica	Curricolare	110
	Laurea in educazione Professionale	Curricolare	98
	Laurea in Tecniche della Prevenzione	Curricolare	66
	Totale studenti		350
Altri Corsi di Laurea	Scienze Biologiche	Curriculare c/o U.O. di Anatomia Patologica	2
	Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche	Curriculare c/o Staff Formazione	2
	Servizio Sociale	Curricolare c/o DSM e Servizio Sociale Cep.	3
	Scienze Politiche corso di Sociologia	Curricolare c/o Staff Formazione	1
	Scienze della Formazione	Curricolare c/o Staff Formazione	1
	Laurea Specialistica area della Prevenzione	Curricolare c/o DSP	1
	Laurea in Fisioterapie (ita altra Università)	Curricolare c/o UCMR	1
Totale studenti		13	
Istituti Secondari	Liceo Scientifico	Borsa di studio	5
	Istituto Tecnico Professionale	stage	8
	Enti di Formazione	stage	2
	Totale studenti		15
Enti di Formazione	Riqualifica del personale AdB verso O.S.S.	stage	15
	4°anno studenti "Istituto Paolini Cassiano"	stage p-acquisizione moduli di competenza	19
	5°anno studenti "Istituto Paolini Cassiano"	stage p-acquisizione moduli di competenza	17
	Totale studenti		51
Totale generale studenti			454

In riferimento all'attività formativa per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio sanitario (OSS), nel corso del 2008 è stata garantita la collaborazione - come indicato nei documenti regionali di riferimento - agli Enti di Formazione Professionale, per la realizzazione dei percorsi di prima formazione e riqualificazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica, e ad altre Aziende Sanitarie ed Enti di Formazione della Provincia di Bologna, per ospitare gli allievi dei percorsi di riqualificazione professionale rivolti agli Assistenti di Base (AdB).

Tabella 4.29 - Corsi per OSS e di riqualificazione AdB e n. studenti coinvolti. Anno 2008

Tipologia Corso	Ente di Formazione	Studenti
Corso di prima Formazione OSS (1.000 ore)	CIOFS	25
Corso di riqualificazione sul lavoro per operatori AdB verso qualifica OSS (500 ore)	Forum	26
Modulo per la certificazione di competenze spendibili per la qualifica OSS - Studenti 4° anno "Istituto Paolini Cassiano"	ISCOM	19
Modulo per la certificazione di competenze spendibili per la qualifica OSS - Studenti 5° anno "Istituto Paolini Cassiano"	ISCOM	17
Totale		87

Il corso di formazione iniziale per l'ottenimento della qualifica OSS, rivolto a 25 studenti, è stato avviato in collaborazione con il CIOFS, a novembre 2008; è stato altresì garantito e realizzato - come da programmazione provinciale - un corso di riqualificazione rivolto a 26 AdB con 2 anni di esperienza, in collaborazione con l'IRECOOP di Bologna. Il corso biennale per il riconoscimento di competenze spendibili nell'ottenimento della qualifica OSS è stato progettato e gestito in collaborazione con l'ISCOM di Bologna e l'Istituto Scolastico "Cassiano da Imola": nell'esercizio in esame, è stata certificata l'acquisizione delle competenze a 17 studenti del 5° anno, e 19 studenti del 4° anno hanno intrapreso il percorso, affrontando la parte teorica e svolgendo il tirocinio in ambito sanitario.

In tutte le sopracitate collaborazioni, l'AUSL di Imola ha garantito la funzione di Coordinamento di Area Sanitaria, la funzione di tutoraggio nei tirocini svolti presso le Strutture interne, e la docenza per gli ambiti specifici.

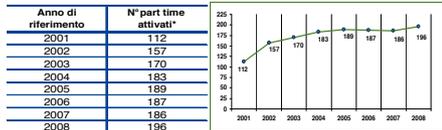
4.5 Struttura delle relazioni con il personale e le sue rappresentanze

4.5.1 Compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare

Il numero dei dipendenti *part-time* - stabilizzati dal 2004 al 2007 in poco meno di 190 (Grafico 4.30) - nel 2008 cresce di 10 unità, e precisamente: +12 operatrici, che passano da 174 a 186; -2 operatori (da 12, a 10).

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

Grafico 4.30 - Numero di *part-time* attivati dal 2001 al 2008 nell'AUSL di Imola



Dato al 31/12 dell'anno di riferimento

In Tabella 4.31 si mostrano i dipendenti con *part-time* suddivisi per genere e tipologia (ciclico, orizzontale e verticale).

Tabella 4.31 - Numero *part-time* nell'AUSL di Imola, aggregati per tipologia e genere. Anno 2008

ANNO 2008	PT Ciclico		PT Orizzontale		PT Verticale		TOT.
	M	F	M	F	M	F	
DIR. MEDICI E VETERINARI	0	0	0	2	0	1	3
DIRIGENTI SP/TA	0	0	0	0	0	0	0
PERSONALE INFERMIERISTICO	0	6	3	63	0	38	107
PERSONALE TECNICO SANITARIO	0	0	1	10	0	4	15
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	1	1	0	11	0	17	30
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0	4	0	19	1	2	26
ALTRO	1	1	3	5	3	2	15
Totale	2	12	4	110	4	64	196

In Tabella 4.32 si riporta il numero degli accessi ai congedi per maternità/paternità e per assistenza a familiare (Legge 104/92).

Tabella 4.32 - Congedi per maternità/paternità e assistenza familiare nell'AUSL di Imola. Anno 2008

ANNO 2008	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi per maternità/paternità	172	29	4.564	522
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	149	16	3.164	384
Totale	321	47	7.728	906

La percentuale di dipendenti che accede al congedo per paternità/maternità è, nel 2008, pari al 7% dei maschi (che crescono, rispetto al 2007, in valore assoluto da 17, a 29) e al 13% delle femmine (in valore assoluto 172, stabile sul 2007); la percentuale che accede al congedo per assistenza a familiare è pari al 4% dei maschi (18 in valore assoluto, pressoché stabile sul 2007) e all'11% delle femmine (che aumentano, rispetto al 2007, in valore assoluto da 115, a 149).

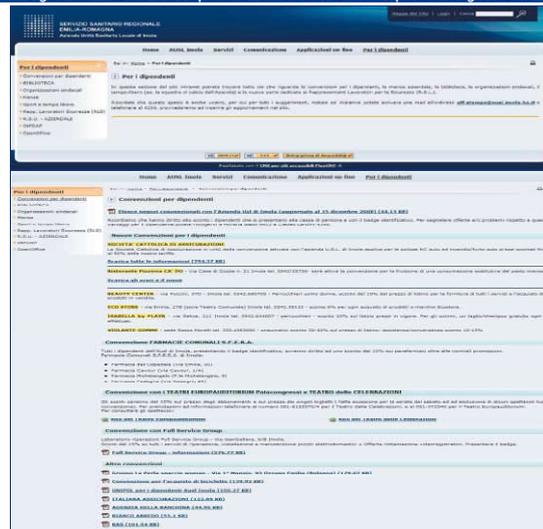
4.5.2 Facilitazioni per i Dipendenti

I dipendenti che hanno beneficiato del Diritto allo Studio, durante l'esercizio in esame, sono stati 24: 22 per corsi Universitari (Lauree di primo livello, Master, Laurea Specialistica); 2 per diplomi di Scuola Superiore.

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

In Figura 4.33 vengono proposte le immagini di alcune pagine della nuova sezione "*Per i dipendenti*" dell'intranet aziendale, relative a facilitazioni e vantaggi per i dipendenti AUSL di Imola.

Figura 4.33 - Sezione "*Per i dipendenti*" dell'intranet aziendale riportante le agevolazioni



Nello specifico in questa sezione dedicata è possibile trovare tutto ciò che riguarda le convenzioni per i dipendenti, la mensa aziendale, la biblioteca, le Organizzazioni Sindacali, il tempo libero e la nuova parte riservata ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RSL).

4.5.3 Relazioni Sindacali

L'AUSL di Imola attribuisce la massima importanza al rapporto positivo con il personale, le sue rappresentanze (RSU o RLS) e le Organizzazioni Sindacali, in genere, pur nella precisa distinzione dei ruoli e delle responsabilità.

Di seguito si elencano le sigle sindacali presenti in Azienda.

Tabella 4.34 - Sigle sindacali presenti nell'AUSL di Imola, per comparto, dirigenze Medica e Veterinaria e SPTA

Area Comparto	Area Dirigenza Medica e Veterinaria	Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa
n. 24 componenti RSU	CGIL Medici	FP CGIL Dirigenti
CGIL FP	Fed. CISL MEDICI	CISL FPS Dirigenti
CISL FPS	Fed. UIL Medici e Veterinari	UIL FPL Dirigenti
UIL FPL	ANAAO - ASSCOMED	AUPI
FBI	CMO ASMO	SNABI SDS
FIALS	UMSPED (aiuro - snr)	
	CIVEMP	

La RSU attualmente in carica - il cui mandato scade a novembre 2010 - è composta da 24 componenti, di cui 6 eletti dalla lista UGL, 2 dalla lista UIL-FPL, 3 dalla lista CISL FPS e i restanti 13 componenti dalla lista CGIL-FP.

Il sistema di relazioni sindacali sviluppato dall'AUSL di Imola è più esteso rispetto agli obblighi contrattualmente stabiliti: come è noto, i Contratti Nazionali di Lavoro delle tre Aree, e i Contratti Integrativi, prevedono quattro diversi livelli di relazione - l'informazione; la concertazione; la consultazione; la contrattazione - e stabiliscono, per ciascuno di essi, le relative materie. In Azienda, spesso si è attivato un "confronto" con le OO.SS. anche su materie non strettamente obbligatorie, che ha favorito la comprensione delle reciproche posizioni e, in molti casi, ha consentito di individuare soluzioni condivise ai problemi.

Nel corso del 2008 l'attività di contrattazione integrativa aziendale svolta (circa 30 incontri) ha esitato nella sottoscrizione di 8 accordi, puntualmente riportati in Tabella 4.35.

Tabella 4.35 - Accordi integrativi siglati dall'AUSL di Imola e dalle OO.SS. Anno 2008

Area	Accordo	Data
Area Comparto	Organici assistenziali	11/02/2008
	Progressioni orizzontali 2008	22/05/2008
	Disciplina Posizioni organizzative	02/12/2008
	Protocollo relazioni sindacali	19/12/2008
Area Medica e Veterinaria	Ributizione risultato anno 2007 ed eccedenze orarie	22/04/2008
	Utilizzo risorse RIA	22/04/2008
	Protocollo relazioni sindacali	30/10/2008
Area Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa	Contratto integrativo aziendale anni 2008-2009	17/12/2008

Come negli anni precedenti, anche durante l'esercizio in esame il confronto con le rappresentanze del personale dell'Area Comparto ha registrato momenti di tensione, in particolare, sulle dotazioni organiche. Si evidenzia la sottoscrizione di un accordo nel quale - in seguito allo stato di agitazione proclamato a gennaio 2008 dalle organizzazioni sindacali CGIL-FP, CISL-FPS, UIL-FPL e RSU aziendale e UGL Sanità, e dopo i tentativi di "raffreddamento" e "conciliazione", svoltisi rispettivamente presso l'AUSL di Imola, in data 18/01/2008, e presso la Prefettura di Bologna, in data 24/01/2008, entrambi con esito negativo - è stato deciso d'integrare il piano aziendale di reclutamento del personale infermieristico e OSS con ulteriori unità, per far fronte alla "emergenza

invernale". Si è ritenuto opportuno fare ciò non tanto perché convinti che il piano fosse sottostimato, quanto per non alimentare sterili e improduttive contrapposizioni.

Sia per l'Area Comparto sia per l'Area Medica e Veterinaria, allo scopo di migliorare la funzionalità delle relazioni sindacali, nel rispetto dei principi di correttezza, responsabilità e trasparenza, l'Azienda d'intesa con le Rappresentanze ha rivisto il *Protocollo per la disciplina delle relazioni sindacali aziendali*, prevedendo regole precise per l'utilizzo delle strumentazioni informatiche (posta elettronica e internet) nonché per l'utilizzo dei permessi sindacali.

Dal punto di vista della logistica, l'Azienda ha altresì messo a disposizione: locali attrezzati; telefoni abilitati alla rete interna; PC con collegamenti intranet e internet e indirizzo di posta elettronica; bacheche dedicate presso i vari stabilimenti/strutture.

Ad ogni rappresentante sindacale - su richiesta - è stato reso disponibile una casella di posta elettronica "sindacale", e l'accesso web da qualunque postazione PC interna aziendale.

Analoghe regole sono state inserite nella bozza del *Protocollo per l'Area della dirigenza SPTA*, ancorché non si sia ancora giunti alla sua sottoscrizione.

Relativamente all'Area Comparto, l'AUSL di Imola mantiene attivi, da tempo, "tavoli" di relazioni sindacali cosiddetti decentrati, a livello di Direzione Infermieristica e Dipartimento Amministrativo e Tecnico: in tali occasioni ci si confronta su temi attinenti l'organizzazione del lavoro (dalla definizione dei turni, all'utilizzo del personale, alla individuazione di regole gestionali condivise) convergendo spesso su soluzioni concordate per i problemi emergenti in corso d'esercizio. Al fine di favorire la partecipazione degli operatori, l'AUSL di Imola ha attivato nel 2008 alcune Commissioni bilaterali sempre per l'Area Comparto, con il compito di esaminare e approfondire le materie economiche e giuridiche oggetto di contrattazione, ovvero tenere monitorati l'applicazione, l'andamento e la verifica degli istituti negoziali: sono stati svolti 16 incontri riguardanti la definizione di un piano di progressioni verticali, la revisione del protocollo delle relazioni sindacali e degli RLS, nonché l'attivazione di un Osservatorio permanente, finalizzato al monitoraggio periodico dell'andamento dei servizi assistenziali.

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	pag. 196
5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi	196
5.1.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico	198
5.1.2 Servizio Numero Verde Regionale	199
5.1.3 Sistema di gestione delle segnalazioni	200
5.1.4 Presa in carico diretta e mediazione del conflitto	208
5.1.5 Sportelli unici distrettuali, prenotazione telefonica e servizio di pagamento online	209
5.1.6 Sito Internet aziendale	211
5.1.7 Carta dei Servizi	212
5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità	213
5.2.1 Azienda e cittadini: eventi pubblici e "sistema delle donazioni"	213
5.2.2 Comitato Consultivo Misto	215
5.2.3 Rilevazione della qualità percepita	215
5.2.4 Campagne informative e materiali informativi per target	216
5.2.5 Mass-media	217
5.2.6 Piano per la Salute	221
5.3 La comunicazione interna aziendale	229
5.3.1 Sito Intranet	230
5.3.2 News letter	231

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La presente Sezione propone una delle "viste" del concetto occidentale - ovvero della dimensione socio-culturale - di Salute: la Salute come evento comunicativo, interno tra addetti ai lavori del Sistema di erogazione, esterno verso pazienti e cittadini, utenza e *stakeholder*.

La messa in pratica intenzionale dell'evento comunicativo Salute si rivela complessa - e complessa è la Società e le società con cui si comunica e che si vogliono informate - in quanto i linguaggi che ineriscono la Salute sono molteplici, ovvero sono molteplici gli attori (politici, istituzioni, cittadini e cittadini competenti, popolazioni, tecnici e professionisti, *mass-media*) i luoghi (istituzioni, associazioni, aziende, strutture aziendali, "spazi interpersonali", ovvero curante/curato, famigliari, tra professionisti, eTc.) e molteplici sono le occasioni di incontro e interferenza. La tensione dovrebbe essere univoca: verso la comprensibilità per tutti, al fine di agevolare il collegamento tra i diversi sistemi relazionali.

Per poter conseguire il consenso e la condivisione, di cui il Sistema Salute necessita, si deve agire una comunicazione efficace, che coinvolga i politici, gli amministratori pubblici, i *mass media*.

Il coinvolgimento del cittadino - in un processo che punti a rafforzare la sua "autonomia decisionale" - deve basarsi sulla promozione di efficaci campagne informative, orientate a cambiare stili di vita non conformi, e sulla relazione di ascolto e informazione, che può migliorare la gestione della salute individuale e incentivare un utilizzo più appropriato delle prestazioni e delle cure.

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi

Lo Staff Informazione e Comunicazione aziendale - inteso strutturalmente come Ufficio stampa e URP - nel 2008 ha garantito le attività inerenti l'informazione esterna e interna all'AUSL di Imola, coordinando tutte le forme attive di comunicazione, compresa l'integrazione con le Istituzioni e gli Enti; in particolare, ci si relaziona continuamente con i Comuni, il Nuovo Circondario Imolese, l'Azienda Servizi alla Persona (ASP) e, naturalmente, la Regione Emilia Romagna.

La Struttura si conferma ampiamente riconosciuta nel suo ruolo interno ed esterno, che si compie tramite un'intensa e crescente attività di relazione, con gli *stakeholders* e direttamente con i cittadini, supportata dall'utilizzo di svariati strumenti e metodi: tra questi, si posiziona come quadro di orientamento generale e di medio periodo, il *Piano di Comunicazione Aziendale*, utile ai fini della programmazione e indispensabile per monitorare le azioni specifiche e il raggiungimento

degli obiettivi. Il documento programmatico, riferito all'esercizio in corso, pone quale premessa di fondo, per tutte le iniziative di relazione e comunicazione che l'AUSL di Imola dovrà affrontare nel 2009, la coerenza di obiettivi e metodo da parte di tutti gli attori coinvolti. Il 2009 rappresenta infatti un anno di estrema rilevanza:

- all'esterno soprattutto per quanto concerne l'impatto che la riorganizzazione logistica avrà sul territorio: attivazione DEA, Poliambulatorio Città di Imola;
- all'interno, per le modifiche organizzative formalizzate negli ultimi due anni, che disegnano un assetto aziendale formalmente definito e, in parte, modificato rispetto al passato.

Su entrambi i fronti si tratta di traguardi strategici che hanno impegnato l'Azienda per l'intero esercizio 2008 e che la vedranno impegnata per l'anno in corso. Si tratta di una sfida estremamente potente, per quanto concerne la capacità di riorganizzazione del lavoro e il raggiungimento di obiettivi regionali e locali importanti (uno per tutti il contenimento dei tempi di attesa per prestazioni diagnostiche e visite), in un contesto generale di risorse ormai "più che finite".

L'alto livello di attenzione mediatica nei confronti della Sanità locale è elemento che ha sempre caratterizzato il territorio circondariale, con un *trend* stabile anche nel 2008, pur rilevando un crescente numero di articoli negativi, sostanzialmente tutti ispirati da istanze politiche e sindacali, particolarmente attive in periodi elettorali (paragrafo 5.2.5).

Una strada che se percorsa con coerenza e determinazione potrebbe migliorare l'immagine esterna aziendale, è quella di intensificare le comunicazioni periodiche sull'andamento interno, supportate da dati e indicatori di "missione" definiti a priori, in un'ottica di maggiore chiarezza, trasparenza e confrontabilità. Ugualmente la comunicazione ai cittadini deve garantire questa trasparenza ed essere massimamente proattiva, per evitare il più possibile di lasciare spazio a strumentalizzazioni - come evidenzia il dato sulle fonti degli articoli negativi - che trovano poi ampio ascolto sulla stampa locale, perché più "appetibili" al pubblico di quanto non risultino le notizie positive o francamente neutre.

Parallelamente all'attività di comunicazione mediatica sulla cosiddetta "notizia calda" - per niente o poco programmabile - si continua a curare con la consueta attenzione e possibilmente con ancor maggiore dedizione, la comunicazione di servizio e l'educazione alla Salute, su cui l'Ufficio stampa garantisce autonomamente un buon livello di programmazione, anche grazie a un'ottima risposta interna dei professionisti chiamati a collaborare. La scelta di fondo è di sottrarsi a logiche di *marketing* dei servizi, che rischierebbero di indurre un "consumismo" sanitario inappropriato, e di limitarsi, per quanto concerne la promozione di servizi aziendali, a rendere meglio noti agli assistiti quei settori che scontano maggiori percentuali di mobilità passiva recuperabile, da un lato, o che costituiscono eccellenze, dall'altro.

5.1.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico

Sono proprie dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) una molteplicità di funzioni inerenti la relazione con l'utenza e l'informazione verso la stessa, che vanno dalla predisposizione dei materiali informativi - utili a orientarsi nei e tra i servizi aziendali e per un accesso agevole presso le strutture sanitarie del territorio - al *front office* diretto e telefonico; dalla gestione del II livello del Numero Verde Regionale, alle segnalazioni dei cittadini; dalla rilevazione della qualità percepita, al supporto dell'attività del Comitato Consultivo Misto, finché al più recente servizio di Mediazione dei conflitti. In definitiva, l'URP - attraverso ogni strumento disponibile - è deputato all'ascolto dei cittadini, perché lo stesso sappia tradursi sia in una risposta diretta sia in un miglioramento generale delle attività aziendali, in linea coi bisogni rilevati e, ancora, in un *empowerment* dell'utenza esterna e interna.

Per quanto attiene più in specifico l'informazione per la semplificazione dell'accesso ai servizi, particolarmente rilevante è il ruolo del *front office*, inteso come accesso diretto all'URP e come contatto telefonico (con una media di 450 chiamate al mese, per l'anno considerato) a cui si aggiunge l'attività di risposta di II livello al Numero verde regionale (paragrafo 5.1.2) che ricomprende le informazioni inerenti la libera professione *intra moenia* e la gestione della casella vocale di informazione sui turni delle Farmacie del circondario.

