



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



Bilancio di Missione 2005

Ausl di Imola

Hanno collaborato alla redazione ed alla stesura grafica del documento:

Susanna Alberici, Claudia Arcangeli, Anna Baroncini, Paola Caroli, Cristina Carraro, Vittorio Chioma, Angela Dalla Casa, Anna Darchini, Alessandra Dell'Orto, Silvana Faccani, Pietro Fagiani, Orazio Ferro, Alberto Fini, Gianni Gambi, Stefano Gardenghi, Alberto Gasparri, Lorena Landi, Nicoletta Langiano, Marilia Maci, Cosetta Marani, Maria Mastroianni, Morena Mazzotti, Alberto Minardi, Antonella Padovani, Guido Pirazzoli, Rita Poletti, Roberto Rangoni, Andrea Rossi, Gianni Rossi, Maria Grazia Saccotelli, Nicoletta Scaranaro, Elisabetta Tassinari, Orietta Valentini, Laura Valvassori, Franca Veronese, Lucia Zarabini.

Indice capitoli

Presentazione del Direttore Generale	8
1. Contesto di riferimento	10
Premessa.....	10
1.1. Territorio	10
1.2. Ambiente.....	12
1.3. Popolazione	13
1.4. Condizioni socio-economiche	20
1.5. Osservazioni epidemiologiche	24
1.6. Stili di vita	28
1.8. Sicurezza	30
2. Profilo aziendale.....	33
Premessa.....	33
2.1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	33
Sostenibilità economica.....	33
Composizione percentuale dei costi aziendali	34
Assorbimento dei principali fattori produttivi delle risorse disponibili.....	35
Capacità di attrazione delle strutture aziendali	35
Sostenibilità finanziaria	35
Sostenibilità patrimoniale	36
2.2. Impatto sul contesto territoriale.....	36
Impatto economico	36
Impatto culturale	37
Impatto sociale	39
2.3. Livelli essenziali di assistenza	39
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro.....	40
Assistenza distrettuale	43
Assistenza ospedaliera	49
Donazione di sangue	52
3. Gli obiettivi istituzionali e le strategie aziendali	55
Premessa.....	55
3.1. Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria	56
Il governo dei determinanti della salute: i Piani Per la Salute.....	56
Sviluppo delle funzioni di controllo: il Comitato Consultivo Misto	57
Monitoraggio sullo stato di avanzamento del Piano Attuativo Locale.....	58
Grado di realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia Romagna	58
3.2. Universalità ed equità di accesso	63
Obiettivi di miglioramento dell'autosufficienza e della capacità di attrazione.....	63
Obiettivi di volumi e qualificazione dell'offerta.....	69
Obiettivi di rispetto dei tempi di attesa per interventi e per prestazioni ambulatoriali ..	72
3.3. Centralità del cittadino.....	73
Miglioramento dell'integrazione Ospedale – Territorio. I percorsi dei pazienti	73
Implementazione dei progetti di miglioramento dipendenti dagli esiti dei questionari sulla qualità percepita	75
Miglioramento dei percorsi informativi sui servizi.....	76
Rispetto delle tappe e dei tempi previsti per l'Accreditamento	76
3.4. Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	76
Miglioramento/mantenimento dell'appropriatezza	76
Miglioramento/mantenimento dell'efficienza operativa e gestionale.....	80

Interventi strutturali	85
Sviluppo di un sistema per la gestione del rischio clinico	85
Mantenimento dei buoni tassi di copertura per gli screening ed implementazione dei nuovi percorsi previsti.....	86
Mantenimento degli alti tassi di copertura per le vaccinazioni	87
Mantenimento indici di rischio	87
Sviluppo degli investimenti in tecnologie informatiche ed attrezzature biomediche	88
4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	90
Premessa.....	90
4.1. Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	90
Collegio di Direzione	90
Coordinamento dei Dipartimenti	91
Governo Clinico	91
Area Efficacia Clinica (CESU)	92
4.2. Gestione del rischio e della sicurezza.....	94
Gestione del rischio (626)	94
Andamento infortunistico	95
Sorveglianza Sanitaria.....	95
Livello di contenzioso con la "clientela".....	97
4.3. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti.....	97
Sistemi premianti	97
Strumenti di Valutazione	99
La valutazione annuale dei risultati di gestione.....	100
Modalità di utilizzo dei risultati della valutazione nei percorsi di carriera	100
4.4. Formazione.....	102
Il piano formativo 2005.....	102
4.5. Sistema informativo del personale	104
Sistema gestionale integrato	104
Sistema Praxi.....	104
Archiviazione Ottica matricolare.....	104
4.6. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze	105
5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	107
Premessa.....	107
5.1. La comunicazione per l'accesso ai servizi	107
5.2. La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza.....	109
5.3. La comunicazione per le scelte di interesse della comunità.....	110
5.4. La comunicazione interna aziendale	113
6. Ricerca e innovazione	115
Premessa.....	115
6.1. Creazione della infrastruttura per la ricerca e l'innovazione	115
Sviluppo infrastruttura locale e integrazione tra i vari sotto-sistemi aziendali	115
Collaborazioni con altre aziende.....	116
Capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie	116
Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche.....	116
Attività di formazione del personale	117
Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica	117
Supporto allo sviluppo di progetti e di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie.....	118