In riferimento alle relazioni "interne", l'URP riveste un ruolo di raccordo negli scambi tra i servizi aziendali, nonché per le situazioni trasversali, nella risposta ai cittadini: per questa funzione si avvale delle reti dei referenti URP, dei punti informativi e dell'intranet aziendale. L'Ufficio altresì gestisce i flussi informativi da e per i punti di contatto con l'utenza, in particolare attraverso la rete con i portieri e centralinisti, le segreterie delle articolazioni aziendali, gli Sportelli unici distrettuali e gli stessi referenti URP. Proprio nel 2008, è stata rafforzata la rete con il Polo di Medicina e lo stabilimento di Castel San Pietro Terme, dedicando un'attenzione particolare agli operatori di portineria e *front office* CUP.

Nel ruolo di facilitatore delle relazioni "esterne" con organizzazioni e associazioni, l'URP ha:

- gestito le relazioni con il sistema delle donazioni sanguie, con l'Unità mobile e con le associazioni: AVIS di Castel San Pietro Terme e di Medicina e ADVS di Medicina;
- delineato il ruolo di supporto nei rapporti con le associazioni: Iniziative Parkinsoniane Imolesi, ANED, AIDO, UNITALSI, ANTEA, Ponte Azzurro e Gruppo Anziani soli;
- intrattenuto rapporti con: i Ministri del culto, supportandone le iniziative nei luoghi di cura; le Farmacie, quali "nodi" della rete di informazione e servizio di prenotazione; le Associazioni di volontariato e dei consumatori; l'Azienda Servizi alla Persona e il Nuovo Circondario imolese; i ricercatori universitari, gli enti di ricerca e le scuole.

5.1.2 Servizio Numero Verde Regionale

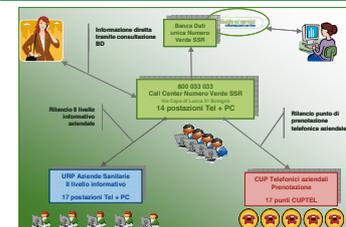
L'URP è parte integrante del Servizio Numero Verde Regionale, un servizio gratuito e a disposizione di tutti i cittadini, che necessitano di informazioni per accedere alla "rete" socio-sanitaria dell'Emilia Romagna. Gli operatori URP hanno il compito di mantenere aggiornata la porzione di banca dati relativa ai servizi erogati dall'Azienda, a cui ottemperano grazie a un costante rapporto con tutte le Unità Operative. Ad oggi, la banca dati regionale comprende un catalogo di oltre 2.380 prestazioni, per le quali l'AUSL di Imola, come le altre Aziende Sanitarie della Regione, fornisce informazioni utili a un "primo accesso" (dove andare; come prenotare; in quali orari e giorni; etc.). Queste informazioni di carattere locale garantiscono un'ampia gamma di risposte al cittadino che chiama l'*800 033 033*, e, in parte, anche a coloro che consultano Internet: le informazioni e i dati locali vengono infatti replicati automaticamente, sia sulla "*Guida ai servizi- informazioni on line*" - sito Internet accessibile dal portale regionale "*SaluTER*" - sia sul sito Web dell'AUSL di Imola, per la sola parte aziendale.

Figura 5.1 - SaluTER: link numero verde 800 033 033 e Guida ai servizi on-line



La Figura 5.2 riporta l'architettura funzionale del Servizio Numero Verde Regionale, evidenziando gli accessi informativi da parte del cittadino (telefonico o Internet) e i possibili rilanci ai punti informativi e/o di prenotazione telefonica aziendale (URP delle Aziende e CUP telefonici aziendali).

Figura 5.2 - Architettura funzionale del Servizio numero verde regionale



La funzione di rilancio ai punti informativi e/o di prenotazione telefonica aziendale - attiva verso tutte le Aziende, a partire da gennaio 2008 - costituisce un supplemento di servizio per avere indicazioni in merito alla prenotazione. Il sistema integrato tra Servizio Numero Verde Regionale e Servizi Cup Telefonici aziendali permette il trasferimento diretto ai punti di prenotazione telefonici aziendali (chiamate classificate "dove e come prenotare visite ed esami specialistiche") quando siano presenti i seguenti prerequisiti: modalità di prenotazione telefonica in Banca Dati; utente in possesso di impegnativa, senza urgenza. Nel 2008, sono stati trasferiti al punto di prenotazione telefonica, con esito positivo, 459 utenti.

Nel 2008, le chiamate pervenute al *call center* del Numero Verde, riferite a prestazioni e servizi erogati dall'AUSL di Imola, sono state complessivamente 2.472 (1.876 nel 2007) di cui 2.212 evase tramite la consultazione della banca dati (*call center* centrale) e 260 (10,5%) trasferite al II livello informativo aziendale (URP).

Si evidenzia che la quota complessiva annua regionale di passaggi al II livello è stata pari al 12,8% (15,8% nel 2007) sul totale delle chiamate pervenute nel 2008, a conferma della progressiva e generale riduzione dei trasferimenti, quale conseguenza della maggiore qualità e completezza informativa della banca dati unitaria. L'URP garantisce la copertura oraria del servizio informativo, con operatori disponibili alla risposta di II livello, tutti i giorni dalle 8.30 alle 17.30 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30.

In base a specifici indirizzi regionali - atti a salvaguardare l'omogeneità informativa tra le Aziende Sanitarie - durante l'esercizio 2008 sono state revisionate e adeguate tutte le modalità di erogazione (accesso e prenotazione).

5.1.3 Sistema di gestione delle segnalazioni

Il Sistema di gestione delle segnalazioni è una modalità attiva di comunicazione, un approccio all'ascolto sistematico e strutturato dell'utenza, da parte dell'Azienda, che si pone quali obiettivi principali:

- avere una modalità definita per rilevare e rispondere alle situazioni di disagio e insoddisfazione, espresse dal singolo utente, e per evidenziare punti di eccellenza;
- contribuire a orientare le decisioni aziendali, relative al miglioramento dei servizi, tramite il monitoraggio e l'analisi delle informazioni acquisite.

Per facilitare il compito di monitoraggio la Regione Emilia Romagna, da alcuni anni, ha predisposto un *software* specifico per la gestione delle segnalazioni, che permette la registrazione e l'immediata visione dei dati implementati da ciascuna Azienda e, in seconda istanza, facilita un confronto interaziendale (Tabella 5.3). Il sistema informativo regionale permette di registrare e di classificare le segnalazioni dei cittadini, tramite specifiche tipologie: elogi; reclami; rilievi; suggerimenti.

Per maggiore chiarezza, si precisa il significato riferito a ognuna di queste: (i) **reclamo**: espressione di insoddisfazione degli utenti, che attiva la procedura interna e la risposta scritta, entro 30 giorni; (ii) **rilievo**: indicazione di disservizio, che si risolve con una risposta di cortesia; (iii) **suggerimento**: segnalazione che ha lo scopo di fornire indicazioni per migliorare i servizi; (iv) **elogio**: espressione di soddisfazione del cittadino/utente.

Tabella 5.3 - Andamento delle segnalazioni per Aziende RER. Confronto 2004-2007

Azienda	Elogi		Reclami		Rilievi		Suggerim.		Impropri		Totale	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007
ADU Bologna	426	1.279	377	262	73	65	13	41	18	14	977	1.961
ADU Ferrara	106	167	504	413	89	132	6	8	16	21	721	741
ADU Modena	466	929	251	333	97	243	7	25	9	5	830	1.535
ADU Parma	112	226	229	355	174	77	0	2	8	4	533	654
ADU R. Emilia	100	101	203	184	4	6	8	11	6	5	321	287
AUSL Bologna	1.196	628	1.689	1.718	174	169	88	50	19	3	3.166	2.568
AUSL Cesena	49	404	286	485	24	38	2	39	19	12	380	978
AUSL Ferrara	56	301	358	440	137	126	11	13	11	2	573	682
AUSL Forlì	30	216	144	131	8	81	3	16	3	2	188	448
AUSL Imola	66	106	75	126	29	91	40	27	1	2	251	381
AUSL Modena	387	534	605	777	642	976	60	152	20	30	1.714	2.469
AUSL Piacenza	47	58	587	505	63	14	2	7	2	0	701	584
AUSL Ravenna	116	84	671	368	15	58	6	6	6	4	814	722
AUSL R. Emilia	125	153	426	495	62	42	45	50	4	3	682	718
AUSL Rimini	33	86	178	203	6	80	17	2	7	15	241	386
AUSL Parma	30	50	245	414	28	79	10	11	9	1	322	555
IGR Bologna	242	233	368	382	38	181	68	19	0	0	716	819
Totale regionale	3.647	5.565	7.206	8.040	1.713	2.456	386	483	158	123	13.110	16.667
%	27,8%	33,4%	55,0%	48,2%	13,1%	14,7%	2,9%	2,9%	1,2%	0,7%	100%	100%

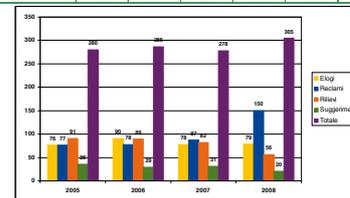
Nota: Nei dati regionali sono conteggiate all'AUSL di Imola anche le segnalazioni che riguardano *Montecatone Rehabilitation Institute*

Complessivamente nel 2008 sono state presentate 305 segnalazioni verso l'AUSL di Imola, al netto delle segnalazioni riguardanti *Montecatone Rehabilitation Institute*.

In Figura 5.4 si riportano le segnalazioni classificate per tipologia e riferite al periodo 2005-2008; si presenta inoltre la distribuzione percentuale delle tipologie nell'anno 2008 e la variazione assoluta dei volumi rispetto al 2007.

Figura 5.4 - Segnalazioni distinte per tipologia. Periodo 2005-2008

Tipologia segnalazione	2005	2006	2007	2008	Dist % 2008	Var 2007/2008
Elogi	76	90	78	79	25,9%	1
Reclami	77	78	87	150	49,2%	63
Rilievi	91	89	82	56	18,4%	-26
Suggerimenti	36	29	31	20	6,6%	-11
TOTALE	280	286	278	305	100%	27



L'incremento complessivo rispetto all'esercizio precedente è stato pari a circa il 10%: 278 nel 2007 vs 305 nel 2008: ciò che varia principalmente è la distribuzione per tipologie, evidenziandosi un incremento della categoria dei reclami. In particolare, rispetto al 2007, risultano costanti gli elogi (78 nel 2007 e 79 nel 2008), diminuiti i rilievi (da 82 a 56) e i suggerimenti (da 31 a 20), mentre il numero dei reclami aumenta, rappresentando il 50% delle segnalazioni registrate nel 2008 (il 30%, nel 2007). L'aumento dei reclami non ha una automatica lettura di "criticità", bensì l'interpretazione è complessa e comprensiva dell'evidenza di un rapporto sempre meno mediato tra cittadini e Azienda, con un approccio al "percepito disagio" nei termini positivi non della "denuncia pubblica", bensì della interlocuzione diretta, finalizzata a risolvere il problema.

La modalità più frequente di presentazioni delle segnalazioni (49%) è l'accesso diretto e personale all'URP: ciò rappresenta un'importante "segno" di partecipazione civica e, per l'AUSL di Imola, un "patrimonio" di informazioni e stimoli. Una quota consistente ha presentato le proprie segnalazioni tramite posta (36%) e in alcuni casi si è ricorso alla segnalazione tramite mail o fax (Tabella 5.5).

Tabella 5.5 - Segnalazioni distinte per modalità di presentazione. Anno 2008

Tipologia segnalazione	URP	Lettera	E-mail	Stampa	Fax	Verbale / Teletecnica	Totale	%
Elogi	27	36	2	13	0	1	79	25,9%
Reclami	79	61	5	0	5	0	150	49,2%
Rilievi	31	10	5	5	3	2	56	18,4%
Suggerimenti	12	4	2	0	0	0	20	6,6%
TOTALE	149	111	16	18	8	3	305	100%
%	48,9%	36,4%	5,2%	5,9%	2,6%	1,0%	100%	

La numerosità complessiva delle segnalazioni, da un lato, conferma la fiducia dei cittadini nel rivolgersi all'URP - ovvero all'Azienda - piuttosto che a interlocutori esterni, anche nei casi in cui il rapporto si sia rivelato "critico", dall'altro, evidenzia una crescente propensione al controllo da parte degli utenti, nei confronti dell'operato di chi eroga servizi e prestazioni sanitarie, tanto da segnalare criticità lievi e disguidi, anche nei casi in cui la loro esperienza sia stata sostanzialmente positiva, per "contribuire" alle azioni di miglioramento.

Tabella 5.6 - Segnalazioni distinte per tipologia e soggetto proponente. Anno 2008

Tipologia segnalazione	Cittadino	Associazione	Ente	Studio legale	Totale
Elogi	77	2	0	0	78
Reclami	137	11	1	1	87
Rilievi	54	2	0	0	82
Suggerimenti	19	1	0	0	31
TOTALE	287	16	1	1	305
%	93,5%	4,3%	0,4%	0,4%	100%

In Tabella 5.6 si riportano le segnalazioni scomposte per tipologia e "soggetto proponente", da cui risulta evidente che la segnalazione rappresenta un diritto/dovere che raramente (solo nel 6,5%

dei casi) il cittadino delega a terzi. Ciò detto, le associazioni di tutela svolgono comunque un importante ruolo di mediazione/difesa dei loro assistiti (6 reclami nel 2007 vs 11 nel 2008).

Le segnalazioni distinte per tipologia vengono poi ripartite per esito dell'istruttoria interna. L'esito rappresenta il prodotto del processo di valutazione attivato dall'Azienda, in riferimento alla segnalazione e, nel contempo, è il contenuto della comunicazione di chiusura: può trattarsi di spiegazione, scuse, conferma dell'agire aziendale, comunicazione della soluzione del problema presentato o accettazione delle richieste del proponente la segnalazione. Nel programma informatizzato per la gestione delle segnalazioni gli esiti registrati e riferiti alle segnalazioni 2008 vengono evidenziati per tipologia, come mostra la Tabella 5.7.

Tabella 5.7 - Segnalazioni distinte per tipologia ed esito. Anno 2008

Tipologia segnalazione	Risoluzione	Chiarimento	Conferma operato Ausl	Scuse	Assunzione di impegno	Richiesta rimborso ascolto	Servizio legale	Servizio ascolto mediazione
Elogi	0	0	0	0	0	0	0	0
Reclami	50	35	32	15	3	4	5	6
Rilievi	2	28	13	8	4	1	0	0
Suggerimenti	3	9	1	0	6	0	0	0
TOTALE	55	72	46	23	13	5	5	6
%	24,4%	32,0%	20,4%	10,2%	5,8%	2,2%	2,2%	2,7%

Per maggiore chiarezza di seguito si esplicitano gli esiti "numerici" 2008, secondo i significati proposti dal "glossario regionale delle segnalazioni".

Risoluzione: rappresenta l'esito nel 24,4% delle segnalazioni rilevate. Si tratta di casi in cui è già avvenuta la soluzione delle criticità presentata, ovvero può essere dimostrato un esercizio concreto e attuale della volontà dell'Azienda nel risolverla (soluzione imminente). **Chiarimento:** l'esito, nel 32% dei casi, si è esplicitato in una spiegazione o precisazione all'utente, relativamente a percorsi, modalità di accesso, fruizione e disponibilità di strutture. **Conferma operato aziendale:** nel 20,4% dei casi l'operato dell'Azienda è stato giudicato conforme a normativa vigente, standard, protocolli e linee guida. Sono 5 i casi in cui l'AUSL di Imola ha accolto la richiesta di rimborso, mentre per 23 segnalazioni si è provveduto inviando una comunicazione di scuse. Infine, 5 reclami sono stati trasmessi all'Ufficio Legale per competenza e 6 al Servizio ascolto e mediazione.

In base al Sistema di classificazione regionale, le segnalazioni vengono associate principalmente a categorie di analisi riferite all'"oggetto": aspetti strutturali; informazione; aspetti organizzativi e burocratico-amministrativi; aspetti tecnico-professionali; umanizzazione e aspetti relazionali; aspetti alberghieri e *comfort*; tempi; aspetti economici; adeguatezza normativa. Tale classificazione analitica - denominata CCRQ, perché proposta dal *Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dal lato del Cittadino*, e perfezionata dal Gruppo regionale dei Responsabili URP - consente di riposizionare le singole segnalazioni, già scomposte per tipologia, secondo chiavi di lettura importanti, ovvero dimensioni aziendali influenti.

Tabella 5.8 - Segnalazioni suddivise in base alla classificazione CCRQ. Anno 2008

Categoria oggetto del reclamo	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale	%
ASPETTI STRUTTURALI						
Accessibilità edificio	0	0	0	4	4	1,2%
Sicurezza e adeguatezza degli spazi utilizzati	0	0	0	2	2	0,7%
Alloggiamento e vicinanza al servizio sanitario	0	0	0	3	3	0,9%
Totale	0	0	0	9	9	3,8%
INFORMAZIONE						
Adeguatezza del numero di informazioni	0	0	0	1	1	0,3%
Chiarezza e completezza delle informazioni fornite per l'accesso ai servizi/prestazioni	0	0	1	0	1	0,3%
Informazioni agli utenti in merito alla percorso di cura, disponibilità e orari	0	1	0	0	1	0,3%
Adeguatezza delle modalità di informazione	0	0	1	1	1	0,3%
Totale	0	1	1	2	4	1,2%
ASPETTI ORGANIZZATIVI BUROCRATICI AMMINISTRATIVI						
Procedure organizzative e tempi di attesa/prestazione/compartecipazione/contenzioso	0	0	19	4	19	5,8%
Tempi di attesa per prenotazione	0	0	15	0	15	4,5%
Racordo tra le unità operative e tra aziende e servizi esterni	0	1	1	0	2	0,7%
Totale	0	1	29	7	43	14,4%
ASPETTI TECNICI PROFESSIONALI						
Opportunità/adequazione della prestazione	26	29	0	0	55	18,0%
Chiarezza, precisione, accuratezza nelle erogazione delle prestazioni	0	9	1	0	10	3,3%
Attenzione e rispetto di autonomia e supporto alla persona	0	3	0	0	3	1,0%
Informazione agli utenti sui percorsi di cura	0	1	0	0	1	0,3%
Totale	26	42	1	0	69	22,6%
UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI						
Umanizzazione e aspetti relazionali	1	0	0	0	1	0,3%
Cortesie e gentilezza	51	12	1	0	64	21,0%
Rispetto della privacy	0	1	0	0	1	0,3%
Totale	52	13	1	0	66	21,6%
ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT						
Caratteristiche strutturali	0	1	3	0	4	1,3%
Condizioni ambientali	0	0	1	1	2	0,7%
Totale	0	1	4	1	6	2,0%
TEMPI						
Tempi di attesa tra prenotazione e prestazione	0	1	5	0	6	2,0%
Codi per la prenotazione	0	2	6	0	8	2,6%
Tempi di attesa per ricevere documenti, presidi, esami	0	0	1	0	1	0,3%
Totale	0	3	12	0	15	4,9%
ASPETTI ECONOMICI						
Contenzioso ed ticket da re prestazioni sanitarie	0	49	1	0	50	16,4%
Richieste di rimborso	0	4	1	0	5	1,6%
Richieste di rimborsi dei collegati al contenzioso	0	1	0	0	1	0,3%
Totale	0	54	2	0	56	18,4%
ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA						
Adeguatezza alla normativa - altro	0	0	1	0	1	0,3%
Ticket	0	28	4	0	32	10,3%
L.E.A.	0	1	0	0	1	0,3%
Totale	0	29	5	0	34	11,3%
ALTRO						
Altro	0	0	1	1	2	0,7%
Totale	0	0	1	1	2	0,7%
Totale segnalazioni	79	150	34	20	305	100%

Nel corso del 2008, tra tutte le macrocategorie, quella relativa agli *aspetti tecnici professionali* è stata oggetto di un maggior numero di segnalazioni (69, pari al 22,6%) registrando rispetto all'anno precedente un incremento di 26 segnalazioni (43 nel 2007). Questo andamento, in coerenza a quanto registrato a livello regionale per l'esercizio 2007, sembra attribuire importanza alla qualità della prestazione, in termini sia negativi sia positivi: i reclami passano da 34, a 42 e gli elogi aumentano da 6, a 26; in particolare la sottocategoria *opportunità/adequazione della prestazione* è stata oggetto più frequente di reclami ed elogi (complessivamente 55). In questa categoria sono presenti 5 eventi che hanno avuto un seguito presso l'Ufficio Legale e 26 situazioni che sono state segnalate alla Direzione per il monitoraggio e la gestione del rischio.

La macrocategoria *umanizzazione e aspetti relazionali* con 66 segnalazioni (21,6% del totale) - in calo rispetto al 2007 (86) - ha raccolto il maggior numero di elogi: sono 52 e riferiti quasi totalmente alla sottocategoria *cortesie e gentilezza*.

Il problema più ricorrente riguarda anche quest'anno gli *aspetti economici*, che registra 56 segnalazioni (18,4% del totale) di cui 54 reclami e 2 rilievi. Il *trend* in aumento - rilevato anche a

livello regionale a partire dal 2006, riguarda principalmente le *contestazioni al ticket delle prestazioni sanitarie* (da 20 criticità nel 2007, a 50 nel 2008). A questi casi si aggiungono i contenziosi per l'applicazione di dispositivi di legge (ticket e LEA) con 34 segnalazioni critiche: 29 reclami e 5 rilievi. In 5 casi è stata accolta la richiesta di rimborso del ticket, mentre in 37 casi è stato confermato l'operato dell'Azienda, perché conforme alla normativa vigente.

La macrocategoria *aspetti organizzativi burocratico-amministrativi*, pur rimanendo oggetto di un alto numero di segnalazioni (43, pari al 14%), registra un calo rispetto all'anno precedente (52 segnalazioni nel 2007). I rilievi risultano essere la tipologia di segnalazione più numerosa in assoluto (29) interessando le sottocategorie *trasparenza/complessità dei percorsi di accesso e cura e funzionalità organizzativa*, ovvero tutto ciò che ostacola l'accesso e l'erogazione delle prestazioni, e viene percepito come "disorganizzazione aziendale".

Anche le segnalazioni sui *tempi* sono in costante diminuzione, a partire dal 2006: nel 2007 vengono infatti registrati 6 reclami, 12 rilievi, 1 suggerimento (31), mentre nel 2008 questi numeri si dimezzano, registrandosi 3 reclami e 12 rilievi (15). La sottocategoria più interessata è quella dei *tempi di attesa tra prenotazione e prestazione*, che passa da 18 a 6, mentre aumentano le segnalazioni per *code per la prenotazione* (+7) e non si registrano più segnalazioni riguardo a *code per la prestazione* (7, nel 2007).

Le macrocategorie *aspetti strutturali* (9 suggerimenti, pari al 3%), *aspetti alberghieri e comfort* (6 segnalazioni, pari al 2%) e *informazioni* (1 reclamo, 1 rilievo e 2 suggerimenti, pari al 1,3%) costituiscono ambiti di segnalazione marginale, con una numerosità praticamente sovrapponibile a quella del 2007.

La lettura dei dati 2008 procede ora per dipartimenti e aree assistenziali, rilevando la distribuzione delle segnalazioni come in Tabella 5.9.

Tabella 5.9 - Segnalazioni suddivise per dipartimenti ed aree. Anno 2008

Dipartimento e aree assistenziali	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale	%
Dipartimento chirurgico	17	30	11	0	58	19,0%
Dipartimento emergenza urgenza accettazione	15	12	8	0	35	11,5%
Dipartimento medico	19	10	8	2	39	12,8%
Dipartimento malattie infettive	13	3	0	0	16	5,2%
Dipartimento servizi	1	10	8	4	23	7,5%
Dipartimento oncologia	0	2	5	0	7	2,3%
AREA OSPEDALIERA	69	67	38	6	176	57,7%
Dipartimento cura primaria	10	10	6	2	28	9,2%
Dipartimento sanità pubblica	3	1	1	1	6	2,0%
Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche	0	0	2	0	2	0,7%
AREA TERRITORIALE	13	11	9	3	36	11,8%
Dipartimento assistenza alivo e tecnico	1	72	9	11	93	30,5%
AREA AZIENDA	1	72	9	11	93	30,5%
Totale	79	150	34	20	305	100,0%

Area Ospedaliera. Nel corso del 2008, attraverso l'URP, i Dipartimenti del Presidio Ospedaliero hanno accolto un totale di 176 segnalazioni (203 nel 2007) così suddivise: 6 suggerimenti, 38 rilievi, 67 reclami e 65 elogi. Dall'analisi degli oggetti di segnalazione risultano: 15 contestazioni su aspetti economici e adeguamento alla normativa vigente; 37 rilievi (27 nel 2007) su aspetti

tecnico professionali; 27 criticità organizzative (25 nel 2007); 12 disagi per i tempi (20 nel 2007) e 10 per insoddisfazioni relazionali (9 nel 2007).

Nel Dipartimento Chirurgico si registrano 30 reclami, essenzialmente rivolti alla UO di Ortopedia (13) e alla UO Oculistica (10); in generale detti reclami riguardano: attesa per intervento programmato; attesa per visita; insoddisfazione per l'esito dell'intervento e per la visita; contestazioni per ticket. Rispetto a segnalazioni riguardanti *opportunità/adequatezza delle prestazioni*, i Direttori delle Unità Operative interessate hanno effettuato rivalutazioni cliniche dei casi più complessi.

Il Dipartimento Medico nel suo complesso ha ricevuto 19 elogi, 10 reclami, 6 rilievi e 2 suggerimenti: i ringraziamenti sono per tutte le *équipe* (in particolare per la UO Geriatria e l'Hospice); le criticità affrontate sono relative all'attività ambulatoriale e di degenza, per insoddisfazione sul percorso di cura, in particolare per anziani con polipatologie.

Nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione si registrano 15 elogi, 12 reclami e 8 rilievi: per il Pronto Soccorso ci sono stati 18 interventi critici (24 nel 2007) e fra gli oggetti di segnalazione i disagi sono relativi all'attesa prima della visita e alla mancanza di *comfort*, nonché contestazioni per l'attribuzione di codici bianchi e relativo ticket.

Nel Dipartimento dei Servizi si registrano un elogio, 10 reclami, 8 rilievi e 4 suggerimenti. La UO di Radiologia ha accolto 11 interventi critici (15 nel 2007) e alla UO Laboratorio Analisi sono stati rivolte 11 segnalazioni tra rilievi e suggerimenti: in generale si tratta di problemi relativi all'accesso alla prestazione (punti prelievo; tempo di attesa; etc.) e alla refertazione. Nel caso di contestazione del referto, la Direzione del Dipartimento ha svolto *audit* interno.

Il Dipartimento Materno Infantile ha ricevuto 13 elogi e 3 reclami: tutte le segnalazioni riguardano l'UO di Pediatria e i 3 reclami sono stati gestiti con l'*équipe* della stessa struttura.

Alcune situazioni molto complesse hanno richiesto l'integrazione tra i Dipartimenti ospedalieri e territoriali, con incontri di professionisti delle diverse *équipe* e dei medici di base, per *audit* clinico; in altri casi, l'URP ha attivato reti di supporto con l'assistente sociale ospedaliera, lo psicologo e l'ASP. Sono state fatte 9 rivalutazioni cliniche a cura dei Direttori di Unità Operativa e alcuni incontri con il Direttore Sanitario e il Direttore Generale.

L'Azienda ha definito una specifica procedura per la gestione interna delle segnalazioni, con codici colore per complessità e gravità dell'evento segnalato. Pertanto, gli eventi "codici giallo" sono significativi per la gestione del rischio (reclamo di tipo tecnico professionale o strutturale o denuncia di disservizio grave, con riserva di ulteriori azioni o ipotesi di danno) e vengono seguiti dalla Responsabile URP con la consulenza di un gruppo multidisciplinare (Medicina Legale e direttore/responsabile dell'UO/Struttura interessata).

Area Territoriale. Nel corso del 2008, sono state accolte complessivamente 36 segnalazioni (61 nel 2007) divise in: 3 suggerimenti, 9 rilievi, 11 reclami e 13 elogi.

Tra i Dipartimenti territoriali quello delle Cure Primarie ha ricevuto 28 segnalazioni, di cui 10 elogi (9 nel 2007), 2 suggerimenti (4 nel 2007), 6 rilievi (13 nel 2007) e 10 reclami (*idem* nel 2007).

Dall'analisi degli oggetti di segnalazione risultano alcune contestazioni su aspetti *organizzativi e burocratico amministrativi*, tra cui 3 disagi per l'accesso alle cure odontoiatriche, secondo le nuove indicazioni regionali. Negli elogi gli utenti hanno ringraziato per la disponibilità e la competenza degli infermieri dell'Assistenza Domiciliare e per la sensibilità del personale della Medicina Riabilitativa.

Per quanto riguarda il rapporto con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di continuità assistenziale sono pervenute 9 segnalazioni critiche (*idem* nel 2007), che confermano le aspettative degli assistiti: bisogno di rassicurazione/vicinanza; maggiore disponibilità in ambulatorio per le visite domiciliari e per i contatti telefonici. Risultano altresì 8 elogi, proprio per esperienze particolarmente positive grazie all'umanità e alla competenza professionale dei Medici di Medicina Generale e dei Medici della continuità assistenziale.

In merito alle criticità nei rapporti tra utenti e MMG, Continuità assistenziale e PdLS sono in corso di elaborazione le Carte dei servizi specifiche, per migliorare l'informazione ai cittadini e ai medici su reciproci doveri e diritti.

Rispetto al 2007, si conferma basso il numero di segnalazioni relative al Dipartimento di Sanità Pubblica (6, di cui 3 elogi) e al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (2 rilievi). La Direzione del Distretto, i Dipartimenti territoriali e i Medici di Medicina Generale hanno collaborato intensamente con l'URP per dare le risposte alle persone e per chiarire e risolvere i problemi. In questo clima di accoglienza e di presa in carico si sono svolti anche incontri specifici tra segnalanti e direttori/professionisti del Distretto.

Dipartimento Amministrativo e Tecnico. Le segnalazioni di competenza di questo dipartimento sono notevolmente aumentate rispetto all'anno precedente (93 nel 2008 vs 8 nel 2007), in quanto sono state classificate in questo ambito le contestazioni afferenti all'UO Amministrazione Servizi Sanitari ospedalieri e territoriali (attribuiti nel 2007 a Presidio e/o al Distretto) e le contestazioni (71) riferite alla UO Contabilità e Finanza, nel caso specifico del "recupero crediti 2001-2003".

I problemi emersi riguardano aspetti organizzativi: erogazione presidi; rilascio cartelle cliniche; accesso alle prenotazioni. L'apertura di uno sportello dedicato alla prenotazione in libera professione ha risolto alcune criticità di accesso. Fra le azioni di miglioramento sollecitate dalle segnalazioni e accolte dall'UO Patrimonio e tecnologie impiantistiche si segnalano: adeguamenti strutturali alla camera mortuaria; accessibilità e parcheggi.

Nel 2008 le azioni di miglioramento, stimulate dalle segnalazioni e prontamente adottate, hanno interessato tutte le strutture interne: facilitazione di percorsi di accesso; adozione di strumenti informativi; revisione di procedure; provvedimenti disciplinari; interventi strutturali e di manutenzione; costruzione di percorsi dedicati per la presa in carico di utenti e familiari; costruzione di reti tra ospedale e territorio, tra ospedale, medico di medicina generale e ASP; *audit* tra *équipe*.

5.1.4 Presa in carico diretta e mediazione del conflitto

La "qualità desiderata" dai cittadini è la presa in carico della persona, in tutte le fasi del contatto con i servizi (accoglienza; prenotazione; etc.) e con un'attenzione a tutti i bisogni, compresa la cura degli aspetti emotivi e fiduciari. Da parte loro, anche i professionisti si aspettano che i cittadini comprendano l'impegno e la competenza professionale e abbiano fiducia, nell'ottica secondo cui la condivisione dei cittadini delle decisioni assunte dall'Azienda possa garantire al meglio un'offerta di servizi e prestazioni equa, adeguata ai bisogni, e un utilizzo efficace ed efficiente delle risorse "finite" a disposizione. Poiché però spesso gli attori del Sistema - che di fatto condividono o dovrebbero condividere la stessa *mission* - sono portatori di "punti di vista" apparentemente diversi - è innegabile la necessità degli stessi di avere spazi di incontro, ascolto, dialogo, reciproca comprensione.

Se il sistema delle segnalazioni fornisce un quadro puntuale e confrontabile dei vari livelli di criticità che vengono espressi dal cittadino nei confronti dei servizi, è fondamentale, per delineare un quadro più completo, considerare la modalità di presa in carico diretta del cittadino da parte degli operatori URP. In questo caso, il bisogno espresso dal cittadino non è quello di portare in evidenza un reclamo nei confronti di un disservizio aziendale, bensì di riuscire in tempi adeguati a ottenere una soluzione al proprio problema. Nel 2008 sono state registrate nell'archivio locale 517 prestazioni di assistenza a persone che si sono rivolte all'URP per ottenere questo tipo di aiuto e sostegno (393 nel 2007). In particolare, il 70% di questi cittadini ha presentato un bisogno di informazioni e supporto nella prenotazione/esecuzione di esami e visite, a cui l'URP ha risposto direttamente, anche grazie a una stretta connessione con i punti di prenotazione e con i servizi interni. Nello stesso senso, gli operatori URP sono stati terminali di un gruppo interaziendale per la gestione delle problematiche inerenti il recupero crediti per *ticket* inevasi, attività che ha impegnato intensamente l'Azienda nell'anno 2008 e che è stata completata nei primi mesi del 2009: il 12% delle prestazioni di assistenza diretta al cittadino, che non ha avuto esiti in reclami o segnalazioni formalizzate, ha riguardato questo settore.

Le prese in carico dirette sono significative per il completamento di quanto rilevato dal Sistema di Segnalazioni.

Il 2008 ha visto inoltre un forte consolidamento delle attività di mediazione del conflitto, con 14 incontri di mediazione e con la deliberazione del "*Progetto di cooperazione interaziendale di ascolto e mediazione dei conflitti*", che coinvolge l'AUSL di Imola, Montecatone *Rehabilitation Institute*, l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e la Casa di cura accreditata *Domus Nova*.

Il Servizio di Mediazione - attivo dal 2006, presso l'AUSL di Imola - è stato realizzato dall'URP, a conclusione di uno specifico percorso di formazione. Nel 2007, il personale dell'Ufficio ha partecipato al corso regionale "*Ruolo della mediazione in Sanità*", e due operatori dell'URP aziendale e di Montecatone *Rehabilitation Institute* hanno intrapreso il percorso di formazione specifico per mediatore.

5.1.5 Sportelli unici distrettuali, prenotazione telefonica e servizio di pagamento online

Lo Sportello Unico Distrettuale è stato realizzato dalle Aziende Sanitarie della Provincia di Bologna, con l'obiettivo di rendere più semplici, chiare e trasparenti le procedure amministrative per accedere al Servizio Sanitario. Le AUSL hanno organizzato una rete integrata di Sportelli Unici Distrettuali, che condividono lo stesso patrimonio di informazioni (es. anagrafe sanitaria), le medesime procedure amministrative (Linee Guida), decentrando i luoghi di contatto con l'utenza.

Gli Sportelli Unici Distrettuali nascono per facilitare l'accesso ai servizi, superando la logica degli uffici/sportelli dedicati a singole e specifiche procedure amministrative: collegati tra loro in rete e sviluppati in collaborazione con Enti locali, Patronati e Associazioni di volontariato, si occupano della presa in carico, per così dire, "amministrativa" del cittadino, da parte dell'operatore dedicato alla relazione con l'utenza, il quale è il responsabile del procedimento per la gestione unitaria della richiesta. Presso detti Sportelli si svolge la quasi totalità delle funzioni di *front office*, quali: l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale; le prenotazioni di Specialistica ambulatoriale; l'esenzione dal pagamento ticket; le autorizzazioni per l'assistenza sanitaria all'estero; l'accesso all'assistenza integrativa (prodotti dietetici e presidi sanitari, per specifiche patologie) e all'assistenza protesica.

In Tabella 5.10 si riporta la distribuzione nel territorio dell'AUSL di Imola degli Sportelli, evidenziando altresì l'ampia copertura oraria sull'intera settimana.

Tabella 5.10 - Orario di apertura al pubblico degli Sportelli Unici Distrettuali dell'AUSL di Imola

SPORTELLI	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
Dispensario Nuovo	8:30-13:00 14:30-18:00	8:30-13:00 14:30-18:00	8:30-13:00 14:30-18:00	8:30-13:00 14:30-18:00	8:30-13:00 14:30-18:00	8:00-12:00
Dispensario Vecchio	7:30-13:00	7:30-13:00	7:30-13:00	7:30-13:00	7:30-13:00	7:30-12:00
Anagrafe Assistenti (Ex Saba)	8:00-12:00	8:00-12:00	8:00-12:00	8:00-12:00	8:00-12:00	8:00-12:00
Dispensario Casali S. Pietro Terme	7:30-12:45	7:30-12:45	7:30-12:45	7:30-12:45	7:30-12:45	7:30-12:00
Polo Sanitario Medicina	7:30-12:30	7:30-12:30	7:30-12:30	7:30-12:30	7:30-12:30	7:30-12:00
Distretto Borgo Tosignano	7:30-13:00	7:30-13:00	7:30-13:00	7:30-13:00	7:30-13:00	8:00-12:00

Nel 2007 l'AUSL di Imola - come dettagliato nel precedente Bilancio - rinnovò completamente il servizio per la prenotazione telefonica di prestazioni ambulatoriali (esami e visite). Il nuovo servizio di prenotazione telefonica è in grado di dare un'offerta migliore alla cittadinanza, potendo contare su un ampliamento delle linee, degli operatori adibiti alla risposta e della copertura oraria: dal lunedì al venerdì, 8.30 - 17.30 e il sabato, 8.30 - 12.30.

Due sono i nuovi numeri per la prenotazione telefonica ad addebito ripartito (l'utente paga solo lo scatto alla risposta, mentre il resto è a carico dell'AUSL, indipendentemente dalla durata o dal luogo della chiamata):

- **848 831313** per prenotare, disdire e cambiare appuntamento, riservato alle prestazioni rese in regime istituzionale: visite specialistiche; valutazione esami; visite cardiologiche

con elettrocardiogramma; medicazioni; ecografie; ecocardio; mammografie cliniche; gastroscopie; ortopantomografia; esami rinomanometrico, audiometrico, coclea vestibolare e impedenziometrico; studio campo visivo; laser; fluorangiografia; elettroencefalogramma; spirometrie; emogasanalisi; elettromiografia; isteroscopia; TAC; risonanza magnetica; vaccinazioni adulti; prestazioni di medicina legale rese alla persona; iscrizioni ai corsi per alimentaristi.

- **848 832323** per prenotare, disdire e cambiare appuntamento, riservato alle prestazioni rese in libera professione (escluso Laboratorio e Radiologia, prenotabili direttamente presso le Unità Operative).

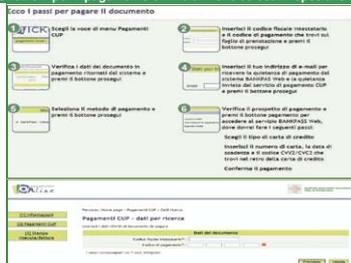
Restano non prenotabili telefonicamente tutte le prestazioni che, per ragioni legate alle modalità di erogazione (necessità di particolari preparazioni; consegna di materiali; etc.) o alla loro specificità, necessitano di una prenotazione allo sportello.

Tabella 5.11 - Orario di apertura al pubblico dei servizi CUP telefonici dell'AUSL di Imola

SERVIZI CUP TELEFONICI	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENEDÌ	SABATO	
Per Servizio Sanitario	8,30-17,30	8,30-17,30	8,30-17,30	8,30-17,30	8,30-17,30	8,30-12,30	848 831313
Per Libera Professione							848 832323

Dal 15 ottobre 2008, l'AUSL di Imola ha attivato il servizio di pagamento *online* - disponibile ore su 24, dal lunedì alla domenica, tutti i giorni dell'anno - per visite ed esami specialistici prenotati attraverso CUP. Per poterne usufruire occorre essere in possesso di carta di credito, di prenotazione CUP e di una casella di posta elettronica personale: l'operazione è possibile collegandosi al sito internet www.pagoinesanita.it, raggiungibile dal portale di CUP2000 o dal Sito internet della Azienda; il cittadino, inserendo il proprio codice fiscale, il numero identificativo della prenotazione e il numero della propria carta di credito, può pagare *online* il ticket.

Tabella 5.12 - Istruzioni per il pagamento *online* di visite ed esami specialistici prenotati CUP



Il servizio è stato progettato da CUP 2000 nell'ambito del progetto regionale *Sparta* (Supporto al piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa).

Dal 25 febbraio 2009, il pagamento *online* può essere effettuato anche da chi deve usufruire di una prestazione in libera professione, prenotata presso gli appositi sportelli dell'Ospedale Nuovo di Imola o dello stabilimento di Castel San Pietro Terme. Anche in questo caso, per usufruire del servizio, occorre essere in possesso di una carta di credito Visa-Mastercard, di una casella di posta elettronica personale e del modulo di prenotazione, che riporta, in alto a destra, il numero di codice necessario per la prenotazione via web; è quindi sufficiente collegarsi al sito e seguire le istruzioni esposte. Il costo della commissione, a carico dell'utente, è pari al 1% dell'importo della prestazione. Al termine dell'operazione viene inviata all'indirizzo di posta elettronica la ricevuta di pagamento, valida ai fini fiscali, da consegnare al momento della prestazione.

5.1.6 Sito Internet aziendale

Durante il 2008, si è ulteriormente consolidata l'attività di ampliamento e costante aggiornamento del Sito Internet aziendale: nonostante a tutt'oggi solo alcune Strutture aggiornino autonomamente la parte dedicata, nel 2008 si è rilevato un avvicinamento a questo obiettivo, che è stato determinante per la scelta di un prodotto *web* che garantisse facilità di approccio a tutti i livelli di sistema.

In costante aumento risultano gli accessi al Sito, che per l'esercizio in esame sono stati 1.416.728 vs i 762.000 del 2007 (il dato comprende gli accessi tramite motore di ricerca): detto considerevole aumento degli accessi, se letto con il numero di contatti per informazioni e richieste via *mail* (URP *Online*) - in lieve calo nel 2008 rispetto al 2007 (151 vs 178) - e con l'introduzione del servizio di pagamento *online*, permette di ipotizzare una maggiore risposta informativa attraverso l'accesso al Sito stesso.

Figura 5.13 - Home-page sito internet dell'Azienda USL di Imola



informativi, su tematiche sanitarie e di educazione alla Salute, spesso in collaborazione con Associazioni di volontariato del territorio e Amministrazioni Comunali.

Nel 2008 sono stati 20 gli eventi presidiati da almeno un componente dello Staff Informazione e Comunicazione, 5 dei quali realizzati in orario serale o in giornate prefestive o festive, per consentire una maggiore partecipazione. Di seguito si elencano gli incontri pubblici realizzati.