Sostegno dell'integrazione tra diverse discipline/professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali	118
6.2. Garanzie di trasparenza	118
Attività di ricerca, risorse organizzative e finanziarie e valutazione dei risultati	118
Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati	119
7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale.....	120
Premessa.....	120
7.1. Dimissioni Protette	121
7.2. Assistenza domiciliare integrata (ADI)	122
7.3. Servizi Residenziali e Semiresidenziali - SAD	123
7.6. Contributi alle famiglie	126
7.7. Progetto demenze	126
7.8. Assistenza ospedaliera del paziente anziano	128
Area Intensiva	129
Area Intermedia	129
Area della Continuità delle Cure	130

Indice tabelle

Tabella 1 – Superficie e densità demografica nei comuni dell'AUSL di Imola con distribuzione popolazione residente per sesso e zona altimetrica al 31/12/2005.....	11
Tabella 2 - Polveri ultrafini (PM10) nel territorio dell'Ausl di Imola	12
Tabella 3 – Popolazione residente nei Comuni dell'AUSL di Imola al 31/12, variazione assoluta e percentuale	13
Tabella 4 – Permessi di soggiorno stranieri, percentuali sulla popolazione totale e variazioni percentuali.....	17
Tabella 5 – Speranza di vita alla nascita su base triennale per provincia di residenza	18
Tabella 6 - Speranza di vita a 65 anni su base triennale per provincia di residenza.....	18
Tabella 7 - Numero occupati per sesso ed attività economica nei comuni dell'Ausl di Imola (censimento 2001).....	22
Tabella 8 - Anni di vita potenzialmente persi per grandi cause e per sesso	26
Tabella 9 - Nuovi casi di AIDS registrati nell'Ausl di Imola dal 1993 al 2004.....	27
Tabella 10 - Attività ambulatorio Medicina dello sport: visite mediche* secondo le discipline sportive	28
Tabella 11 - Settore alcoolipendenze: utenti distribuiti per fasce.....	29
Tabella 12 - Incidenti stradali, morti, feriti e indici di incidenza.....	30
Tabella 13 - Infortuni sul lavoro e indennizzati dall'Inail.....	31
Tabella 14 - Tasso standardizzato infortuni indennizzati nelle province E.R.....	31
Tabella 15 – Accesso al Pronto Soccorso per infortuni domestici distinti per esito	32
Tabella 16 - Andamento risultati d'esercizio	34
Tabella 17 - Andamento risultati d'esercizio nel triennio 2002 - 2004	34
Tabella 18 – Composizione percentuale costi d'esercizio annuali, a confronto con media regionale *	34
Tabella 19 - Aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili, a confronto con media regionale *	35
Tabella 20 - Grado di attrazione: mobilità attiva/mobilità passiva, a confronto con dato regionale *	35
Tabella 21 – Sostenibilità finanziaria: ritardo pagamento fornitori al 31.12	35
Tabella 22 – Sostenibilità finanziaria: rendiconto di liquidità 2005.....	36
Tabella 23 – Stato Patrimoniale riclassificato - 2004	36
Tabella 24 – Grado di rinnovo e obsolescenza del patrimonio aziendale	36
Tabella 25 – Dipendenti suddivisi per ruolo e totale dipendenti residenti nell'ambito territoriale (al 31/12 di ogni anno)	37
Tabella 26 – Medici medicina generale, Pediatri libera scelta e Medici ambulatoriali (al 31/12 di ogni anno).....	37
Tabella 27 – Volume emolumenti erogati per personale dipendente e convenzionato (importi netti).....	37
Tabella 28 – Lasciti e donazioni ricevuti da cittadini e fondazioni	39
Tabella 29 – Costo pro-capite ponderato a confronto con quello medio regionale	40
Tabella 30 – Costo pro-capite ponderato per livelli di assistenza a confronto con quello medio regionale	40
Tabella 31 – Percentuale adesione screening per la prevenzione dei tumori a confronto con la media regionale.....	40
Tabella 32 – Tasso copertura per 100 bambini per vaccinazioni contro alcune malattie (bambini di 2 anni)	41
Tabella 33 – Ambienti di lavoro: percentuali aziende controllate e aziende con infrazioni	42
Tabella 34 - Aziende alimentari e di ristorazione: percentuali aziende controllate e con infrazioni	42
Tabella 35 – Controlli allevamenti: percentuali sopralluoghi per allevamento	43