Data	Eventi pubblici organizzati nel 2008
21-febraio	<i>Incontinenza urinaria femminile</i> - Castel Guelfo
13/14-marzo	<i>Convegno Adolescenza: viaggio tra rischi e opportunità</i>
20-marzo	<i>Incontro pubblico TAO</i> - Mordano
27-marzo	<i>Incontinenza maschile e femminile: guarire si può</i>
19-aprile	<i>Open day lauree</i> - Polo Formativo AUSL Imola
10-aprile	<i>Incidenti domestici? Non caschiamoci</i> - Centro Sociale INA Casa
15-aprile	<i>I pericoli dell'alcol</i> - Mordano
05-maggio	<i>Stand informazioni donazione organi</i> - Stabilimento di Castel S. Pietro Terme
06-maggio	<i>Stand informazioni donazione organi</i> - Ospedale S. Maria della Scaletta Imola
08-maggio	<i>Stand informazioni donazione organi</i> - Ospedale Vecchio Imola
25-giugno	<i>Giornata nazionale per la prevenzione e cura dell'incontinenza</i> - Imola
13-novembre	<i>Incidenti domestici: non caschiamoci</i> - Centro Sociale Scardovi
20-novembre	<i>Incidenti domestici: non caschiamoci</i> - Centro Civico di Osteria Grande
21-novembre	<i>Incidenti domestici: non caschiamoci</i> - Sala Polivalente di Mordano
26-novembre	<i>Inaugurazione ambulanza</i> (donata da Legacoop Imola)
27-novembre	<i>Incidenti domestici: non caschiamoci</i> - Centro Sociale Bertella
01-dicembre	<i>Convegno Regionale Star Bene in Casa</i> - Centro Congressi Castel San Pietro
05-dicembre	<i>Concerto Musica per la Salute</i> - Ospedale S. Maria della Scaletta Imola
05-dicembre	<i>Inaugurazione mostra "Curare e guarire: occhio artistico ed occhio clinico"</i>
07-dicembre	<i>Concerto Musica per la Salute</i> - Hospice

Una modalità d'incontro con i cittadini - e di riconoscimento positivo del ruolo aziendale - è rappresentato anche dal complessivo "sistema delle donazioni", gestito dall'URP.

In particolare nel 2008, la donazione elargita direttamente dai cittadini per la lotta contro i tumori e per la promozione dei servizi è stata di circa 157.000 euro; l'URP ha garantito trasparenza, riconoscimento e valorizzazione del contributo dato, con le diverse formule di ringraziamento (pubblicazione su stampa locale e/o ringraziamento personale). I cittadini del territorio aziendale, anche in questo modo, esprimono solidarietà e fiducia nella attività di prevenzione dei tumori, nell'assistenza oncologica domiciliare e residenziale e nell'attività sanitaria delle diverse unità operative. Vengono curati altresì i rapporti con i donatori (privati, enti, aziende, istituti e

fondazioni) di beni, attrezzature, denaro e contributi per borse di studio/contratti, attraverso la supervisione di tutto il percorso interno, dall'acquisizione alle forme di visibilità.

Una forma particolare di donazione, infine, è la manifestazione della volontà di donare gli organi: l'URP, in collegamento con il Ministero della Salute, è il luogo di registrazione dei cittadini dell'AUSL di Imola. Durante l'esercizio in esame si è svolta una attività di sensibilizzazione e informazione per la donazione e il trapianto di organi nelle Scuole e nei territori aziendali; in particolare si sono svolti incontri con gli studenti di: Istituto Bartolomeo Scappi Servizi alberghieri (Castel San Pietro Terme); Istituto Paolini Cassiano (Imola); Istituto superiore Scarabelli-Ghini (Imola). Si rileva altresì l'attività svolta presso gli Stand informativi e di raccolta delle manifestazioni di volontà, nella settimana nazionale svoltasi nel mese di maggio 2008.

5.2.2 Comitato Consultivo Misto

La partecipazione dei cittadini alle indagini di qualità è stimolata e supportata dall'impegno costante e qualificato dei volontari delle Associazioni di volontariato, componenti del Comitato Consultivo Misto (CCM). La sede del CCM e della segreteria è presso l'URP dove operano il Presidente e i membri, mediante gruppi di lavoro tematici e con sedute consultive.

Nel 2008 sono stati attivati e coordinati i seguenti gruppi tematici: (i) Salute Mentale; (ii) Carta dei Servizi; (iii) Analisi delle segnalazioni e, in particolare, dei reclami.

Una particolare relazione di scambio e reciproco supporto è stata avviata con le Associazioni Centro Tutela dei Diritti, Comitato a tutela dei diritti e i Sindacati pensionati, per condividere e risolvere insieme le criticità che i cittadini incontrano e riportano.

L'URP e il CCM sono promotori e garanti degli impegni assunti dall'Azienda e dichiarati nella Carta dei Servizi. Gli obiettivi raggiunti nel 2008 sono:

- costruzione e approvazione del progetto della nuova carta dei servizi: Magna carta e carte delle unità operative;
- rinnovo delle cariche e aggiornamento dei membri esterni e aziendali;
- definizione di un protocollo di intesa per la gestione delle segnalazioni di disservizio, provenienti dalle Associazioni Centro Tutela dei diritti, Sindacati pensionati e altre, che intrattengono rapporti con l'AUSL di Imola.

5.2.3 Rilevazione della qualità percepita

Per la prima volta dal 2002, nell'esercizio in esame non si è condotta l'annuale rilevazione della qualità percepita dei servizi di ricovero e cura in ospedale: il nucleo operativo aziendale, che coordina l'indagine, ha partecipato alle riunioni del gruppo dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, costituito per definire strumenti e modi omogenei di rilevazione della qualità percepita riguardante le strutture sanitarie del territorio; nel 2009 si svolgerà l'indagine secondo quanto

definito dal gruppo di lavoro. L'URP ha altresì coordinato la partecipazione dell'AUSL di Imola al laboratorio regionale per la costruzione di indagini rivolte alle aree Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Terapia intensiva, Pronto Soccorso e Attività ambulatoriali.

Nel 2008 si è comunque somministrato un questionario sulla qualità percepita in Hospice, rivolto a familiari degli ospiti deceduti, nel periodo settembre-dicembre; dopo tale sperimentazione, nell'anno in corso sarà ripetuta l'indagine, prendendo a riferimento un periodo più lungo.

5.2.4 Campagne informative e materiali informativi per target

Nel corso del 2008 sono state realizzate 13 campagne informative aziendali, oltre all'organizzazione locale delle campagne regionali e nazionali, a cui l'Azienda ha deciso di aderire (ulteriori 11). Le Campagne informative promosse dall'AUSL di Imola sono state:

- *Frutta scuole;*
- *Celiachia (diagnosi precoce);*
- *Open day corsi di laurea;*
- *Alcol (Asp);*
- *Traguardo salute (Auser);*
- *Percorso donne;*
- *Nutrizione enterale;*
- *Celiachia (corso operatori);*
- *Riduzione rischio caduta anziano fragile a domicilio;*
- *Incidenti domestici;*
- *Violenza donne;*
- *Odontoiatria;*
- *Continuità Assistenziale.*

Di seguito si elencano le campagne informative regionali e nazionali.

- *Quando guidi rispetta l'anziano che sarai (Assessorato mobilità - Provincia di Bologna);*
- *La cura del bambino nel 1° anno di vita;*
- *Vaccinazione anti HPV;*
- *Una scelta consapevole;*
- *Zanzara Tigre;*
- *Donare sangue;*
- *Spengo lo spreco;*
- *Vacanze coi fiocchi;*
- *Genitori più;*
- *Vaccinazione antinfluenzale;*
- *AIDS.*

5.2.5 Mass-media

Nel 2008 è continuata con costanza e soddisfazione reciproca la collaborazione settimanale con il Resto del Carlino per lo spazio "*Carlino Salute*", che anche quest'anno ha visto la pubblicazione di 50 articoli di educazione alla Salute e di presentazione dei servizi aziendali di eccellenza.

Di seguito, si riporta l'elenco degli articoli pubblicati.

Data

03-gennaio

Imola - Carlino Salute – Anno 2008

Un team per i bambini autistici

10-gennaio

Vaccinazioni pediatriche. Abitano qui i bambini vaccinati

17-gennaio

Meningite? È sicuro Qui non c'è pericolo

24-gennaio

Lavoro e gravidanza. Ecco le precauzioni

31-gennaio

Mammografia. Quella diagnosi precoce che salva la vita

07-febbraio

Lo sport? A volte serve più del farmaco

14-febbraio

La sicurezza dei bambini passa attraverso casa

21-febbraio

URP - Un ponte tra cittadini e la Sanità

06-marzo

Così si rendono sicuri i piercing e i tatuaggi - Estetisti, tatuatori

13-marzo

Allergie, fastidio tipico di primavera e non solo

20-marzo

Infortuni sul lavoro, l'AUSL fa il punto

27-marzo

Nefrologia e dialisi - prevenzione per il bene dei reni

03-aprile

Giornata paraplegia Montecatone - Una grande équipe per i mielolesi

10-aprile

Ictus e infarto: i rischi calano con una pillola

17-aprile

Abuso di Alcol, un male che si può prevenire

24-aprile

HPV. Quel nuovo vaccino che scaccia un incubo

01-maggio

Sicurezza sul lavoro. Ecco le nuove norme

08-maggio

Naso, ecco a cosa serve la chirurgia funzionale

15-maggio

Anziani, il benessere inizia passeggiando

22-maggio

Una nuova frontiera: la terapia del dolore

29-maggio

Un obiettivo chiaro: gioventù senza tabacco

05-giugno

Tante nuove soluzioni per un antico problema

12-giugno

Sangue, donatori in lieve calo

19-giugno

È il moto regolare a donarci anni di vita

26-giugno

L'unione è forza contro la "tigre"

03-luglio

Così si va in vacanza coi bimbi e senza stress

10-luglio

Sole amico? Certo, ma ci vuole attenzione

17-luglio

Elettrosmog: pericolo o paura infondata?

24-luglio

Al telefonino con prudenza

31-luglio

Infermieri, lavoro da rivalutare

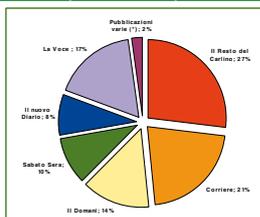
07-agosto

Un tecnico vigila su lavoro e cibi

- 14-agosto *Quando aiutare gli altri diventa una professione*
- 21-agosto *Fisioterapista, un lavoro di tecnica e di cuore*
- 28-agosto *L'aggressività dei cani? Attenti a certi segnali*
- 04-settembre *Se il tuffo diventa un dramma*
- 11-settembre *La "pancetta", segnale da non sottovalutare*
- 18-settembre *Mal di schiena, fastidio che si può combattere*
- 25-settembre *Giovani e contraccettivi. È meglio parlarne*
- 02-ottobre *Correre, un toccasana assolutamente naturale*
- 09-ottobre *Obesità, un problema davvero "pesante"*
- 16-ottobre *Il bebè: ecco le "regole" per crescerlo al meglio*
- 23-ottobre *L'influenza si avvicina. Al via le vaccinazioni*
- 30-ottobre *Disagi mentali: viaggio contro il pregiudizio*
- 06-novembre *Ma con i funghi non si scherza*
- 13-novembre *Monossido, il killer è in agguato*
- 20-novembre *Diabete, un nemico subdolo che si può controllare*
- 27-novembre *Assistenza e prevenzione per battere la violenza sulle donne*
- 04-dicembre *Disabilità e cooperazione esperienze a confronto*
- 11-dicembre *Sì, viaggiare... "Ma è meglio farlo in sicurezza"*
- 18-dicembre *Troppi incidenti domestici. Le mura di casa non sono sicure*

Oltre allo spazio autogestito di cui si è appena detto, durante l'esercizio 2008, la comunicazione dell'AUSL di Imola con la stampa è stata caratterizzata da una buona continuità e da risultati soddisfacenti.

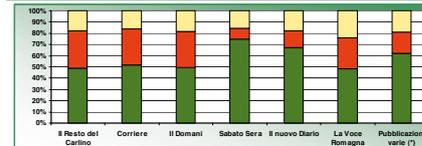
Gráfico 5.15 - Distribuzione % delle pubblicazioni sui quotidiani e settimanali locali. Anno 2008



Il Gráfico 5.15 mostra la distribuzione percentuale delle pubblicazioni (articoli) sui quotidiani e settimanali locali per l'anno 2008.

Figura 5.16 - Articoli sull'AUSL di Imola, per testate e per posizioni assunte. Anno 2008

Giornali	Positivi	Negativi	Neutri	Totali	%	% Positivi	% Negativi	% Neutri
Il Resto del Carlino	133	89	49	271	27%	49%	33%	18%
Corriere	111	69	34	214	21%	50%	32%	18%
Il Domani	70	46	26	142	14%	49%	32%	18%
Sabato Sera	73	10	15	98	10%	74%	10%	15%
Il nuovo Diario	56	12	15	83	8%	67%	14%	19%
La Voce Romagna	84	48	42	174	17%	48%	28%	24%
Pubblicazioni varie (*)	13	4	4	21	2%	62%	19%	19%
Totale	540	278	188	1.003	100%	54%	28%	18%

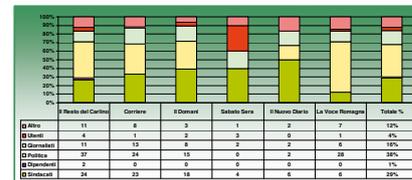


Note: Pubblicazioni varie (Imola.it, Imola notizie, Repubblica Bologna, Progettare sanità, E-Cmon, Starnaggio)

Il totale delle pubblicazioni su carta stampata, in grado di influenzare l'immagine interna e pubblica dell'Azienda - si escludono, perché non rilevate, le uscite su radio e televisione - è stato di 1.003 articoli, suddivisi e classificati in: 540 positivi (54%); 278 negativi (28%); 185 neutri (18%). Il raffronto con l'anno precedente mostra un lieve calo di pubblicazioni (1.140 nel 2007) e un aumento percentuale degli articoli negativi (28% nel 2008 vs 16% nel 2007) che recupera dal gruppo "neutri" (28% nel 2007); sostanzialmente invariata risulta la percentuale di articoli positivi (54% nel 2008 vs 56% nel 2007), in gran parte promossi dalla comunicazione attiva aziendale.

In merito alle apparizioni sulla stampa locale, per l'anno 2008, si è proceduto al monitoraggio specifico delle fonti da cui sono scaturiti gli articoli negativi. L'esigenza di un approfondimento nasceva dall'ipotesi - confermata - che quando "si parla male" di Sanità i proponenti siano solo in pochi casi i cittadini (4%), bensì prevalgano gli attori politici (38%) e sindacali (29%). Nel Gráfico 5.17 si mostra tale distribuzione, anche per testata giornalistica. Nel 12% dei casi invece è un episodio di cronaca che fornisce spunto per l'articolo (ad esempio un omicidio perpetrato da un utente seguito dal Dipartimento di Salute Mentale o il risultato di un processo che vede implicata, in un qualche modo, l'Azienda o un suo professionista).

Gráfico 5.16 - Articoli negativi suddivisi per testata e "soggetto" proponente la notizia



Analizzando la produzione di specie aziendale, si rileva una certa costanza, rispetto all'attività dello scorso anno, con 189 comunicati stampa (vs 193 nel 2007) e 16 conferenze stampa, di cui 11 organizzate per iniziativa della sola Azienda e 5 in collaborazione con altri Enti (Nuovo Circondario Imolese; AUSER; Fondazione Cassa di Risparmio di Imola; Coordinamento Oltre la Siepe). Il tentativo di integrare quanto più possibile l'attività della comunicazione aziendale con quella di altri Enti e Istituzioni del territorio pone al primo posto l'obiettivo di fornire al cittadino una informazione completa e non contraddittoria su alcuni temi, piuttosto che concentrarsi sui primati di immagine dell'uno o dell'altro. In tal senso, se va rilevato un ottimo livello di collaborazione tra le varie istituzioni territoriali nonché con la Regione, deve evidenziarsi l'esigenza di un maggior coordinamento della comunicazione/informazione ai cittadini, tra AUSL di Imola e Azienda Servizi alle Persona, organizzazione che probabilmente sconta la recente nascita e la mancanza di una struttura interna dedicata.

Tabella 5.18 - Conferenze stampa e comunicati stampa. Anno 2008

2008	CONFERENZE STAMPA	COMUNICATI STAMPA	Attive	Risposte
Gennaio	Avviso Genere medico Situazione igienico infirm. tecnico Pigiama Fofino	12	7	5
Febbraio		15	8	7
Marzo		20	15	5
Aprile	Zakaria Iqbal (Coor. Circondario) Alcol (coll. Asp) Distensione Ortop.	14	13	1
Maggio	Intervista video Gen. Iqbal La Salute arriva prima ai Coor. Auser (Circondario)	17	15	2
Giugno	Virus C EA Indagine sui nuovi ricoverati	16	16	0
Luglio	Malattia di melioidosi	13	12	1
Agosto	Paralisi (Circoscrittura DSP)	7	6	0
Settembre		11	10	1
Ottobre	Primo TV Super (coll.) Fondazione caritate D EA (coll. Fofino)	25	21	4
Novembre		20	12	8
Dicembre	Tampoli attesi	16	14	2
TOTALE	16	189	154	25

Un'analisi più di dettaglio dell'informazione emessa dall'AUSL di Imola tramite i giornali locali evidenzia che: l'81,5% dei comunicati è di tipo attivo, ossia rappresenta una iniziativa aziendale e non una risposta ad articoli o richieste specifiche dei giornalisti; il 96% dei comunicati emessi è stato pubblicato da almeno una testata, e oltre il 70% ha ricevuto riscontro su almeno 3 testate. Sempre lo Staff Comunicazione e Informazione ha mantenuto costante la presenza aziendale sul mensile StarMeglio, rivista dei Dipartimenti di Sanità Pubblica di Imola e Bologna.

Nel 2008 si è notevolmente ampliata la collaborazione con l'emittente televisiva locale Canale 11, anche grazie a uno *sponsor*, che ha sostenuto 38 rubriche "AUSL Informa", ciascuna della durata di 15 minuti, registrate e mandate in onda nell'esercizio in esame e nel 2009.

Data	Trasmissione televisiva "SPAZIO APERTO" - 2008
09-ottobre	Oltre la Siepe (DSM, ASP, Associazioni)
16-ottobre	Informazioni dall'Azienda
23-ottobre	Oltre la Siepe

30-ottobre	Vaccinazione antinfluenzale
06-novembre	Informazioni dall'Azienda
13-novembre	Giornata Mondiale Diabete
20-novembre	Cani aggressivi
27-novembre	Mobilità sostenibile
04-dicembre	Mostra pittorica "Curare e Guarire, occhio artistico ..."
11-dicembre	Giornata Mondiale Lotta all'AIDS
18-dicembre	Festività, corretto uso del PS pediatrico e Continuità Assistenziale

Dal mese di ottobre 2008, si è altresì regolarmente svolta la partecipazione dell'AUSL di Imola alla trasmissione in diretta "Spazio Aperto", ogni giovedì dalle ore 15.05 alle ore 15.40.

Data	Rubrica televisiva "AUSL INFORMA" – 2008
8-ottobre	Presentazione dell'Azienda a cura di Direttore Generale e Direttore Sanitario
15-ottobre	Obesity Day
22-ottobre	URP
29-ottobre	Screening
05-novembre	Tumore colon retto
12-novembre	Influenza
19-novembre	Hospice
26-novembre	AIDS
03-dicembre	Ambulanza Legacoop 118
10-dicembre	Incidenti domestici
17-dicembre	Progetto ABA
24-dicembre	PS e continuità assistenziale
31-dicembre	Liste attese a cura del Direttore Generale e Direttore Sanitario

5.2.6 Piano per la Salute

Il Piano per la Salute (PPS) è un progetto dinamico per la promozione di stili di vita e condizioni ambientali, culturali e sociali, in difesa del benessere collettivo e individuale; si tratta di una pianificazione poliennale, elaborata e concretizzata da diversi "attori sociali", coordinati dalla Conferenza dei Sindaci Territoriale.

I PPS sono diventati uno strumento di miglioramento della Salute, intesa non solo come assenza di malattia, bensì come partecipazione attiva dei cittadini e delle istituzioni nell'individuare, monitorare e ri-orientare le determinanti culturali, sociali e comportamentali. In quest'ottica,

cambia l'approccio strategico e metodologico al problema sanitario, allargando i confini delle competenze, delle decisioni e delle responsabilità.

Documenti dell'OMS, analogamente a importanti ricerche condotte in molti Paesi, descrivono scenari complessi, dove molteplici sono le variabili in grado di influire sulle condizioni di Salute dei popoli e degli individui: è sempre più dimostrato che la "costruzione" della Salute debba fare perno su un coinvolgimento ampio e attivo dei singoli cittadini, delle istituzioni, delle organizzazioni, delle comunità e che la collettività debba acquisire una visione finalizzata alla Salute, rispetto a scelte influenti sulla qualità della vita. "Stare bene", "Avere la salute" non significa soltanto non essere malati, bensì significa poter esprimere le proprie potenzialità, in armonia con gli altri e con l'ambiente; in questo senso la Salute è solo in parte collegata alla quantità e qualità dei servizi sanitari, e dipende assai più da situazioni e comportamenti (lavoro, stile di vita, ambiente, condizione socio-economica).

In questi ultimi anni, il Piano per la Salute del territorio circondariale imolese ha mantenuto alta l'attenzione sui temi dell'inquinamento dell'aria e degli incidenti stradali, percepiti e segnalati dai cittadini come principali cause di problemi sanitari. Si è pertanto proceduto investendo energie a favore di una mobilità sostenibile ed eco-compatibile.

Nel 2008 - ultimo anno del Piano per la Salute in vigore - si è svolta sostanzialmente un'attività di mantenimento delle iniziative sulla sicurezza stradale e di promozione della bici rivolte alle Scuole, ed è stata portata a termine la realizzazione di un'opera editoriale "*la Mobilità Sostenibile nel Territorio Imolese*", che censisce i modi e le forme in cui la mobilità sostenibile è stata concretizzata dalle Amministrazioni Comunali.