Tabella 36 – Assistenza residenziale e semiresidenziale: numero posti letto.....	43
Tabella 37 – Assistenza residenziale e semiresidenziale: numero posti letto per 1.000 abitanti, a confronto con media R.E.R.	44
Tabella 38 - Assistiti a domicilio: composizione percentuale per fascia di età	44
Tabella 39 - Assistenza domiciliare: composizione percentuale per intensità assistenziale	45
Tabella 40 - Assistenza domiciliare: composizione percentuale per tipologia di assistenza	45
Tabella 41 – Consultori familiari: indicatori di attività.....	46
Tabella 42 - Consultori familiari: distribuzione percentuale tipologie prestazioni erogate	46
Tabella 43 - Salute mentale: indicatori di attività.....	46
Tabella 44 - Sert: indicatori di attività (popolazione 15 -54 anni al 1/01 di ogni anno)	47
Tabella 45 - Assistenza specialistica ambulatoriale: indice di consumo standardizzato per raggruppamenti	49
Tabella 46 - Distribuzione percentuale dei tempi d'attesa osservati per visite e diagnostica... ..	49
Tabella 47 - Assistenza ospedaliera: numero posti letto	50
Tabella 48 - Assistenza ospedaliera: posti letto/1.000 abitanti	50
Tabella 49 - Indice attrazione struttura ospedaliera imolese (dimessi dalla struttura Ausl di Imola per provenienza/tot dimessi)	51
Tabella 50 - Distribuzione percentuale tempi di attesa per ricoveri programmati (accordo Stato-Regioni 2004-2005)	51
Tabella 51 - Piano sangue: attività raccolta e consumi.....	52
Tabella 52 – Qualità dell’assistenza: indicatori di processo e di risultato	54
Tabella 53 - Percentuale dimissioni protette delle Unità Operative del Dipartimento Medico nell’anno 2005 (dati SDO)	61
Tabella 54 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri chirurgici di specialità presenti	63
Tabella 55 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri chirurgici di specialità presenti	64
Tabella 56 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri chirurgici di specialità presenti	64
Tabella 57 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri medici di specialità presenti.....	65
Tabella 58 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri medici di specialità presenti	66
Tabella 59 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri cardiologici	67
Tabella 60 – indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri cardiologici.....	67
Tabella 61 - Andamento dell’offerta ed indice di dipendenza delle strutture di ricovero imolesi	68
Tabella 62 - Casi trattati in Day Service nel Dipartimento Medico.....	70
Tabella 63 - Casi trattati in Day Service nel Dipartimento di Salute Mentale.....	70
Tabella 64 - Attività del Dipartimento Chirurgico (ad eccezione dell’U.O. di Urologia)	70
Tabella 65 - Casi chirurgici trasferiti in ambulatorio	71
Tabella 66 Totale delle prestazioni ambulatoriali erogate dalla AUSL di Imola, per strutture eroganti.....	71
Tabella 67 - Percentuale degli interventi di protesi d’anca effettuati entro i 180 giorni dalla prenotazione	72
Tabella 68 - Andamento degli accessi in Pronto Soccorso e percentuale dei codici bianchi e verdi (confronto tra 2004 e 2005)	73
Tabella 69 - Andamento dell’indice di filtro dei diversi “Box” di Pronto Soccorso (confronto tra 2004 e 2005)	73
Tabella 70 - Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (confronto tra 2004 e 2005).....	74
Tabella 71 - Attività servizio infermieristico domiciliare: aspetti quantitativi e qualitativi.....	74