Il tema più innovativo, nell'ambito del PPS del Nuovo Circondario Imolese, è la promozione dell'attività fisica, per la quale si è cercata la collaborazione delle Associazioni e Società Sportive, con un'attenzione particolare agli anziani e ai bambini: corso di ginnastica dolce e, nel caso dei bambini, progettazione di una iniziativa centrata sugli alunni delle scuole elementari e sul nuovo utilizzo dei cortili scolastici ("*Cortili per gioco*"); è stato poi promosso l'utilizzo del DVD "*Paesaggi di Prevenzione*", in quattro Scuole, come previsto dal Piano Regionale.

Il *Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007* dà rilievo al contrasto dell'obesità, tramite la promozione dell'attività fisica e motoria: nell'ambito del Piano per la Salute, fin dal 2006-2007, si è sviluppata una attenzione sul tema, che ha portato a individuare la promozione dell'attività fisica tra le priorità per la Salute Pubblica, da proporre e valorizzare presso le comunità locali.

Figura 5.19 - Logo del Piano per la Salute del territorio imolese



PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA E MOTORIA

Una efficace strategia di prevenzione delle malattie e promozione della Salute consiste nel cercare di allontanare o rimuovere i fattori che aumentano la probabilità di ammalarsi, e di incrementare i fattori che contribuiscono al benessere psico-fisico e sociale dell'individuo. Tra i fattori comportamentali, sono noti l'effetto positivo dell'attività fisica e, al contrario, l'effetto negativo della sedentarietà. Quando si parla di attività fisica non ci si riferisce solamente alle attività sportive in senso stretto, bensì anche a tutte quelle attività che si espletano quotidianamente e che comportano l'uso del corpo (salire le scale, usare la bicicletta per gli spostamenti, passeggiare, fare lavori domestici, etc.). È quindi importante, innanzitutto contrastare gli stili di vita sedentari, sensibilizzando l'opinione pubblica sul notevole contributo al benessere generale che l'attività fisica e sportiva sono in grado di dare alle persone di ogni età e sesso, come dimostrano autorevoli studi scientifici.

Per promuovere l'attività fisica, in quanto fattore determinante per la Salute, è stato condiviso, nel 2008, un progetto che mette in rete le numerose competenze presenti nel territorio. Sono stati invitati i presidenti delle Società sportive più rappresentative a una serie di incontri, per progettare insieme nuove modalità e iniziative di promozione dell'attività fisica. Il Coordinamento del progetto - dopo aver esaminato e sistematizzato le proposte emerse in questa fase conoscitiva - ha allacciato ulteriori contatti, con esperti e con altre associazioni del territorio che operano in ambito sociale. Si è ritenuto opportuno rivolgere il progetto ai *target* "bambini in età scolare" e "anziani".

Bambini in età scolare - Per la realizzazione dell'obiettivo di aumentare e migliorare l'attività motoria nell'ambito della scuola elementare ci si è avvalsi dell'importante collaborazione di un esperto in pedagogia. Questa fascia di età è stata scelta perché:

- è la migliore per impostare abitudini al movimento;
- nella scuola elementare manca un insegnante di ginnastica vero, e proprio e l'attività viene effettuata dagli insegnanti, formati con corsi di aggiornamento, oppure mediante convenzioni con società sportive, per periodi però molto brevi.

Durante gli incontri è stata elaborata la bozza del progetto "*Cortili per gioco*", che si svilupperà nell'arco di due anni: saranno direttamente coinvolti i bambini, gli insegnanti e i genitori.

Anziani - Dal gruppo di lavoro del PPS è stata condotta un'indagine conoscitiva su come viene affrontata e stimolata l'attività fisica per l'anziano, nel territorio circondariale, sia dal privato sia dal pubblico, verificando concretamente le iniziative in essere, i costi che devono sostenere i singoli aderenti e le campagne in atto sul territorio per sensibilizzare alla pratica della attività fisica in questa fase della vita. L'analisi è stata fondamentale per organizzare iniziative che: non fossero già presenti nel territorio; rispecchiassero al massimo l'esigenze di stimolare l'aumento sia della autonomia sia delle relazioni sociali; prestassero attenzione alla sostenibilità economica. Il progetto di formazione all'attività motoria si è concretizzato con l'organizzazione del corso gratuito "*Passeggiate al Parco - impariamo insieme a guadagnare in Salute*": un insegnante di scienze motorie e un medico igienista hanno condotto 6 passeggiate, associate a esercizi di ginnastica

dolce, nel verde del Parco delle Acque Minerali di Imola, durante i mesi di maggio e giugno 2008, a cui hanno partecipato 45 over 65enni (le richieste di iscrizione sono risultate superiori ai posti disponibili). Al termine del corso è stato consegnato un opuscolo elaborato appositamente, in cui sono descritti e fotografati gli esercizi eseguiti durante il corso, per facilitare i partecipanti nella ripetizione degli stessi in autonomia. Si ricorda inoltre la collaborazione con l'AUUSER e i Comuni del Nuovo Circondario per l'elaborazione di un *depliant* informativo sulla promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione, e per l'organizzazione, nei Comuni di Castel San Pietro Terme e Borgo Tossignano, di 2 giornate interamente dedicate agli anziani, con iniziative di svago, informazione e movimento. In tali occasioni, il gruppo del PPS ha partecipato attivamente, sia con relatori - un medico igienista e un medico dello sport, che hanno sviluppato i temi dei corretti stili di vita - sia distribuendo gadget a ricordo della giornata.

LA MOBILITÀ SOSTENIBILE NEL TERRITORIO CIRCONDARIALE

In merito alle iniziative programmate e realizzate dai Comuni del territorio circondariale, per promuovere una mobilità sostenibile, sono state condotte delle interviste ad Assessori e Responsabili degli Uffici Tecnici comunali. I risultati dell'indagine conoscitiva sono stati divulgati in una pubblicazione "*La Mobilità sostenibile nel territorio imolese*" che, mediante una comunicazione diretta e d'impatto visivo, fotografa quanto realizzato in ciascuno degli stessi 10 Comuni.

Figura 5.20 - Pubblicazione PPS "La mobilità sostenibile nel territorio imolese"



La pubblicazione si compone di due sezioni: la prima è costituita da approfondimenti in merito ai temi principali legati alla mobilità sostenibile, elaborati da esperti del settore; la seconda riporta il censimento che il PPS ha effettuato sui principali interventi realizzati dai Comuni del territorio circondariale, riferiti alla mobilità e sicurezza stradale. È stato appurato che in tutto il Nuovo Circondario Imolese si sta lavorando per rendere la mobilità ciclabile più sicura e diffusa: i nuovi collegamenti non riguardano solo i centri urbani, bensì si stanno realizzando piste ciclabili che collegano le frazioni; in diverse località, quali i Comuni di Medicina e Mordano, e la Vallata del Santerno, le piste ciclopedonali sono state progettate come parte integrante di aree naturalistiche (oasi, parchi fluviali, etc.) e hanno una specifica valenza turistico-sportiva. I Comuni, inoltre, avvallano i progetti di nuovi insediamenti residenziali, che contemplan camminamenti protetti,

aree verdi, piste ciclabili e parcheggi per bici, in quanto tali opere non sono più considerate accessorie, quanto essenziali per la qualità di vita nel quartiere.

Anche sul fronte della mortalità su strada è stato riscontrato un impegno diffuso dei Comuni nel monitorare e intervenire a garanzia della sicurezza stradale: dall'utilizzo di dispositivi per moderare e controllare la velocità - principale causa di incidenti - alla progettazione di nuove rotonde, in grado di rendere più scorrevole la circolazione, rispetto all'incrocio tradizionale.

Sul tema specifico della mobilità dei dipendenti delle grandi aziende del territorio - in particolare riguardo al tragitto casa-lavoro - è attiva una "rete" di 8 *Mobility Manager*, dove il Comune di Imola svolge il ruolo di capofila: l'attività di indagine condotta dagli stessi sulle modalità di spostamento casa-lavoro ha messo in evidenza che il 60-70% dei lavoratori utilizzano l'automobile da soli, pur abitando nel raggio di 3 Km.

PROMOZIONE MOBILITÀ CICLABILE

Nel 2008, in continuità con l'anno precedente, sono state promosse diverse iniziative sul territorio circondariale, volte a promuovere la mobilità ciclabile che, in un'unica pratica, coniuga l'attenzione all'ambiente - minor inquinamento atmosferico e acustico, e minor impatto e deterioramento del suolo - con uno stile di vita fisicamente attivo, teso a mantenere un buono stato di Salute.

In maggio - mese dedicato alla promozione della mobilità ciclabile ("*Maggio in bici*") - sono state realizzate svariate iniziative, alle quali ha partecipato attivamente anche il PPS.

Bicicletta con Avis - "*Bicicletta ambientalista*" è una manifestazione organizzata annualmente dall'Avis e da altri Enti, ed è rivolta a tutta la cittadinanza e ai "soci" del PPS, con lo scopo di promuovere l'uso quotidiano della bicicletta e ridurre il ricorso ad altri mezzi di trasporto inquinanti. In questa occasione sono stati distribuiti gadget del PPS e volantini-invito per favorire la partecipazione alla festa "*Naturalmente Imola*", che si è svolta al Parco delle Acque Minerali la domenica successiva.

Festa al Parco delle Acque Minerali - Nel 2008 è stata realizzata la 1ª edizione della festa "*Naturalmente Imola*", nel Parco delle Acque Minerali, con l'intento di far riscoprire alla cittadinanza questa oasi di verde. La giornata è stata ricca di iniziative: musica, danza, burattini, pié frita, esposizione di piante e fiori e altre attrazioni. Chi arrivava in bici o con il volantino invito/buono, distribuito alla festa dell'Avis, veniva omaggiato, presso lo stand del PPS, di un braccialetto fluorescente con lo slogan "*(piedi + bici) = (salute + felicità)*"¹², da utilizzare come dispositivo di sicurezza.

Nell'arco delle manifestazioni della festa si è svolta la prima delle 6 passeggiate del Corso organizzato del PPS per i "*giovani anziani*".

Festa del saggio di Educazione Stradale del Nuovo Circondario Imolese - Il PPS ha collaborato con le Polizie Municipali del Nuovo Circondario Imolese in occasione delle feste per i saggi di Educazione Stradale, che si sono svolte il 22 maggio a Borgo Tossignano per la Vallata del Santerno, il 23 a Imola e il 28 maggio a Castel San Pietro Terme. Gli Assessori e i Sindaci che si sono rivolti agli studenti hanno illustrato gli obiettivi e risultati raggiunti dal PPS, promuovendo

anche la pubblicazione "*La Mobilità sostenibile nel territorio imolese*" e sottolineando quanto si è fatto su questo tema. Alle maestre sono stati distribuiti gli aggiornamenti del materiale informativo, per dare continuità all'attività di sensibilizzazione dei ragazzi. Anche in questa occasione sono stati distribuiti diversi *gadget*: adesivi, palloncini, braccialetti fluorescenti; quest'ultimo, in particolare, ha permesso di sottolineare ai bambini l'importanza dei mezzi di protezione (casco) e di visibilità per le macchine (lume acceso e braccialetto fluorescente posizionato nel braccio sinistro) quando ci si muove in bicicletta.

Gimkana Ciclistica per ragazzi - In occasione della manifestazione "*Sport al Centro*" - evento organizzato dal Comune di Imola, nell'ambito della Giornata Nazionale dello Sport - il PPS ha partecipato promuovendo l'attività fisica fra gli intervenuti e distribuendo volantini appositamente realizzati sul tema, insieme ai *gadget*.

ITIS e PPS da 4 anni insieme per una mobilità sostenibile - Nel mese di maggio 2008 si è svolta l'iniziativa "*Vigile per un giorno*", durante la quale si mostra il funzionamento dell'autoveloce ai ragazzi, e si monitora la velocità degli automezzi, osservando il comportamento degli automobilisti. L'evento si inserisce nel programma Mobilità Casa-Scuola che il PPS, l'Istituto Tecnico Industriale e il Liceo Scientifico Tecnologico curano insieme da quattro anni.

Figure 5.21 - Iniziative del mese di maggio nell'ambito del Piano per la Salute. Anno 2008



Il 2 dicembre 2008 si è svolta a Parma la quarta edizione del "*Premio Città Amiche della Bicicletta*", promosso da *Euromobility* in collaborazione con: Federazione Italiana Amici della Bicicletta (FIAB); Associazione Italiana Città Ciclabili (AICC); Federazione Ciclistica Italiana (FCI); Associazione Nazionale Ciclo Motociclo Accessori (ANCMA); Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI). In questa occasione all'AUSL di Imola è stato consegnato il primo premio categoria "Aziende", per il Progetto "*Tuttinbici*", con la motivazione di averlo "*inserito nelle intelligenti politiche di mobility management aziendale per i dipendenti*". Oltre alla consegna della targa, il premio ha previsto anche l'omaggio di 6 ulteriori biciclette (offerte dallo *Sponsor*) che sono andate

a rinforzare l'attuale dotazione di 16 bici aziendali. Al concorso hanno partecipato Comuni con meno di trentamila abitanti, Comuni con più di trentamila abitanti, Enti locali e Aziende. La giuria che ha esaminato i progetti ha assegnato ai Comuni di Padova e di Reggio Emilia *ex aequo* il primo premio per la categoria grandi Comuni; per la categoria Enti è risultata vincitrice la Provincia di Milano.

MOBILITY MANAGEMENT DELL'AUSL DI IMOLA

Nell'ambito della mobilità sostenibile, la figura del *Mobility Manager* aziendale risulta di importanza centrale, specialmente riguardo alla razionalizzazione degli spostamenti dei dipendenti: operando in rete con i suoi omologhi, appartenenti ad altri Enti e altre Aziende del territorio circondariale, è stato possibile in questi anni stimolare uno scambio di idee e azioni, creando così una sinergia di comportamenti. Si ricorda che l'indagine sulla mobilità casa-lavoro nell'AUSL di Imola, condotta nel 2005-2006, evidenziò come la grandissima maggioranza dei lavoratori (l'84% del campione) in inverno utilizzasse l'auto, e solo il 16% si spostasse con mezzi di trasporto alternativi. I dati raccolti furono lo stimolo per la messa in campo di interventi e pratiche per modificare i comportamenti.

Figure 5.22 - Le 10 biciclette aziendali distribuite dal Mobility manager. Anno 2008



Il *Mobility Manager* Aziendale ha pertanto continuato, nell'anno 2008, a operare per promuovere mobilità alternative di spostamento per dipendenti aziendali:

- **Bicicletta**: incremento del numero e della qualità dei parcheggi per bici dei dipendenti, coperti e sicuri rispetto al pericolo di furto;
- **Car-pooling**: facilitazioni nelle formazioni degli equipaggi e agevolazioni nel parcheggio con posti riservati. Ai 5 posti riservati nel parcheggio dell'Ospedale Nuovo di Imola, si aggiungono 2 posti presso la struttura dell'Ospedale Vecchio;
- **Mobilità ecocompatibile**: sono ancora in corso le trattative per l'acquisizione di altri autoveicoli elettrici. In novembre si è tenuto un corso agli autisti dell'AUSL sull'inquinamento atmosferico e la mobilità compatibile;
- **Mezzi pubblici**: sottoscrizione di una convenzione con l'ATC di Bologna per l'acquisto di un pacchetto di abbonamenti annuali a 125 euro cadauno (¼ del prezzo di mercato), da utilizzare per gli autobus urbani di Imola e del territorio bolognese. Con altri fondi dedicati

alla promozione della Salute, il costo è stato abbattuto ulteriormente a soli 25 euro. I lavoratori hanno risposto positivamente, acquistando quasi tutti gli abbonamenti disponibili;

- **Parcheggio interno Ospedale Vecchio:** intervento sulla viabilità interna tramite un piano operativo (attivo da agosto 2008) che prevede l'applicazione di nuove regole e permessi per il parcheggio interno nell'area in questione, da parte dei dipendenti, in modo da garantire un traffico moderato e maggiore sicurezza per gli utenti, che ogni giorno transitano in questa area.

MOBILITÀ CASA-SCUOLA

Nell'anno scolastico 2007/08 è proseguito il progetto "*Mobilità casa/scuola*" insieme all'Istituto "Alberghetti" di Imola (ITIS e Liceo Scientifico Tecnologico) ormai in essere da 4 anni.

Gli esperti del Piano per la Salute hanno incontrato tutti i ragazzi delle prime classi, per un momento di informazione e sensibilizzazione sui rischi correlati alla Salute, derivanti dall'uso dell'auto e della moto, in termini di inquinamento dell'aria e incidenti stradali, e soprattutto per riflettere insieme sui mezzi alternativi ecocompatibili. L'incontro è stato organizzato in 2 parti: prima è stato proiettato un DVD realizzato appositamente dal PPS, in cui Marco Melandri incentiva all'uso del casco e un ragazzo paraplegico da trauma racconta la sua esperienza; poi si è passati all'informazione diretta sui temi in esame, lasciando ampio spazio al dibattito con gli studenti. È stato poi distribuito un questionario per indagare la sensibilità dei ragazzi riguardo alla mobilità sostenibile. I risultati sono stati presentati in un'assemblea di tutte le classi interessate, a ottobre dell'anno scolastico 2008/09.

Come già accennato, nell'ambito delle iniziative di Maggio "*Mobilità e Benessere*", si è ripetuta l'esperienza dello scorso anno "*Vigile per un giorno*". Una pattuglia di vigili dotata di laser o autovelox si è posizionata in Via San Benedetto, per due mattine, e ogni classe è uscita per 40 minuti a monitorare la velocità degli automezzi e per partecipare con i vigili a eventuali contravvenzioni.

Una emittente locale, sensibile agli eventi che si svolgono nel circondario imolese, ha invitato il gruppo di lavoro del PPS e la professoressa referente dell'Istituto Alberghetti a una trasmissione televisiva interamente dedicata al progetto sulla mobilità casa-scuola.

EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE

I rappresentanti del PPS hanno partecipato al progetto "*Paesaggi di Prevenzione*", promosso dalla Regione Emilia Romagna, che si basa su un DVD multimediale sul tema, da diffondere nelle Scuole. Le Scuole che hanno aderito alla sperimentazione del DVD, nell'anno scolastico 2007/2008, hanno scelto i seguenti percorsi e ambiti di approfondimento:

- Alimentazione: ITIS, IPIA, Liceo Scientifico Tecnologico (Imola);
- Dipendenze-alcolismo: ITAS di Imola;
- Alimentazione e attività fisica: Istituto Comprensivo Statale di Medicina;
- Alimentazione e alcol: Istituto Comprensivo Valsalva.

Durante l'iniziativa sono stati trattati in classe gli argomenti sopra citati, partendo dai dati statistici; è stato utilizzato il DVD per valutare il livello di percezione del rischio e sono state organizzate visioni collettive di film sulle problematiche affrontate. I docenti hanno ritenuto la parte operativa stimolante per i ragazzi e in grado di trasmettere con semplicità le nozioni di base. Per l'anno in corso ci si propone di ampliare gli interventi sulle 5 sessioni tematiche, nelle Scuole che hanno aderito al progetto, e di coinvolgere il Polo dei Licei e la Scuola secondaria di I grado di Mordano.

PROGETTO-INTERVENTO ALCOOL/LAVORO

Il progetto alcool/lavoro è inserito all'interno delle azioni di miglioramento del PPS riguardanti le tematiche delle dipendenze, in quanto l'alcoldipendenza è percepita dalla popolazione circoscrizionale come uno dei principali problemi di Salute del territorio. Gli obiettivi sono sostanzialmente mirati a sensibilizzare i lavoratori sui rischi connessi all'assunzione di bevande alcoliche, sia durante il lavoro sia fuori dal lavoro, nell'ottica di migliorare la qualità della vita individuale e collettiva, e anche di contribuire a ridurre i rischi di infortunio sul lavoro, gli incidenti stradali e domestici e l'insorgere di patologie alcool-correlate.

Il progetto biennale (2007/08) è stato realizzato in tre Aziende medio grandi. L'intervento - iniziato nel 2007 con le interviste semistrutturate e la somministrazione di questionari elaborati dalla Regione, ai dipendenti di 2 delle 3 Aziende selezionate - nel 2008 si è concluso con le seguenti attività:

- 2 incontri formativi rivolti al tavolo di lavoro aziendale e ai quadri, costituiti da una prima parte informativa, con lezione frontale, in cui si sono presentati anche i risultati dei questionari, e da una seconda parte impostata sul lavoro di gruppo, con applicazione della tecnica del *problem solving*;
- 4 incontri di sensibilizzazione (di cui 3 nell'azienda più grande) rivolti a tutti i dipendenti, con lezione frontale e, anche in questo caso, con la presentazione dei risultati del questionario regionale.

All termine, è stato consegnato a tutti i partecipanti un questionario di gradimento, in cui si è chiesta una valutazione dell'intervento sul tema "alcool-lavoro": l'elaborazione ha evidenziato un giudizio positivo, con l'auspicio che il percorso formativo intrapreso possa continuare.

5.3 La comunicazione interna aziendale

Le tecniche di comunicazione interna sono fondamentali nel contesto organizzativo, come "premessa" della migliore efficienza e della migliore efficacia dell'Azienda. Le sue finalità si possono sintetizzare in tre concetti significativi:

- l'orientamento delle molteplici professioni, dei ruoli, delle strutture interne a concepirsi come appartenenti alla stessa unica Organizzazione, che condivide una univoca *missione*;
- la capacità dell'Azienda di attuare internamente sistemi di relazioni semplici, per affrontare compiti complessi, nel rispetto delle responsabilità individuate, mediante percorsi trasparenti di assunzione delle scelte, che devono essere diffusamente comunicate e conosciute, oltre ad avere momenti formali per la contestabilità interna delle stesse, prima di giungere alla decisione;
- la creazione e il mantenimento di un clima organizzativo buono, determinante per la riuscita dell'Azienda nel suo complesso e, pertanto, di ogni sua articolazione interna.