Tabella 72 - Andamento dei DRG potenzialmente non appropriati secondo normativa LEA....	77
Tabella 73 - Trend DRG medici (ordinari e programmati) in ambito chirurgico nell'intervallo 2003-2005	78
Tabella 74 - Attività chirurgica e incidenza DRG medici del Dipartimento Chirurgico (eccetto Urologia)	79
Tabella 75 - Incidenza complessiva dei regimi brevi nell'attività chirurgica del DipartimentoChirurgico (eccetto Urologia), confronto tra 2004 e 2005.....	80
Tabella 76 - Volumi degli esami di laboratorio per degenti: confronto tra i vari Dipartimenti nel 2004 e 2005.....	81
Tabella 77 - Andamento della casistica trattata in ricovero ordinario	81
Tabella 78 - Indici di consumo per prestazioni ambulatoriali: confronto con le restanti realtà aziendali e con i valori medi regionali	84
Tabella 79 - Sintesi degli investimenti in attrezzature biomediche nel 2005	88
Tabella 80 - Principali attrezzature acquisite nel 2005 e loro costo relativo	89
Tabella 81 - Riepilogo infortuni con indici e rapporto con n.ro dip. Ore lavorate	95
Tabella 82 - Fasi del processo di negoziazione aziendale - Gantt generico	99
Tabella 83 - Popolazione anziana del territorio Aziendale - Anno 2005	120
Tabella 84 - Posti convenzionati e numero di anziani (al 31/12/ 2005).....	123
Tabella 85 - Collocazione dei servizi della rete sul nostro territorio.....	124
Tabella 86 - Retta Utenti.....	126
Tabella 87 - Attività del consultorio (Anno 2005).....	128

Indice grafici

Grafico 1 - Distribuzione percentuale popolazione residente dell'AUSL di Imola per zona altimetrica (Anno 2005)	11
Grafico 2 - Variazione assoluta della popolazione (rilevazione al 31/12).....	14
Grafico 3 - Variazione percentuale della popolazione (rilevazione al 31/12).....	14
Grafico 4 - Percentuale anziani ultra 65 anni della popolazione Ausl di Imola, confronto dati regionali (rilevazione al 31/12).....	15
Grafico 5 - Percentuale di anziani ultra 75 anni della popolazione Ausl di Imola, confronto dati regionali (rilevazione al 31/12).....	15
Grafico 6 - Percentuale di grandi anziani ultra 85 anni della popolazione Ausl di Imola, confronto dati regionali (rilevazione al 31/12)	15
Grafico 7 - Percentuale famiglie unipersonali sul totale della famiglie dell'Ausl di Imola, confronto dati regionali (censimenti 1991-2001).....	16
Grafico 8 - Percentuale popolazione straniera su totale popolazione residente (rilevazione al 31/12).....	17
Grafico 9 - Tasso grezzo di natalità, confronto dati regionali.....	19
Grafico 10 - Percentuale popolazione residente per grado di istruzione, confronto dati provinciali e regionali (censimento 2001)	20
Grafico 11 - Tasso di attività per sesso, a confronto con dati provinciali e regionali (censimento 2001).....	21
Grafico 12 - Tasso di occupazione per sesso, a confronto con dati provinciali e regionali (censimento 2001).....	21
Grafico 13 - Tasso di disoccupazione per sesso, a confronto con dati provinciali e regionali (censimento 2001).....	22
Grafico 14 - Numero lavoratori con contratto interinale.....	23
Grafico 15 - Numero lavoratori extracomunitari.....	23
Grafico 16 - Reddito e consumo medio pro-capite per province della regione Emilia Romagna (anno 2004).....	24
Grafico 17 - Tasso standardizzato di mortalità per grandi cause e per sesso (anno 2004)	25
Grafico 18 - Malattie infettive e tassi di incidenza* (x 100.000)	26

Grafico 19 - Nuovi casi di AIDS per Ausl di residenza in Emilia–Romagna nel biennio 2003 2004 (valori assoluti e tassi di prevalenza).....	27
Grafico 20 - Infortuni domestici nel territorio dell'Ausl di Imola.....	32
Grafico 21 – Tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana con più di 65 anni.....	41
Grafico 22 - Assistiti a domicilio: composizione percentuale per fascia di età	44
Grafico 23 – Prescrizione farmaceutica 2005 a confronto con media R.E.R.	47
Grafico 24 – Prescrizione farmaceutica 2005 a confronto con media R.E.R.	48
Grafico 25 - Percentuale prestazioni per tempo d'attesa	49
Grafico 26 - Indice di attrazione da altre regioni e da altre aziende della regione	51
Grafico 27 - Confronto personale dipendente 2004/2005	62
Grafico 28 - Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri chirurgici di specialità presenti.....	64
Grafico 29 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri medici di specialità presenti.....	65
Grafico 30 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri medici di specialità presenti.....	66
Grafico 31 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri cardiologici	67
Grafico 32 – indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri cardiologici.....	68
Grafico 33 - Andamento dell'offerta ed indice di dipendenza delle strutture di ricovero imolesi	69
Grafico 34 - Andamento dei DRG potenzialmente non appropriati secondo normativa LEA....	77
Grafico 35 - Confronto in benchmarking tra l'AUSL di Imola e le principali strutture di ricovero regionali rispetto ai DRG potenzialmente non appropriati secondo LEA.....	78
Grafico 36 - Trend DRG medici (ordinari e programmati) in ambito chirurgico nell'intervallo 2003-2005	79
Grafico 37 - Attività chirurgica e incidenza DRG medici del Dipartimento Chirurgico (eccetto Urologia)	79
Grafico 38 - Incidenza della day surgery sul totale degli interventi in regime di ricovero (indice di day surgery) per gli anni 2004 e 2005	80
Grafico 39 - Andamento della spesa farmaceutica pro-capite degli ultimi quattro anni	83
Grafico 40 - Piano delle azioni 2003-2006 per il miglioramento della sicurezza nei luoghi di lavoro - Sintesi impegno economico	95
Grafico 41 - Prevalenza patologie muscolo-scheletriche ASP (Anno 2005).....	96
Grafico 42 - Idonei con Limitazioni distribuzione per patologia al 31/12/05.....	96
Grafico 43 – Livello di contenzioso con la clientela	97
Grafico 44 – Metodo di calcolo del premio in relazione al raggiungimento degli obiettivi	100
Grafico 45 - Percentuale copertura crediti ECM per categoria professionale anno 2005 (rapporto di lavoro dipendente)	103
Grafico 46 - Percentuale copertura crediti ECM per categoria professionale anno 2005 (rapporto di lavoro convenzionato).....	104

Presentazione del Direttore Generale

Legge regionale 29/2004

Con l'approvazione della Legge regionale 29/2004, quale riforma del Servizio Sanitario Regionale e l'introduzione del Bilancio di Missione tra gli atti di programmazione delle Aziende Sanitarie, *"da presentare unitamente al Bilancio d'Esercizio"*, la Regione Emilia-Romagna ha ottemperato all'esigenza di *"rendere conto del perseguimento degli obiettivi di salute assegnati alle Aziende Sanitarie dalla Regione stessa e dalle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie"*.

Bilancio di Missione
come strumento
operativo

La predisposizione del Bilancio di Missione ha quindi il duplice obiettivo, a livello locale, di creare uno strumento operativo che sviluppi le relazioni costanti e proficue già esistenti con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e, a livello regionale, fornisca un'analisi dell'azione dell'Azienda correlata alle sue peculiarità sotto il profilo sociale, economico, demografico, ambientale e geografico.

E' in questa ottica che l'Azienda USL di Imola ha redatto, in via sperimentale per l'anno 2004, ed in forma consolidata per l'anno 2005 il Bilancio di Missione quale forma di rendicontazione sociale da presentare unitamente al Bilancio d'Esercizio.

Nella redazione del Bilancio di Missione 2005 si è mantenuto l'orientamento aziendale dell'anno precedente ossia di proporre una stesura, sia in termini di contenuti che in termini di struttura del documento, molto aderente alle indicazioni regionali contenute nella deliberazione della Giunta Regionale n° 213 del 14.02.2005 .