Per quanto sia facile comprendere l'importanza della comunicazione interna – a maggior ragione quando l'opera quotidiana di governo e gestione si esplica come “*discorsi su discorsi*”, tra linguaggi generalisti, specialistici e “iperspecialistici”, per i quali la comprensione reciproca è obbligatoria e non opzionale - altrettanto complessa si rivela la sua messa in pratica, in un contesto a influente dimensionamento umano, non solo in termini quantitativi di professionisti e relazioni a reciprocità funzionale, bensì anche qualitativi, nei modi più imponderabili di stili, storie e caratteristiche personali.

5.3.1 Sito Intranet

Il 2008 ha visto il varo del nuovo Sito intranet aziendale (giugno) che utilizza uno strumento di interfaccia analogo a quello usato per l'Internet, con un notevole salto di qualità, sia per chi lo gestisce sia per chi ne fruisce. Il vantaggio maggiore è certamente la flessibilità, che ne permette il miglioramento continuo da parte delle diverse Strutture aziendali, a cui è riservato uno spazio molto ampliato rispetto al passato. Sono risultati buoni i riscontri di fruizione, con 429.931 accessi nei primi 6 mesi di attivazione (giugno-dicembre 2008).

Figura 5.23 - Home page del Sito intranet dell'Azienda USL di Imola



Nel nuovo Sito c'è uno spazio di contatto diretto tra professionisti e direttore generale, la *mail "dillo al direttore"*, che nel 2008 ha totalizzato 15 richieste, a cui il DG ha personalmente risposto.

Riguardo alla gestione dei contenuti, per tutto il 2008 si è continuato a rendere disponibili:

- gli aggiornamenti di: Rassegna stampa; Comunicati stampa; Elenco telefonico aziendale;
- le informazioni e le comunicazioni ad alto impatto organizzativo generale;
- i documenti di programmazione e rendicontazione dell'AUSL di Imola;
- i regolamenti e gli aggiornamenti degli accordi, che riguardano le diverse figure professionali, per gli inquadramenti e gli adeguamenti sia giuridici sia economici;
- le notizie aggiornate sulle agevolazioni di varia natura per i dipendenti aziendali.

5.3.2 Newsletter

Tra le iniziative di comunicazione interna più rilevanti si ricorda la produzione del foglio aziendale interno “*Detto tra NOI*”, prodotto in 2000 copie e distribuito a tutti i dipendenti e ai medici convenzionati con il cedolino stipendiale: nel 2008 sono stati pubblicati 11 numeri.

Figura 5.24 - Riproduzione marzo 2008 del News Letter mensile dell'AUSL di Imola



Come progettato, a luglio 2008 è stato somministrato un questionario di gradimento dell'iniziativa, i cui risultati sono stati pubblicati a novembre. La percentuale relativamente bassa di risposta al questionario (il 12,4%, pari a 224 persone) rende difficile la generalizzazione del buon risultato (soddisfacente per l'81,7%), per quanto consenta di recepire alcuni suggerimenti per il futuro, in particolare di concentrarsi maggiormente sull'informazione e descrizione di regolamenti, norme, trattative sindacali e contratti. A tal proposito, sono già state introdotte alcune nuove rubriche fisse, tra cui quella affidata ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza.

6. Ricerca, Innovazione, Alta formazione e Accreditamento	pag. 234
6.1 Attività della struttura per la ricerca e l'innovazione	234
6.1.1 Attività di ricerca nell'AUSL di Imola, esercizio 2008	235
6.1.2 Collaborazioni con le strutture regionali e extraregionali	236
6.1.3 Principali progetti di ricerca aziendali con altre Aziende RER	238
6.2 Progetti sanitari nel piano telematico regionale	239
6.2.1 Progetto SOLE - Sanità On LinE	240
6.2.2 Progetti/Servizi ICT	241
6.3 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	245
6.3.1 Attività di formazione del personale	245
6.3.2 Accessibilità alla documentazione scientifica: la biblioteca aziendale	246
6.3.3 Progetto regionale "Anagrafe della Ricerca"	246
6.4 Alta formazione	246
6.5 Accreditamento	250

6. Ricerca, Innovazione, Alta formazione e Accreditamento

Così come per l'individuo, una Organizzazione che innova è prima di tutto una Organizzazione che apprende. Il nuovo *Atto Aziendale* della AUSL di Imola connette e integra la funzione di Ricerca e Innovazione con quella di Formazione, ovvero si individua la tecnostuttura di supporto dell'attività tipica "Ricerca e Innovazione", e se ne predeterminano le connessioni con le tecnostutture "Formazione" e "Governo Clinico", che comprende le attività di Accreditamento.

Il modello di riferimento di detto *Staff* della Direzione Sanitaria tende a contrastare le dinamiche "chiuse" e settoriali, generatesi negli anni in cui per le Aziende territoriali la ricerca era una attività quasi opzionale. L'obiettivo principale è il superamento di una gestione per sottosistemi, scarsamente interconnessi e autoreferenziali, perseguendo di converso lo scambio, la condivisione e la circolazione delle informazioni, all'interno dell'AUSL e del Sistema di cui si è parte.

A questo proposito, può essere significativo soffermarsi sulla *mission* aziendale, e precisamente sul passaggio: *l'Azienda USL di Imola agisce come un sistema cognitivo, evolutivo e dinamico, grazie alla pratica continua:*

- della integrazione e valorizzazione delle sue molteplici professionalità interne;
- della in-formazione sanitaria socialmente diffusa;
- della ricerca e dell'innovazione;
- della formazione e dell'aggiornamento.

L'approccio sistemico cui si fa riferimento mutua i principi fondamentali dalla Legge Regionale 29/2004, *Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del SSR*, e dal *Piano Sociale e Sanitario dell'Emilia Romagna 2008-2010*, che introducono, quali elementi innovativi di governo del SSR e delle Aziende Sanitarie: (i) la cooperazione con le comunità e gli enti locali; (ii) la valorizzazione delle diverse professionalità e la ricerca e innovazione organizzativa e tecnologica; (iii) la collaborazione con le Università della Regione.

6.1 Attività della struttura per la ricerca e l'innovazione

La Legge Regionale 29/2004, definendo le norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale, prevede la collaborazione tra Aziende Sanitarie e Università negli ambiti della formazione del personale e della ricerca, al fine di perseguire l'innovazione gestionale e organizzativa del Sistema stesso. La Ricerca assume valenza di "attività tipica" (o caratteristica) anche per le Aziende territoriali (AUSL), non solo di quelle Ospedaliere e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). La norma attribuisce al Collegio di

Direzione - organo dell'Azienda Sanitaria - compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di Ricerca e Innovazione, congiuntamente alla valorizzazione delle risorse umane e professionali (Sezione 4).

L'*Atto Aziendale* e il relativo *Regolamento attuativo* dell'AUSL di Imola, sulla base degli indirizzi regionali, collocano la struttura aziendale di coordinamento della Ricerca e Innovazione in *staff* alla Direzione Sanitaria, strettamente connessa con le altre tecnostutture della Formazione e del Governo Clinico. Le sue principali funzioni riguardano: (i) la promozione delle iniziative avviate nel contesto del Programma per la Ricerca e l'Innovazione dell'Emilia-Romagna (PRI E-R) e dell'Osservatorio Regionale (ORI); (ii) il supporto al Collegio di Direzione, sui temi dell'innovazione tecnologica, clinica e organizzativa; (iii) il coordinamento e l'integrazione, nell'ambito specifico, tra Direzione di Distretto, Direzioni Tecniche Aziendali e Direzioni di Dipartimento. A tale scopo, la struttura si avvale della medesima "rete" di cui si avvale la tecnostuttura Formazione (Rete di referenti dipartimentali Formazione/Ricerca e Innovazione); il ruolo di referente dipartimentale è funzione delegabile, in capo al Direttore di Dipartimento e al Responsabile Infermieristico e/o Tecnico di Dipartimento.

La stessa LR 29/2004 definisce, quale funzione strategica e connessa alla Ricerca e Innovazione, il "Governo Clinico", nel cui ambito si promuove il ruolo delle professioni sanitarie, sia nell'adeguamento dei servizi alle mutevoli condizioni organizzative e cliniche determinate dalle innovazioni tecnologiche e di processo, sia nella proposta di iniziative di ricerca e innovazione volte a migliorare la qualità dell'assistenza. Come previsto nel *Regolamento attuativo dell'Atto aziendale*, la tecnostuttura Governo Clinico: (i) supporta il Direttore Sanitario e il Collegio di Direzione nella proposta e verifica dei programmi riguardanti il rischio clinico e la sicurezza degli operatori sui luoghi di lavoro; (ii) sviluppa e promuove l'applicazione del sistema qualità indicato dall'accREDITAMENTO istituzionale, secondo il modello regionale; (iii) effettua, sulla produzione interna ed esterna all'Azienda, le verifiche periodiche di conformità della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) alla cartella clinica; (iv) supporta l'Ufficio Commitenza e Controllo del Direttore di Distretto nel monitoraggio degli accordi e dei contratti di fornitura con le strutture pubbliche e private accreditate.

6.1.1 Attività di ricerca nell'AUSL di Imola, esercizio 2008

Nel 2008, l'AUSL di Imola ha condotto - da sola o in *partnership* con Regione e Università - 7 progetti di ricerca, riepilogati per categorie nella Tabella 6.1, dove viene indicato il finanziamento dedicato e il numero di professionisti coinvolti.

Tabella 6.1 - Sintesi attività di ricerca AUSL di Imola. Anno 2008

Progetti anno 2008	Progetti	Personale	Finanziamenti
Sperimentazione farmaci	4	6	€ 9.000
Progetti di modernizzazione	2	3	€ 20.000
Ricerca Regione-Università	1	1	€ 10.000
TOTALE	7	10	€ 39.000

Trattazione a parte meritano i progetti ad *hoc* per la telematica, ai quali viene dedicato il Paragrafo 6.2.

6.1.2 Collaborazioni con le strutture regionali e extraregionali

Programma per la Ricerca e l'Innovazione per l'Emilia-Romagna (PRI E-R) e l'Osservatorio regionale per l'Innovazione (ORI)

L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale promuove, nell'ambito del Programma per la Ricerca e l'Innovazione dell'Emilia-Romagna, l'organizzazione di un Osservatorio regionale, con il compito di consentire rapidamente l'individuazione e la valutazione delle tecnologie emergenti, e di supportare le attività dei Collegi di Direzione aziendali sui temi dell'innovazione tecnologica, clinica e organizzativa.

Per quanto riguarda il contributo fornito nel 2008 alle attività dell'ORI da parte della AUSL di Imola, si riporta la relazione valutativa d'impatto della *QF-PCR (Quantitative Fluorescence - Polymerase Chain Reaction)*, tecnica eseguita su liquido amniotico o villi coriali - afferente la Genetica Medica e ancora non presente sul territorio regionale - che consente la diagnosi rapida di alcune specifiche anomalie cromosomiche in fase prenatale. Si segnala altresì la partecipazione alle iniziative dell'ORI, e il supporto all'introduzione operativa in Area Vasta di: (i) nuove procedure per il monitoraggio e la valutazione dell'impatto aziendale e regionale delle innovazioni; (ii) modalità uniformi di progettazione e coordinamento degli studi su innovazioni emergenti; (iii) definizione di modelli d'uso appropriati; (iv) identificazione, validazione e diffusione di soluzioni innovative sperimentate a livello locale.

Progetto culture organizzative e professionali del governo clinico nelle Aziende Sanitarie

L'AUSL di Imola è tra le Aziende pilota di un progetto regionale rivolto all'analisi delle effettive modalità di implementazione del Governo Clinico nel SSR, del quale si riportano in sintesi razionale, obiettivi e stato di avanzamento.

SOGGETTI ISTITUZIONALI COINVOLTI: Agenzia Sanitaria Sociale regionale (ASSR); Aziende USL: Reggio Emilia; Modena; Bologna; Imola; Ravenna; Forlì; Cesena; Rimini; Azienda Ospedaliera: Reggio Emilia; Parma; Modena.

RAZIONALE E OBIETTIVI

La realizzazione della ricerca vede impegnati: (i) un gruppo di pilotaggio regionale, composto da rappresentanti dell'ASSR, delle Aziende Sanitarie pilota (AUSL di Modena e di Imola, e AO di Modena), da un consulente scientifico e una ricercatrice dell'Università di Bologna; (ii) un'*équipe*

di ricerca composta da un consulente scientifico e da ricercatori del Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna. La durata del progetto è di 2 anni (2008-2009), e si articola in 3 fasi: I) analisi documentaria degli atti aziendali; II) interviste semistrutturate a componenti dei Collegi di Direzione e osservazione partecipante alle sedute dell'organo collegiale; III) analisi complessiva dei materiali raccolti e stesura di un *Report* finale.

Come anticipato in premessa, la più recente normativa regionale pone il Governo clinico (GC) in seno al Collegio di Direzione, allo scopo di garantire che l'Organizzazione assuma la responsabilità del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza come uno dei *task* fondamentali della propria *mission*, e prevede per lo stesso Collegio di Direzione compiti specifici di elaborazione e di proposta in merito alle attività di formazione, ricerca e innovazione, in collaborazione con l'organo Direttore Generale e i Dipartimenti.

Obiiettivo del progetto è indagare le effettive modalità di implementazione del GC nel Sistema Sanitario Regionale, con particolare riferimento al ruolo svolto dalle diverse culture professionali (mediche, sanitarie, tecniche, amministrative).

Gli ambiti specifici da analizzare nelle realtà aziendali riguardano: (a) la struttura formale delle relazioni delineata dall'Atto aziendale, con riferimento alla composizione del Collegio di Direzione, alle forme e modalità di relazione con gli altri organi, gli uffici di *staff*, i Dipartimenti e i Distretti; (b) la struttura informale delle relazioni interne che "agiscono" nell'ambito dei processi decisionali e degli stili di *leadership*, e il ruolo che il GC assume in tali processi; (c) le azioni per la realizzazione del GC: strategie, piani di sviluppo, programmi di miglioramento della qualità, di formazione permanente e di gestione del rischio clinico, di sviluppo della funzione di ricerca; (d) la cultura organizzativa ai diversi livelli di *leadership* aziendale, con riferimento alla percezione del GC in relazione ai valori e alle immagini che orientano la *vision* aziendale nonché alle modalità di *knowledge management* relative all'uso e alla disponibilità dei suoi strumenti tipici: EBM, *audit* clinico, linee guida, *benchmarking*, gestione del rischio clinico, gestione dei reclami; (e) il clima organizzativo in cui si inserisce il GC, ovvero il sistema di atteggiamenti, percezioni e relazioni in grado di facilitarne o di ostacolarne la realizzazione; (f) il sistema di valutazione degli *outcome* del GC, ovvero l'uso di indicatori di *performance* e il grado di rilevanza posto sulla responsabilizzazione, sul contributo individuale, sulla definizione di obiettivi e standard, sul monitoraggio e la valutazione delle prestazioni.

Il percorso di ricerca si fonda su una metodologia integrata quali-quantitativa, che utilizza strumenti diversificati: (i) analisi documentaria degli atti aziendali e di altri documenti significativi in relazione al GC; (ii) interviste semistrutturate ai componenti dei Collegi di Direzione; (iii) osservazione partecipante a sedute dei Collegi di Direzione, per rilevare il clima organizzativo e la struttura informale che caratterizza ciascun contesto aziendale.

STATO DI AVANZAMENTO REGIONALE

Nel corso del 2008, sono state realizzate: (i) l'analisi documentaria degli atti aziendali e di altri documenti (bilanci di missione, verbali dei Collegi di Direzione) in 11 aziende con Atto aziendale già adottato (8 AUSL, 3 AO); (ii) l'osservazione partecipante e le interviste semistrutturate a

componenti dei Collegi di Direzione delle Aziende pilota. In particolare, presso l'AUSL di Imola - entrata nel 2008 come Azienda pilota, in sostituzione dell'Istituto Ortopedico Rizzoli - si sono effettuate 10 interviste semistrutturate a membri del Collegio di Direzione.

Dall'analisi degli Atti aziendali è emersa una eterogeneità di interpretazione e implementazione del disposto regionale in materia di GC da parte delle diverse realtà aziendali, anzitutto espressa nella diversità stessa di composizione dei Collegi di Direzione. Per quanto riguarda le funzioni assegnate all'Organo collegiale, alcune Aziende tendono ad accentuarne il valore propositivo ed elaborativo; altre tendono a configurarlo sostanzialmente come un organo consultivo della Direzione aziendale. In generale, si può affermare, in via preliminare e sulla base di quanto finora esaminato, che la cosiddetta "terza aziendalizzazione" sia un processo ancora del tutto *in fieri*, che richiede un monitoraggio accurato dei processi in atto e, probabilmente, la messa in campo di ulteriori strumenti di supporto alla effettiva implementazione del Governo clinico, in particolare per le funzioni in capo al Collegio di Direzione, relative allo sviluppo delle attività di ricerca e innovazione, nell'ambito dei servizi, e alla valorizzazione delle risorse umane e professionali.

Nel 2009 si intende estendere l'indagine alle altre Aziende Sanitarie della Regione, per procedere all'analisi complessiva dei materiali di ricerca rilevati e alla stesura del *Report* finale.

Per quanto riguarda l'AUSL di Imola, nel corso del presente esercizio, è stata condotta la fase di osservazione partecipante in occasione di due sedute del Collegio di Direzione.

6.1.3 Principali progetti di ricerca aziendali con altre Aziende RER

Progetto PERIMED. Il progetto - presentato nel 2008 nella categoria "modernizzazione" - mira a sviluppare le competenze infermieristiche nel campo della medicina peri-operatoria. L'AUSL di Imola partecipa al progetto assieme ad altre Aziende della Regione, con la AO di Reggio Emilia in qualità di capofila. Il gruppo di lavoro ha per prima cosa suddiviso l'attività operatoria per fasce di rischio, utilizzando criteri di classificazione internazionali, e ha avviato la formazione di 5 operatori aziendali.

Progetto Indicatori Ortopedia. Il progetto - inserito nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università 2007-2009 - si propone di individuare gli indicatori chiave di *performance* clinica in area ortopedica, con particolare riguardo alla frattura del femore. L'AUSL di Imola partecipa in *partnership* con l'Ortopedia dell'Azienda Ospedaliera di Bologna. Sono previsti controlli su SDO e cartelle cliniche.

Progetto CE.R.E.R.e. Nel maggio 2007, l'Unità Operativa Pediatria e Nido dell'AUSL di Imola ha avviato il progetto CE.R.E.R.e (CEliachia Regione Emilia Romagna E Imola); si tratta di uno studio osservazionale-prospettico, di tipo epidemiologico, con l'obiettivo di migliorare la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze della celiachia, già descritto nel precedente Bdm 2007.

In questa sede si riportano gli stati di avanzamento aggiornati al 31/12/2008.

A fine 2007 sono stati convocati 2.000 bambini residenti nei Comuni di Castel San Pietro Terme, Medicina, Mordano, Borgo Tossignano, Fontanelice, Castel del Rio, Casalfiumanese, Castel Guelfo e Dozza, con un'adesione del 53,7% (1.074 bambini "screenati") e 4 diagnosi di malattia, confermata, oltre che dal test rapido, anche dai successivi esami di approfondimento (analisi del sangue per ricerca anticorpi IGA e EMA e istologico tramite biopsia intestinale). Lo studio sui rimanenti 2.413 bambini si è concluso nei primi sei mesi del 2008: si sono presentati 1.544 bambini, con un'adesione del 63,9%; di questi, 27 casi sono risultati positivi al test rapido e 11 sono stati confermati alla biopsia.

Progetto LASER Lotta alla Sepsis in Emilia-Romagna. Durante il 2008, nell'ambito del progetto strategico regionale mirato alla riduzione dell'incidenza della sepsi grave, in particolare nelle aree ad assistenza intensiva, l'impegno si è concentrato sulla formazione degli operatori sanitari, medici e infermieri, coinvolti nel *team* sepsi. Nell'AUSL di Imola sono stati coinvolti in questo percorso formativo oltre 100 operatori. Per la rilevazione dei casi è disponibile una *check-list* elaborata a livello aziendale, la cui compilazione è ormai pratica clinica quotidiana.

Progetto IQIP - International Quality Indicator Project del Center for Performance Science. Coordinato dall'AUSL di Ferrara, in quanto centro referente italiano dal 2005, questo progetto internazionale interessa complessivamente 1.100 ospedali nel mondo, ed è gestito dal *Center of Performance Science del Maryland* (USA). Il progetto produce il più grande *database* internazionale relativamente agli indicatori di *performance* ospedaliera, riguardanti *outcome* clinici, di efficacia ed efficienza, di consumo di risorse, di soddisfazione dell'utenza. L'AUSL di Imola ha aderito per un periodo di due anni (2008-2009).

Progetto Registri di patologia. La Regione ha predisposto una serie di registri clinici informatizzati utili alla rilevazione delle informazioni funzionali alla valutazione e al miglioramento della qualità dell'assistenza. L'AUSL di Imola partecipa alla alimentazione dei seguenti database clinici: (i) Registro pazienti con gravi cerebrolesioni (GRACER); (ii) Registro protesi d'anca (RIPPO); (iii) Registro impianti defibrillatori e *pace-maker*; (iv) Registro sepsi in terapia intensiva.

6.2 Progetti sanitari nel piano telematico regionale

I *Progetti sanitari nel piano telematico regionale* si collocano a tutti gli effetti nell'ambito della promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa. In questo paragrafo si riporta, per ciascun Progetto/Servizio *ICT* (*Information and Communication Technology*), una breve sintesi degli obiettivi e dello stato di avanzamento regionale, e i risultati conseguiti dalla AUSL di Imola, in rapporto agli specifici obiettivi aziendali, qualora presenti.