Redazione e veste
grafica

E' stata inoltre confermata la scelta di un'impostazione finalizzata a rendere facilmente leggibili i testi, attraverso la puntualizzazione dei concetti chiave e l'uso più frequente di grafici, per la comunicazione degli indicatori richiesti, in alternativa a semplici ed anonime tabelle riepilogative.

Bilancio di Missione
orientato alle esigenze
degli amministratori
locali

Nella logica della massima condivisione delle scelte si è definito un percorso con la Giunta del Nuovo Circondario Imolese (a cui sono state attribuite le funzioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria a decorrere dall'anno 2006 in applicazione dell'art. 11 della L.R. n° 6/2004 e composta dai Sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale imolese) per la realizzazione di un documento orientato, sia nella stesura sia negli obiettivi oggetto di rendicontazione, alle esigenze degli amministratori delle singole comunità locali con particolare riguardo alle modalità di comunicazione con i cittadini.

Percorso condiviso con
i Sindaci nella redazione
del Bilancio di Missione
2005

Già alla fine dell'anno 2005 la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (C.T.S.S.) ha espresso l'esigenza, in accordo con la Direzione Aziendale, di redigere il Bilancio di Missione 2005 attraverso un percorso il più possibile concertativo con i rappresentanti delle comunità locali. Per questo motivo la C.T.S.S. ha individuato tre Sindaci rappresentanti (1 per la zona imolese, 1 per la Vallata del Santerno ed 1 per la zona di Castel S.Pietro) a cui affidare il ruolo di portatori di istanze ed esigenze delle amministrazioni locali.

Sono state quindi organizzate alcune riunioni congiunte con il gruppo di pilotaggio aziendale (composto dai dirigenti e/o funzionari referenti delle diverse Sezioni del Documento) e con i tre Sindaci rappresentanti. Si è riconosciuto grande rilievo alla Sezione 3 "Gli obiettivi Istituzionali e le strategie aziendali" ed è stata accolta con forza la necessità di

	<p>e le strategie aziendali” ed è stata espressa con forza la necessità di costruire un documento che, pur coerente con l’impostazione e gli standards regionali, privilegiasse strumenti di comunicazione semplice, prevalentemente di tipo grafico, e risultasse facilmente consultabile da parte dei cittadini senza richiedere obbligatoriamente specifiche competenze da “addetti ai lavori”.</p>
Bilancio di Missione facilmente consultabile da parte dei cittadini	<p>Coerenti a questo percorso concertativo è stato poi presentato ai tre Sindaci e successivamente alla Giunta del Nuovo Circondario la bozza avanzata del Bilancio di Missione 2005 al fine di raccogliere ulteriori osservazioni e/o integrazioni e giungere ad un documento condiviso. Contemporaneamente la Direzione aziendale ha attivato modalità di rapporto e comunicazione anche con Organizzazioni Sindacali, Associazioni di Volontariato, Comitati degli Utenti con l’obiettivo di ottenere il massimo coinvolgimento dei cittadini.</p>
Percorso di informazione, comunicazione e ascolto	<p>Solo al termine di questo percorso e tenuto conto delle indicazioni ricevute, è stato poi presentato il Bilancio di Missione 2005, nella sua stesura definitiva, ai Sindaci nella riunione della Giunta del Nuovo Circondario tenutasi in data --/--/2006.</p> <p>E’ in questa logica concertativa che si ritiene opportuno evidenziare il profondo convincimento di questa Direzione rispetto la possibilità che il Bilancio di Missione possa assumere anche il ruolo di utilissimo supporto alla Direzione aziendale non soltanto limitato ai rapporti con gli amministratori locali e con la Regione Emilia-Romagna, ma anche con altri stakeholder quali le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni di Volontariato, i Comitati degli Utenti ed i cittadini più in generale.</p> <p>Anche per l’anno 2005, quindi, in momenti successivi alla presentazione del Bilancio d’Esercizio e all’approvazione da parte della Giunta Regionale, sarà impegno di questa Direzione avviare un percorso di informazione/comunicazione/ascolto rispetto i contenuti del Bilancio di Missione attraverso l’organismo tipico di rappresentanza degli utenti e dei cittadini, ossia il Comitato Consultivo Misto Aziendale.</p>
Bilancio di Missione come vademecum	<p>Prima di rinviare alla lettura del documento si ritiene opportuno confermare la volontà, già espressa nell’anno 2004, della Direzione di rendere il Bilancio di Missione, all’interno dell’organizzazione dell’Azienda di Imola, uno strumento non limitato meramente alla rendicontazione e alla pianificazione di breve periodo, bensì un punto di riferimento, un vero e proprio vademecum, da consultare nell’esercizio delle attività e funzioni da parte dei Dirigenti e di tutto il personale dell’Azienda.</p>

1. Contesto di riferimento

Premessa

*Indicazione generale
del documento
regionale*

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

1.1. Territorio

In letteratura scientifica e non, è ampiamente documentato il legame esistente tra territorio geograficamente inteso, il proprio sviluppo e la dotazione infrastrutturale che costituiscono, anche in campo sanitario, elementi decisivi sia sull'estensione dell'area di influenza dei centri ospedalieri e delle strutture sanitarie, sia sulle possibilità di corrispondere ad una precisa funzione assistenziale organicamente distribuita su un determinato territorio.

L'ambito territoriale dell'AUSL di Imola si è dimostrato, già da parecchi anni, un forte polo di attrazione migratoria, non solo per la sua posizione geografica, ma anche e soprattutto per il suo tessuto socio-economico, al punto di giustificare la recente autonomia con l'istituzione del Circondario, preceduta in questo caso da una altrettanto "voluta" autonomia dell'Azienda Sanitaria di riferimento all'interno del panorama regionale.

I Confini

Tale territorio, che denota un buon grado di "strategicità di posizionamento", insiste nella provincia di Bologna, confinando a sud con la Regione Toscana e a nord-est con la Provincia di Ravenna.

Distribuzione strutture ospedaliere e sanitarie

Le strutture ospedaliere sono unicamente presenti nel Comune di Imola e di Castel San Pietro mentre le strutture sanitarie extra-ospedaliere (ambulatori, consultori, distretti ecc.) si rilevano oltre che nei citati territori comunali anche in quasi tutte le altre realtà territoriali, ma in modo specifico, perché in forma aggregata, presso i comuni di Borgo Tossignano, Medicina, Mordano.

La maggior parte di tali strutture stanno su una ipotetica direttrice identificabile nell'asse est-ovest Via Emilia e S.Vitale ed in quello nord sud rappresentato dalla S.S. Selice-Montanara.

Popolazione residente

La popolazione residente nel territorio imolese ha nel 2005 superato la soglia delle 125.000 unità attestandosi per la precisione a 125.012 di cui 61.384 maschi e 63.628 femmine.

Distribuzione

La sua distribuzione vede il 71,74 % degli abitanti in pianura (Imola, Medicina, Mordano e Castel Guelfo) ed il 28,26% in collina (Castel S.Pietro, Dozza, Casalfiumanese, Borgo Tossignano, Fontanelice e Castel del Rio).

Il Comune con la maggior superficie è Imola, seguito da Medicina, Castel San Pietro e Casalfiumanese.

Densità

La densità massima si registra ad Imola (323,7 ab.x KMQ) e quella minima a Castel Del Rio (24,2 ab. per KMQ). Si può notare come il forte connotato di attrazione di Imola spinga all'insù la densità demografica dei comuni limitrofi come Mordano e Dozza.

In controtendenza la densità del comune di Castel S. Pietro, che pur essendo un buon polo commerciale e di servizi, a prescindere dalla