Si ricorda, inoltre, che l'AUSL di Imola ha recepito con propria delibera (n. 132/2008, *Provvedimenti in ordine alla realizzazione dei progetti regionali di applicazione dell'ICT a supporto*

dei servizi sanitari e socio-sanitari regionali. Anno 2008) quanto stabilito dalla DGR 1333/2008, che approva il programma operativo annuale delle attività di realizzazione dei Progetti *ICT*, affidate alla Società CUP2000 S.p.A, in attuazione della Convenzione Quadro regionale del 27/09/2007, riconfermando l'AUSL di Imola stessa, per l'anno 2008, quale referente per la gestione tecnico amministrativa e contabile dei suddetti progetti a finanziamento regionale.

6.2.1 Progetto SOLE - Sanità On LinE

SOGGETTI ISTITUZIONALI COINVOLTI: Regione Emilia Romagna; Aziende USL e Ospedaliere della Regione Emilia Romagna; Istituto Ortopedico Rizzoli; MMG e PdLS.

RAZIONALE E OBIETTIVI

Le esigenze di garantire la continuità assistenziale, attraverso l'integrazione fra territorio e ospedale, migliorare l'accesso ai servizi e le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria costituiscono le ragioni fondanti la nascita del Progetto Sole (Sanità *OnLinE*), che dopo una prima fase sperimentale è stato implementato in tutte le 17 Aziende Sanitarie regionali, e presso i Medici di famiglia e Pediatri di libera scelta della Regione.

Attraverso un'infrastruttura innovativa, che utilizza la tecnologia della cooperazione applicativa e gli *standard* sanitari, il progetto ha gli obiettivi operativi di: (i) migliorare la comunicazione fra MMG/PdLS e specialisti territoriali e ospedalieri; (ii) ridurre gli adempimenti burocratici per MMG/PdLS e cittadini; (iii) creare le condizioni per disporre della documentazione sanitaria in formato elettronico e, quindi, facilitare la definizione e la gestione dei percorsi diagnostici.

L'infrastruttura tecnologica/applicativa - e la relativa messa in funzione presso le Aziende Sanitarie - ha permesso l'attivazione dei servizi afferenti i "cicli informativi" prescrizione-refertazione delle prestazioni di Laboratorio analisi, Specialistica ambulatoriale, Radiologia, e quelli afferenti la continuità assistenziale e accettazione-dimissione. Sono disponibili inoltre i servizi di aggiornamento dell'anagrafica degli assistiti, con le relative scelte/revoco dei MMG/PdLS.

Nel 2008 il progetto SOLE è stato suddiviso in due (SOLE e SISAN): rimangono in capo a SOLE le attività di *deploy* dei servizi sulle Aziende e sui MMG, le attività di comunicazione e formazione e la gestione di tutta l'infrastruttura. I principali risultati attesi per l'esercizio in esame erano i seguenti:

- diffusione Rete SOLE presso le Aziende e i MMG/PdLS della Regione;
- estensione Reti Orizzontali presso i Nuclei delle Cure Primarie, definiti dalle Aziende, secondo il modello di cartella clinica omogenea;
- Carta Operatore: completamento diffusione di quanto previsto nel progetto ministeriale;
- apertura servizi SOLE al cittadino: sperimentazione dell'accesso ai documenti clinici presenti in SOLE (referti);
- formazione e comunicazione rivolta a tutti gli attori del progetto (MMG/PdLS, specialisti, operatori sanitari, etc.), di cui una parte importante indirizzata al cittadino.

STATO DI AVANZAMENTO REGIONALE

Nel 2008 è stato realizzato il collegamento alla rete SOLE del 75% dei MMG/PdLS (2.702 MMG e 161 PLS, su un totale di 3.796), ed è stato realizzato il consolidamento del ciclo prescrizione-refertazione, per quanto riguarda le attività di Laboratorio, Specialistica e Radiologia, nonché il sistema di prenotazione dei punti CUP e l'accettazione diretta. Sono stati inoltre attivati presso le Aziende i nuovi servizi relativi al percorso diabete, alla restituzione della lettera di dimissione, alla notifica dei referti di Pronto Soccorso, all'utilizzo del Catalogo unico regionale SOLE. In alcune Aziende dell'Area Vasta Emilia-Centro è stata attivata l'interoperabilità, per lo scambio di documenti tra MMG/PdLS e le diverse Aziende. È stato inoltre realizzato e sperimentato l'Indice Regionale degli Eventi Clinici, che permette di accedere ai documenti sanitari riguardanti la storia clinica del paziente (referti, lettera di dimissione, altro).

STATO DI AVANZAMENTO AZIENDALE

Ad oggi l'AUSL di Imola ha realizzato il collegamento alla rete SOLE del 85,5% dei MMG/PdLS (88 MMG e 12 PdLS, su un totale di 117). In seguito all'adozione da parte aziendale del Catalogo unico regionale SOLE, i servizi attivati sono:

- ciclo prescrizione-refertazione per le attività del Laboratorio analisi e di Specialistica ambulatoriale;
- ciclo anagrafica: scelta, revoca MMG/PdLS;
- ciclo ADT (accettazione dimissioni e trasferimenti);
- notifica dei referti di Pronto Soccorso ai MMG;
- invio lettere di dimissione ai MMG.

Nell'ambito degli interventi di innovazione tecnologica, promossi dal Ministero della Pubblica Amministrazione e dell'Innovazione tecnologica, durante il 2008 sono state diffuse le "Carte Operatore". Si tratta di *smart-card* con firma digitale, che possono essere utilizzate come certificato di autenticazione al portale SOLE, come strumento di firma digitale, laddove i *software* applicativi siano compatibili, e - in un prossimo futuro - come strumento di autenticazione per l'accesso alla rete aziendale. In questa fase iniziale le carte sono state assegnate al personale dirigente medico, tecnico e amministrativo e a tutti i medici MMG e PdLS. Le carte sono state recapitate direttamente al domicilio del dipendente, per essere successivamente attivate presso specifiche sedi, in date prestabilite.

6.2.2 Progetti/Servizi ICT

Di seguito, si elencano gli altri Progetti/Servizi *ICT*, riportando per ognuno una breve sintesi e gli stati di avanzamento raggiunti.

AREA 1: INFRASTRUTTURA

SISAN - Sviluppo Infrastruttura SANità: come anticipato, nasce nel 2008 a seguito dello scorporo dal progetto Sole delle attività di analisi, progettazione e sviluppo *software*.

Reingegnerizzazione del sistema per il calcolo dei compensi di MMG e PdLS: il progetto è finalizzato a gestire il nuovo sistema di pagamento dei MMG/PdLS, tramite il rinnovo della piattaforma tecnologica che supporta l'attuale sistema di calcolo dei compensi dei medici e di gestione della medicina di base. Prevede una serie di azioni progressive: la realizzazione di una infrastruttura *software* e *hardware* che soddisfi al meglio le esigenze gestionali del servizio; una gestione del *change management* non invasiva, modulare e a basso rischio; l'integrazione del nuovo sistema con le basi dati del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione; la massima integrazione del servizio con l'infrastruttura SOLE.

NAAR - Realizzazione della Nuova Anagrafe Assistiti Regionale: il progetto si propone di implementare una nuova Anagrafe Regionale degli Assistiti della Regione Emilia-Romagna, integrata sia con le Anagrafi delle AUSL - mediante l'utilizzo di servizi applicativi SOLE - sia con l'anagrafe del Sistema utilizzato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze). Il progetto prevede di consolidare e completare: (i) la messa in produzione presso tutte le Aziende della Regione delle componenti *software* realizzate nel corso del 2008; (ii) l'integrazione del sistema di pagamento dei compensi di MMG/PdLS sulla nuova anagrafe di riferimento; (iii) la messa a punto del sistema di scambio dati in tempo reale con il sistema centrale ministeriale; (iv) la realizzazione dei servizi applicativi, sulla piattaforma SOLE, per l'aggiornamento delle anagrafi locali con quella regionale. Nel 2008, a livello regionale, sono stati conseguiti i seguenti risultati: (i) realizzazione della banca dati della nuova Anagrafe Regionale e relativo allineamento con quella pre-esistente; (ii) completamento della progettazione per l'integrazione dell'Anagrafe Regionale con il Sistema centrale ministeriale; (iii) progettazione dell'anagrafe regionale dei medici prescrittori e ricettari. Sono stati inoltre realizzati i servizi applicativi, sulla piattaforma SOLE, per l'aggiornamento delle anagrafi locali con quella regionale. L'AUSL di Imola è stata coinvolta ai tavoli regionali sull'implementazione dell'Anagrafe Regionale degli assistiti e sulla realizzazione del sistema integrato di pagamento dei compensi dei medici convenzionati.

SIAT - Estensione rete Hub&Spoke ad altre patologie: il modello H&S è stato esteso in prima battuta alla classe di pazienti traumatizzati. In particolare, è stata realizzata una rete di teleconsulto costituita da tre nodi primari per il trauma (*Hub*: Parma, Bologna e Cesena) e dai relativi *spoke*, più altri tre nodi dotati di neurochirurgia.

Per l'anno 2009 la progettazione prevede di estendere la rete SIAT ad altre patologie, così da convergere verso gli obiettivi del progetto PACS federato.

PACSFED - Sistema PACS federato: si tratta di uno studio finalizzato alla realizzazione di un sistema per rendere disponibili e utilizzabili "in tempo reale" le immagini diagnostiche rilevanti (*imaging*), da parte dei medici coinvolti nel processo clinico, in coerenza con il modello *Hub&Spoke*, indipendentemente dalla tempistica e dalla localizzazione del processo medesimo.

L'obiettivo specifico è la progettazione di un sistema regionale di collaborazione tra gli applicativi di *imaging* diagnostico, insieme alla costruzione dell'indice regionale delle immagini prodotte. A livello regionale, è stata portata a termine la fase di progettazione del sistema centrale regionale di collaborazione tra gli applicativi di *imaging* diagnostico in radiologia, e lo studio di fattibilità per la ricerca di documenti *full text* tramite soluzione "google-like".

A livello dell'AUSL di Imola, si riporta che il sistema SIAT è funzionante e attivo, anche se il livello di utilizzo non è ancora elevato.

AREA 2: ACCESSO AI SERVIZI

SISINFO - Mappa Sistemi Informativi, Progetti ICT e Standard: il progetto è finalizzato a completare il popolamento del portale SISINFO con i contenuti delle schede relative a ciascun sistema informativo presente nelle Aziende, e a dare un contributo attivo per la generazione e manutenzione degli standard, in ambito sanitario. Prevede inoltre l'analisi e lo studio di fattibilità - in ambito regionale - di una gestione *paperless* delle Cartelle Cliniche, con relativa valutazione degli impatti organizzativi aziendali.

SPARTA - Supporto al Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei Tempi di Attesa: il progetto si propone di coordinare i singoli progetti inerenti il Governo dei tempi di attesa e implementare le funzionalità necessarie per l'attuazione delle Linee guida del Sistema CUP. I principali obiettivi operativi sono: (i) completare la messa in produzione delle funzionalità *software* sui sistemi CUP, in conformità alle citate Linee; (ii) estendere a tutte le Aziende il sistema regionale di pagamento *online* delle prestazioni sanitarie, e implementare un nuovo servizio di incasso delle sanzioni nel DSP; (iii) realizzare un sistema regionale di prenotazione *web* delle prestazioni sanitarie, rivolto ai cittadini, e da implementare su un sito pilota; (iv) realizzare il collegamento, da parte dei sistemi CUP, con l'anagrafe regionale dei codici identificativi delle impegnative SSN e dei medici a cui le ricette sono state assegnate.

SISS - Sistema per l'Integrazione Socio-Sanitaria: il progetto è finalizzato a introdurre in tutti i Distretti un unico strumento informatico per la pianificazione e consuntivazione dei Fondi Regionali per la Non Autosufficienza (FRNA), così da consentire la sintesi delle attività/interventi svolti e dei risultati raggiunti, in relazione all'utilizzo delle risorse. È prevista inoltre la realizzazione di un sistema del "profilo di comunità regionale della non autosufficienza", che descriva l'articolazione dei servizi offerti in ambito socio-sanitario.

SIGLA - Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa dei ricoveri programmati: il progetto è finalizzato alla realizzazione di un sistema di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati - sulla base di criteri unificati di definizione delle classi di prestazioni e delle relative priorità nella gestione delle liste - che consenta il supporto alla scelta delle strutture a cui rivolgersi, la presentazione agli utenti di alternative, la garanzia della trasparenza, e il monitoraggio prospettico a livello regionale delle attese. Il risultato atteso è un "cruscotto", da estendere ad altre specialità e in tutte le Aziende regionali, per garantire uniformità nelle modalità di gestione delle liste di attesa, e la diffusione/adozione, a livello

aziendale, degli strumenti informatici di specie.

MAPS - Sistema di Monitoraggio dell'Accesso alle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale:

il progetto prevede l'evoluzione, in termini di funzionalità, dell'attuale sistema di monitoraggio, così da rendere il portale MAPS il punto di accesso unico per la reportistica dei tempi di attesa delle prestazioni critiche. La fase di controllo e produzione è stata automatizzata, mediante un applicativo *web* che permette la decentralizzazione delle procedure di caricamento da parte delle Aziende. L'obiettivo principale è aumentare l'integrazione con il database ASA regionale e incrementare le elaborazioni prospettive attualmente prodotte, con varie tipologie di reportistica relative all'erogato. Le Aziende, una volta prodotti i *file*, li caricano sul sistema, e ottengono immediatamente un *feedback* in termini di eventuali segnalazioni di non conformità rispetto ai tracciati e alla reportistica di loro competenza. Alla Regione rimane il compito di produrre la reportistica consolidata regionale, una volta verificato che tutte le Aziende abbiano caricato i dati.

CUPINT - Integratore CUP: il progetto è finalizzato alla realizzazione di un'infrastruttura tecnologica omogenea, a livello regionale, che permetta l'integrazione - a livello di "Area Vasta" di riferimento - tra gli applicativi dei CUP locali delle Aziende Sanitarie. Il sistema dovrà consentire di effettuare le prenotazioni da qualsiasi punto di ciascuna Area Vasta; è prevista anche l'attivazione di funzionalità quali la gestione di prenotazioni eseguite (spostamento/cancellazione) utilizzando il sistema *Cup Integratore*.

PROFILER - Monitoraggio investimenti in edilizia socio-sanitaria (PROgramma Finanziamento Lavori dell'Emilia-Romagna): il progetto è rivolto al monitoraggio sistematico dello stato di attuazione degli interventi relativi ai programmi di investimento in edilizia sanitaria, socio sanitaria e ammodernamento tecnologico delle Aziende Sanitarie e degli Enti che accedono ai finanziamenti.

Call Center Numero Verde regionale: il progetto è finalizzato all'erogazione del Servizio informativo sulla Sanità "Numero Verde Unico Regionale", e alla sua integrazione con i sistemi di prenotazione telefonica aziendali, nell'ambito del più ampio progetto SPARTA. Per un maggiore dettaglio si rimanda alla Sezione 5, paragrafo 5.1.2.

STATO DI AVANZAMENTO REGIONALE

Nel 2008, a livello regionale sono stati conseguiti i seguenti risultati:

- Adeguatezza di gran parte dei sistemi CUP aziendali ai requisiti di cui al Piano Regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa (circolare 10/2007); costruzione della rete d'accesso in ambito sovra aziendale (CUP Integratore); realizzazione del sistema di pagamento *online* dei *ticket* SSN e della libera professione per le prestazioni prenotate a CUP, con relativa sperimentazione in alcune Aziende dell'Area Vasta Emilia-Centro. In relazione all'appropriatezza prescrittiva è stato realizzato in ambiente di *test* un messaggio di *warning*, su un applicativo per la gestione della cartella clinica in uso ai MMG. Nel 2008 è stato completato il sistema centrale CUP integratore regionale, con pre-collauda delle soluzioni adottate in ambiente di *test*;

- Ampliamento e consolidamento dei cruscotti informativi di monitoraggio dei tempi d'attesa, sia per la specialistica ambulatoriale (MAPS) sia per gli interventi programmati in regime di ricovero (SIGLA); progettazione e realizzazione di un portale dedicato al cittadino con le informazioni sui tempi di attesa; realizzazione del collegamento - per la quasi totalità delle Aziende - dei sistemi per la Gestione delle Liste d'Attesa aziendali di ricovero, al contenitore dati del cruscotto SIGLA;
- Consolidamento del sistema per il monitoraggio del FRNA, e realizzazione del modulo per il monitoraggio dell'erogazione degli assegni di cura (SISS); si è inoltre realizzata un'indagine per la ricognizione degli applicativi in uso presso gli Sportelli sociali e dei principali sistemi *software*, presenti in ambito regionale per la gestione delle attività socio-sanitarie;
- Analisi per la sperimentazione della ricetta elettronica della Specialistica e per la gestione della prescrizione farmaceutica in SOLE; realizzazione dell'accesso *online* da parte degli specialisti per la compilazione del Piano Terapeutico (PT), su piattaforma SOLE, e accesso al PT da parte dei MMG.

STATO DI AVANZAMENTO AZIENDALE

L'AUSL di Imola nel 2008 ha garantito il popolamento e l'aggiornamento del portale SISINFO, in riferimento ai dati e ai contenuti di ciascun sistema informativo aziendale. L'Azienda utilizza già lo strumento informatico regionale per il monitoraggio del FRNA. Nell'ambito dei progetti inerenti il governo dei tempi di attesa, l'Azienda ha adeguato il sistema CUP ai requisiti richiesti, e ha reso accessibile all'utente - a partire dal 15 ottobre 2008 - il servizio di pagamento *online* (attivo 24h/24h) delle visite ed esami specialistici prenotati a CUP: il servizio è stato esteso successivamente alle prestazioni in Libera Professione, prenotate a CUP (Sezione 5, paragrafo 5.1.2). Per quanto attiene il popolamento e collegamento al cruscotto SIGLA per la gestione delle liste d'attesa aziendali per ricovero, sono state installate e testate le funzionalità applicative di trasmissione dei dati aziendali al cruscotto regionale; sono attive le gestioni informatizzate delle liste operatorie di Ortopedia, Chirurgia e Urologia.

6.3 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

6.3.1 Attività di formazione del personale

La rete dei Referenti dipartimentali per la Formazione/Ricerca e Innovazione, di recente istituzione, è stata oggetto nel 2008 di un percorso formativo *ad hoc* (Sezione 4, paragrafo 4.4 *Formazione*), avente i seguenti macroobiettivi: (i) favorire lo sviluppo delle competenze di analisi dinamica del fabbisogno di formazione nell'ambito del Dipartimento di appartenenza; (ii) fornire

competenze per coadiuvare lo *Staff* Formazione durante la predisposizione del Piano Aziendale di Formazione annuale e fornire supporto metodologico alla progettazione delle diverse iniziative; (iii) fornire competenze per coadiuvare la valutazione dell'apprendimento e del gradimento delle iniziative formative, nonché la valutazione della ricaduta organizzativa di queste ultime.

6.3.2 Accessibilità alla documentazione scientifica: la biblioteca aziendale

La Biblioteca Medico Scientifica è coordinata dallo *Staff* Formazione ed è ubicata all'interno dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta di Imola (Sezione 4, paragrafo 4.4.2 *Tipologie delle attività di formazione*). La Biblioteca si propone quale strumento di supporto all'attività operativa quotidiana degli operatori sanitari nell'attività assistenziale, nel lavoro amministrativo e nella formazione continua, attraverso una qualificata dotazione di riviste *full-text*, *online* e cartacee, accessibili e fruibili in ogni punto della rete aziendale. Come già detto nella Sezione 4, viene agevolato l'accesso alle informazioni scientifiche per studenti e utenti esterni interessati al settore. Il suo patrimonio bibliografico è costituito da una ricca dotazione di periodici specializzati, cartacei ed elettronici, oltre alle più significative banche dati di argomento scientifico. Tali risorse sono accessibili sul catalogo, in condivisione con l'AUSL di Bologna. La Biblioteca mette a disposizione anche il servizio di richiesta degli articoli non presenti nel proprio patrimonio, e offre un servizio di Ricerca bibliografica di carattere biomedico, effettuato da personale qualificato, utilizzando le banche dati e gli archivi elettronici a pagamento.

6.3.3 Progetto regionale "Anagrafe della Ricerca"

Facendo seguito al censimento dell'attività di ricerca effettuato nel periodo 2002-2004, l'Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia Romagna ha avviato nel corso dell'autunno 2008 la fase pilota del sistema di registrazione e rendicontazione dell'attività di ricerca, effettuata nelle/dalle Aziende, in un registro informatizzato.

Il registro diventerà operativo durante il presente esercizio 2009, e consentirà di ottenere importanti elementi di valutazione quali-quantitativa dell'attività di Ricerca in RER.

6.4 Alta formazione

Nel corso del 2008 si è consolidato il rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Medicina e Chirurgia, per quanto attiene i 4 Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie presenti nell'AUSL di Imola (Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale;

Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro); in particolare, è stato registrato un aumento degli studenti iscritti, che passano dai 283 del 2007, a 355, con un incremento pari a 69 unità. Per i primi due corsi l'Azienda è sezione formativa - ovvero sede delle lezioni teoriche relative alla parte professionalizzante e di tutte le ore di attività integrativa e di tirocinio - mentre per i restanti due è sede didattica (sede di tutte le lezioni teoriche e di tirocinio).

Tabella 6.2 - Sezioni attive e numero studenti dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2008

Corsi di laurea	Anno di corso	N°studenti
Corso di Laurea in Infermieristica	1°anno	30
	2°anno	30
	3°anno	50
	Totale	110
Corso di Laurea in Fisioterapia	1°anno	18
	2°anno	53
	3°anno	38
	Totale	79
Corso di Laurea in Educazione Professionale	1°anno	31
	2°anno	38
	3°anno	29
	Totale	98
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	1°anno	24
	2°anno	16
	3°anno	28
	Totale	68
Totale complessivo		355

L'apertura del Plesso Universitario di Palazzo Vespignani da parte dell'Università di Bologna ad Imola - nelle strette vicinanze della sede aziendale - ha creato l'opportunità di attivare ulteriori sinergie anche con altre Facoltà dell'Università degli Studi di Bologna presenti sul territorio (Farmacia e Agraria), creando una rete più stabile e una maggiore concentrazione degli studenti universitari che gravitano su Imola. A tale scopo hanno contribuito i percorsi di razionalizzazione degli spazi complessivamente messi a disposizione per la didattica, rendendo possibile il trasferimento in posizione più centrale, dalla sede di Montecatone ai locali dello *Staff* Formazione, del Corso di Laurea in Fisioterapia e la contemporanea condivisione di alcuni spazi per la didattica di corsi di Laurea, prima ospitati esclusivamente nei locali dell'Azienda, presso Palazzo Vespignani. I dati relativi agli incarichi didattici assegnati per i corsi di Laurea attivati vengono evidenziati nella Tabella 6.3, per ciò che attiene i Coordinatori Tecnico Pratici ed i Tutor di Corso.

Tabella 6.3 - Incarichi didattici nell'ambito dei corsi universitari dell'AUSL di Imola. Anno 2008

Corsi di laurea	Incarico didattici	N°incarichi didattici	Impiego nell'attività
Corso di Laurea in Infermieristica	Coordinatore Tecnico Pratico	1	12 ore/lett
	Tutor di anno di corso	3	2 incarichi: 36 ore/lett 1 incarico: 24 ore/lett
Corso di Laurea in Fisioterapia	Coordinatore Tecnico Pratico	1	36 ore/lett
	Tutor di anno di corso	1	36 ore/lett
Corso di Laurea in Educazione Professionale	Coordinatore Tecnico Pratico	1	12 ore/lett
	Tutor di anno di corso	3	2 incarichi: 12 ore/lett 1 incarico: in convenzione
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	Coordinatore Tecnico Pratico	1	6 ore/lett
	Tutor di anno di corso	4	18 ore/lett

I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono pari a 59 unità. Complessivamente sono state erogate 1.361 ore di docenza da parte di personale dipendente, così distribuite:

- Corso di Laurea in Infermieristica: n. 18 operatori, per un impegno complessivo di circa 300 ore;
- Corso di Laurea in Fisioterapia: n. 14 operatori, per un impegno complessivo di circa 268 ore circa;
- Corso di Laurea in Educazione Professionale: n. 8 operatori, per un impegno complessivo di circa 554 ore;
- Corso di Laurea in Tecniche Prevenzione: n. 19 operatori, per un impegno complessivo di circa 239 ore.

L'aumento del numero degli studenti in carico, unito al fatto che le ore di tirocinio sono parte sostanziale e qualificante del percorso di studio e che devono essere svolte al 100% da parte dello studente, ha generato la necessità di potenziare la rete delle guide di tirocinio, soprattutto costruendo relazioni e forme di sinergia e collaborazione con altre Aziende Sanitarie Pubbliche o Strutture private convenzionate confinanti. I dipendenti incaricati di ricoprire la Funzione di Guida di tirocinio (Tutor Aziendali di Tirocinio) passano complessivamente da 217 unità del 2007, a 327 nel 2008, di cui 143 dipendenti aziendali.

Tabella 6.4 - Guide attive per i tirocini curriculari dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2008

Corsi di Laurea	Guide di Tirocinio o/AUSL di Imola	Guide di Tirocinio o/Altre Aziende	Guide di Tirocinio o/Privato Convenzionato/Privato Sociale/Aziende	Totale Guide di Tirocinio attivate
Corso di Laurea in Infermieristica	88		4	92
Corso di Laurea in Fisioterapia	26	31	54	111
Corso di Laurea in Educazione Professionale	6	38	31	75
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	23	14	12	49
Totale	143	83	101	327

Anche nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali, è andata sviluppandosi l'attività formativa: complessivamente nel 2008 erano presenti 12 medici in formazione specialistica (+3 unità rispetto al 2007), provenienti da 5 diverse Scuole di Specializzazione degli Atenei di Bologna e Ferrara; generalmente è stato previsto un tutor per ogni specializzando.

Tabella 6.5 - Specializzazioni mediche: numero studenti per corso di studio e tipologia di tirocinio Anno 2008

Scuole di specializzazione	Tipologia tirocinio	N° studenti
Scuola di specializzazione in Urologia - Università degli Studi di Bologna	Curriculare presso U.O. di Urologia	4
Scuola di specializzazione in Ortopedia - Università degli Studi di Bologna	Curriculare presso U.O. di Ortopedia	1
Scuola di specializzazione in Neurologia - Università degli Studi di Bologna	Curriculare presso U.O. di Neurologia e Dialisi	1
Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione - Università degli Studi di Ferrara	Curriculare presso U.O. di Anestesia e Rianimazione	2
Scuola di specializzazione in Radiologia - Università degli Studi di Ferrara	Curriculare presso U.O. di Radiologia	4
Totale complessivo		12

Oltre all'attività formativa in carico sopradescritta, le Strutture aziendali sono state anche sede di altri tirocini universitari, come descritto nella seguente Tabella 6.6.

Tabella 6.6 - Tipologia di tirocinio e numero studenti per altri corsi di Laurea. Anno 2008

Altri corsi di Laurea	Tipologia tirocinio	N° studenti
Scienze Biologiche	Curriculare presso U.O. di Anatomia Patologica	2
Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche	Curriculare presso Staff Formazione	2
Servizio Sociale	Curriculare presso DSM e Servizio Sociale Ospedaliero	3
Scienze Politiche corso di Sociologia	Curriculare presso Staff Formazione	1
Scienze della Formazione	Curriculare presso Staff Formazione	1
Laurea Specialistica area della Prevenzione	Curriculare presso DSP	1
Laurea in Fisioterapia (da altra Università)	Curriculare presso UCMR	1
Totale complessivo		11

Anche i medici convenzionati dell'AUSL di Imola - in particolare, i Medici di Medicina Generale - hanno svolto un ruolo importante per quanto attiene la formazione universitaria, svolgendo funzione di tutoraggio: nel 2008 risultano 5 i MMG che hanno esercitato tale ruolo.

Tabella 6.7 - Attività di Tutor dei MMG e numero tirocinanti in carico. Anno 2008

Corsi di Laurea	Tipologia di tirocinio	N° tirocinanti
Laurea in Medicina e Chirurgia	Tutor pre laurea presso ambulatorio MMG	9
Laurea in Medicina e Chirurgia	Preabilitazione Medicina Ambulatorio MMG	4
Totale		13

Durante l'esercizio in esame i dipendenti autorizzati a partecipare a corsi universitari sono stati complessivamente 22.

Tabella 6.8 - Dipendenti frequentanti corsi universitari, per profilo professionale. Anno 2008

Corso Universitario	Profilo	N° dipendenti
Laurea Tecnici Prevenzione	Operatore Tecnico	1
Master	Infermiere	1
Master	Assistente Sanitaria	1
Laurea in Infermieristica	O.S.S.	4
Laurea	Infermiere	2
Laurea Specialistica	Tecnico della Prevenzione	1
Laurea Specialistica	Infermieri	8
Laurea Specialistica	Fisioterapista	2
Laurea	Tecnico della Prevenzione	2
Totale		22

6.5 Accreditamento

Nel 2008 è continuato il percorso verso le verifiche di accreditamento che hanno coinvolto le UU.OO. dei Dipartimenti aziendali attraverso una serie di incontri finalizzati a migliorare i contenuti dei documenti per la qualità.

Durante l'anno, inoltre, la rete aziendale dei facilitatori per l'accREDITamento è stata coinvolta in un progetto formativo denominato "L'audit interno come strumento di continuità per le Strutture accreditate" che ha visto, in fase conclusiva (ottobre e novembre 2008), l'esecuzione di verifiche presso le Strutture aziendali già accreditate: Dipartimento di Emergenza e Accettazione; Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche; Hospice.

Sempre nel corso dell'esercizio in esame, il Dipartimento dei Servizi ha elaborato ed emesso (11/12/2008) il proprio Manuale per l'AccREDITamento; la visita di verifica ai sensi della DGR n. 327/2004, si è positivamente svolta nei giorni 3 e 4 febbraio 2009.

Bilancio di missione 2008

Appendice

“Risultato di missione/Risultato di mandato”

	Indicatore	Trend di mandato	Posizionamento su media RER	Rispetto STD (nazionali / regionali)	standard nazionale o RER (ove definito)	Tabelle e documentazione di riferimento BDM	valore 2008 Imola	valore 2008 RER
Contrarietà del cittadino e gamma di servizi offerti	Qualità percepita							
	Rilevazione sulla qualità percepita dei servizi di ricovero (% soddisfatti)	B	n.d.			par 2.3	88,3% (2007), 88,1% (2005)	n.d.
	% reclami e ritevi per 1.000 assistiti (Banca Dati RER)	C	B			par 5.1.3 Tabella 5.3	1,34 (2007)	2,47 (2007)
	% elogi in rapporto a reclami e ritevi (Banca Dati RER)	B	C			par 5.1.3 Tabella 5.3	32% (2007)	35% (2007)
	Donazioni dei cittadini	C	n.d.			par 2.2.2 Tabella 2.24	6,2 pro-capite	n.d.
	Informazione e comunicazione							
	Aggiornamento, completezza e traduzione Carte dei Servizi e Guide alla Degenera	B	n.d.			par 5.1.7, nel testo		
	Qualità DB ai cittadini (web/n verde); % chiamate evase al 1° livello	B	B			par 5.1.2, nel testo	89,50%	87,20%
	N.ro e copertura oraria degli Sportelli Unici Distrettuali	B	n.d.			par 5.1.5, Tabella 5.10	45,9h/lett max	n.d.
	Servizio di prenotazione CUP telefonica: copertura oraria	B	n.d.			par 5.1.5, Tabella 5.11	49h/lett max	n.d.
	Qualità del sito web (valutata da enti terzi)	A	n.d.			Figura 5.14	3° posto in ricerca naz. ita	n.d.
	N.ro campagne informative aziendali + eventi pubblici organizzati	C	n.d.			par 5.2.4	13 campagne ezl + 20 eventi	n.d.
	Attività di screening e vaccinazioni							
	Avanzamento a adesione per screening Tumore Uterro	C	B			par 2.3.1 Tabella 2.26	101,1% avanzam., >60% adesione	101,1% avanzam., 57% adesione (2007)
	Avanzamento a adesione per screening Tumore Mammella	B	B	si	Tasso adesione >50% (GISCA)	par 2.3.1 Tabella 2.26	103% avanz., >70% adesione	97,8% avanz., 73,5% adesione (2007)
Avanzamento a adesione per screening Tumore Colon retto	C	B	si	Tasso adesione >45% (GISCA)	par 2.3.1 Tabella 2.26	107,8% avanz., >60% adesione	92,8% avanz., 47,6% adesione (2007)	
Tasso di copertura per vaccinazioni infantili	C	B	si	Obiettivo nazionale >95% (noto)	par 2.3.1 Tabella 2.27	98% obbligatorie	97,3% obbligatorie (2007)	
Tasso di copertura per vaccinazioni contro HPV e meningococco	A	A			par 2.3.1 Tabella 2.28	93,6% HPV	61,3% HPV	
Tasso di copertura vaccinazione antiinfluenza	B	C	no	Obiettivo regionale >75%	par 2.3.1 Tabella 2.29	96,7% meningococco	94,2% meningococco	
Vigilanza e prevenzione: tassi di copertura								
Tasso di copertura dei controlli sugli ambienti di lavoro	B	D			par 2.3.1 Tabella 2.30	3,36	4,13	
Tasso di copertura dei controlli su alimenti alimentari e ristorazione	B	B			par 2.3.1 Tabella 2.31	40,4 ristorazione, 34,4 altre	n.d.	
Tasso di copertura dei controlli su allevamenti (in % sopralluoghi per allevamenti)	C	D			par 2.3.1 Tabella 2.32	3,5	4,87	
Dotazione strutturale offerta								
PL per acuti + LD e riabilitazione	C	A+	si	5,47 in riduzione	par. 2.3.2 Tabella 2.62	3,47 (est MRI)	4,62	
PL per anziani in strutture residenziali e semiresidenziali (x1000 >75a.)	C	B			par 2.3.2 Tabella 2.35	37,4 x1000 ab. >75a. (2007)	36,91 x1000 ab. >75a. (2007)	
PL per disabili in strutture residenziali e semiresidenziali (x1000 >75a.)	A	D			par 2.3.2 Tabella 2.36	0,83 x1000 ab. (2007)	1,16 x1000 ab. (2006)	
PL di Incontro (x1000 pop. target)	C	A		sviluppo	par 2.3.2 Tabella 2.41	0,16 x1000 ab target	0,16 x1000 ab target	
PL psichiatrica x1000 ab.	C	A			par 2.3.2 Tabella 2.44	87,1 x1000 ab.	6,4 x1000 ab. target	
PL in strutture residenziali e semiresidenziali dip. patologiche x10000 ab.	C	B			par 2.3.2 Tabella 2.45	4,4 x1000 ab.	3,59 x1000 ab.	
Attrattività delle strutture aziendali								
Dipendenza della popolazione AUSL dal Presidio Ospedaliero gestito, per ricoveri	B	A			par 2.3.2 Tabella 2.66	64,1	46,6	
Dipendenza della popolazione di Medicina dal Presidio Ospedaliero AUSL per ricoveri	B	D			par 1.1.1, Tab. 1.6	42,5	46,6	
Tasso di mobilità extraazienda per prestazioni specialistiche	C	D			par 2.3.2 Tabella 2.55	20,8	8,3 (28,8 fuga esteri/struttura)	
Quota di pazienti da fuori ASL per ricoveri (% mobilità attiva)	C	B			par 2.3.2 Tabella 2.67	15,7 (intraRER)	10,4 (intraRER)	
Tempi di attesa per prestazioni specialistiche								
Indice di performance a 30 gg per Visite specialistiche (escl. urgenti)	D	C	no	90% entro 30 gg	par 2.3.2 Tabella 2.56	90,1	50,5	
Indice di performance a 60 gg per Diagnostica	D	C	no	90% entro 60 gg	par 2.3.2 Tabella 2.56	69,1	72,7	
Indice di performance a 60 gg per prestaz. Specialistiche Terapeutiche	B	B	si	90% entro 60 gg	par 2.3.2 Tabella 2.57	91,1	82,8	
Tempi di attesa per prestazioni monitorate dalla Conferenza Stato-Regioni								
Indice di performance a 30 gg per Visite (MAPS)	B	C	in parte (7 su 10)	90% entro 30 gg	par 3.2 Tabella 3.2	84% in MAPS apr/09	n.d.	
Indice di performance a 60 gg per Diagnostica (MAPS)	B	C	in parte (3 su 10)	90% entro 60 gg	par 3.2 Tabella 3.2	73% in MAPS apr/09	n.d.	
Tempi di attesa per interventi								
Tempi di attesa per intervento/procedura in area oncologica	B	A		100% a 30 gg (senza caso mammella)	par 2.3.2 Tabella 2.65	attesa mediana: 3,20-16 gg	attesa mediana: 7-15-17 gg	
Tempi di attesa per intervento/procedura in altre aree	B	C	in parte (comuni)	diversificati per prestaz.	par 2.3.2 Tabella 2.65			
Tassi di copertura assistenziale per target di popolazione								
Tassi di copertura dell'Assistenza Domiciliare	B	C		sviluppo	par 2.3.2 Grafici 2.36	19,7 paxx1000 ab.	19,8 paxx1000 ab.	
% donne immigrate in gravidanza seguite sul totale donne seguite	C	B			par 2.3.2 Tabella 2.62	56,6 (2007)	48 (2007)	
Pazienti in carico a DSM per 10.000 abitanti esclusi i minori di 18 anni	C	C			par 2.3.2 Tabella 2.46	1,82	1,82	
Presenza in carico di alcolisti (prevalenza tra pop target)	B	A			par 2.3.2 Tabella 2.47	48,3 (2007)	20,2 (2007)	
% utenti (Psicologia) su popolazione target dai Consulenti	B	A			par 2.3.2 Tabella 2.42	242 (dati 2008 nel testo)		
Accessibilità ai servizi								
% MMG con apertura settimanale > 8 ore (12h/7gg)	A	A			par 3.2.	50%		
% di ore di apertura MMG dedicate a visite su appuntamento (per cronici)	A	B			Budget MMG	38,50%		
% MMG organizzati in forme associate	B	B			par 3.2	97%		
Performance economico-finanziaria								
Risultato netto in % su volume di Bilancio gestito (Ricavi disponibili)	A	B			par. 2.1 Figura 2.2	-0,73	-0,50%	
Risultato prima degli ammortamenti in % su volume di Bilancio	A	A	si	risultato ante ammortamenti = 0	par. 2.1 Tabella 2.1	1,20%	1,13%	
Risultato caratteristico in % su volume di Bilancio gestito (Ricavi disponibili)	A	D			par. 2.1 Figura 2.3	-1,20%	-0,40%	
Peso della perdita rispetto a quella RER	B	B			par. 2.1 Figura 2.3	1,50%	4,50%	
Tasso di crescita dei costi direttamente gestiti (esclusa mobilità passiva)	A+	A+			par. 2.1 Tabella 2.1	10,84%	13,10%	
Tasso di crescita dei costi gestiti (inclusa mobilità passiva)	B	A			par. 2.1 Tabella 2.1	11,82%	12,29%	
Costo pro-capite (su popolazione pesata)	B	n.d.			par 2.1.3 Tabella 2.7	700,8 (2007)	669,9 (2007)	
Costo pro-capite Sanit. Pubblica (su popolazione pesata)	B	B			par 2.3.1 Tabella 2.25	57 (2007)	58,5 (2007)	
Costo pro-capite Distretto (su popolazione pesata)	D	E			par 2.3.2 Tabella 2.33	97,6 (2007)	91,9 (2007)	
Costo pro-capite Ospedale (su popolazione pesata)	A	A			par 2.3.2 Tabella 2.61	656,6 (2007)	672,9 (2007)	
Tempi di pagamento dei fornitori	A	B	in parte	pagamento a 90 gg	par. 2.1.6 Tabella 2.16			
Patrimonializzazione (% PN su passività)	C	B			par. 2.1.7 Tabella 2.17	17%	14%	
Indici di consumo								
Tasso consumo ASA (in no prestazioni specialistiche x1000 ab.)	D	C			par 2.3.2 Tabella 2.54	3966	3938	
Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 1.000 abitanti	B	A	no	160 per mille ab.	par 2.3.2 Tabella 2.64	172,8	190,4	
Accessi al PS per 100 abitanti	A	D			par 2.3.2 Tabella 2.69	48,4	41,8	
Spesa pro-capite per assistenza farmaceutica	C	A			par 2.3.2 Tabella 2.72	€ 205	€ 214	
Altri indicatori di efficienza operativa								
Indice di filtro al ricovero del Pronto Soccorso	C	C			par 2.3.2 Tabella 2.69	15	14,1	
% di accessi in PS trattati in Orib	A	B	si	range 3% - 8%	par 2.3.2 Tabella 2.70	4,90%	3,70%	
Appropriatazza ricoveri ordinari (% DRG cod. potenzialmente inappropriati)	D	D			par 3.5.8			
Durata media della degenza (ICG degenza ordinaria)	D	D			epidemiologica RER SDO	1,13 (2007, 1.11, 2005: 1,03)		
N.ro e % di ricoveri chirurgici (ICG C)	A	n.d.			par 3.4.8 Tabella 3.16	4666 (443)		
Produzione di prestazioni specialistiche e attività di Day Service	A	n.d.			par 3.4	-15% su 2005		
Programma Sangue: saldo tra raccolta e consumi	A	A			par 2.3.2 Tabella 2.68	6837	1227	
% utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa protesica e ortodonzia	A	A			par 2.3.2 Tabella 2.51			
Indici di qualità assistenza ospedaliera								
Mortalità per interventi a basso rischio (decolati/interventi)	A	A			par 2.3.2 Tabella 2.71	0,70%	0,20%	
Tasso specializzati: entrale per asma, BPCO, diabete, ipertensione, ecc.	C	A			par 2.3.2 Tabella 2.71	4,9 x1000 ab.	5,6 x1000 ab.	
Diabete, complicazioni a lungo termine (dimissioni specifiche/popolazione)	C	A+			par 2.3.2 Tabella 2.71	1,3	2,2	
Basso peso alla nascita (nati con peso <= 2,500g/popolazione)	A	D			par 2.3.2 Tabella 2.71	43,9	53,3	
Indice di cesarizzazione	D	D	no		par 2.3.2 Tabella 2.71	0,34	0,30	
Outcome del "Pacchetto Sicurezza"								
1. Incidenti sul lavoro	A	B			par. 1.7.2, Figura 1.83 e 2868 (2007, 3044, 2005, 3427)			
3. Incidenti Domestici	A	n.d.			par. 1.7.3, Figura 1.88	4650 (2007, 4632, 2005, 6116)		
Altri indicatori								
Mortalità per tumori	B	A			par. 1.5.2, Grafici 1.58	2671, 326 m	275, 1366 m	
Mortalità per malattie cardio-circolatorie	B	A			par. 1.5.2, Grafici 1.61	3831, 319 m	419, 1334 m	
Mortalità per malattie sistema respiratorio	D	E			par. 1.5.2, Grafici 1.64	1011, 93 m	66, 76 m	
Incidenza TBC (nuovi casi x1000.000 ab.)	C	B			par. 1.5.2, Figura 1.73	6 (2006-2007)	8,2 (2006-2007)	