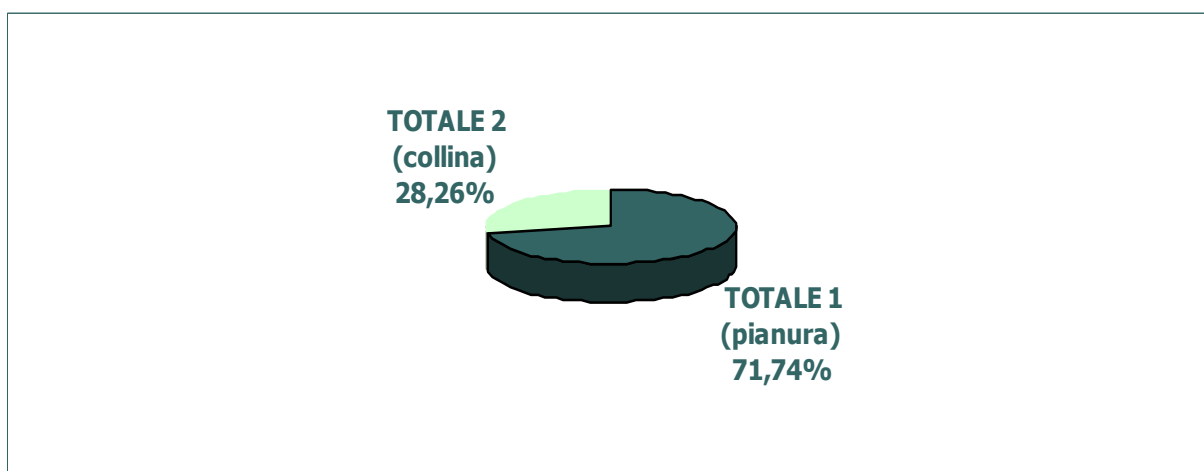
caratteristica geo-morfologica del suo territorio, vede una densità abitativa (133,08 ab/Kmq) sul livello dei comuni di Borgo Tossignano e del vicino Castel Guelfo.
Ma la vera curiosità è quella di Medicina che con un territorio avente le stesse caratteristiche del non lontano Castel Guelfo, ma cinque volte più esteso, in un'ipotetica classifica sulla densità demografica dei comuni circondariali si piazza solamente al 7° posto.

Tabella 1 – Superficie e densità demografica nei comuni dell'AUSL di Imola con distribuzione popolazione residente per sesso e zona altimetrica al 31/12/2005

COMUNE e Zona Altimetrica	SUPERF. KMQ.	DENSITA'	POPOLAZIONE			%
			M	F	Totale	
Pianura						
IMOLA	204,94	323,70	32.242	34.098	66.340	53,07%
MORDANO	21,46	204,75	2.214	2.180	4.394	3,51%
MEDICINA	159,11	94,98	7.433	7.680	15.113	12,09%
CASTEL GUELFO	28,55	134,36	1.926	1.910	3.836	3,07%
TOTALE 1 (pianura)	414,06	216,59	43.815	45.868	89.683	71,74%
Collina						
CASTEL S. PIETRO	148,48	133,08	9.769	9.990	19.759	15,81%
DOZZA	24,24	246,53	2.972	3.004	5.976	4,78%
CASALFIUMANESE	81,97	38,76	1.602	1.575	3.177	2,54%
BORGO TOSSIGNANO	29,12	111,88	1.633	1.625	3.258	2,61%
FONTANELICE	36,57	51,60	955	932	1.887	1,51%
CASTEL DEL RIO	52,56	24,20	638	634	1.272	1,02%
TOTALE 2 (collina)	372,94	94,73	17.569	17.760	35.329	28,26%
TOTALE GENERALE	787,00	158,85	61.384	63.628	125.012	100%
ITALIA (anno 2003)		189,70				
REGIONE E.R.(anno 2004)		187,70				

Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati T.I.R. ed Anagrafi Comuni di Castel S. Pietro e Medicina; per i dati extra Azienda: Quaderni di Statistica R.E.R.: "Lo sviluppo demografico in E.R."

Grafico 1 – Distribuzione percentuale popolazione residente dell'AUSL di Imola per zona altimetrica (Anno 2005)



1.2. Ambiente

Inquinamento atmosferico

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

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

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

Nel corso del 2005 il numero delle giornate in cui il valore medio misurato di PM10 è stato superiore a 50µm /m3 (limite fissato dalla vigente normativa al 1/01/2005) è pari a 52, ossia la percentuale di giornate /anno con valori nella norma è dell'85%.

Tuttavia, dal punto di vista strettamente sanitario, gli effetti nocivi sulla salute di questo inquinante sono proporzionali alle concentrazioni e non sono noti meccanismi di soglia, cioè valori al di sotto dei quali non si verifica un danno alla salute .

I 52 superamenti del valore fissato dalla normativa sono concentrati nei mesi invernali di gennaio - marzo e nell'autunno da ottobre a dicembre.

Fonti di inquinamento

Ciò risulta comprensibile se si considera che le fonti di questo inquinante sono rappresentate principalmente dal traffico veicolare e dagli impianti del riscaldamento domestico e che le condizioni atmosferiche tipiche della stagione autunno/inverno influenzano pesantemente la concentrazione al suolo delle polveri (smog); se si pensa che nei mesi invernali si osserva il maggior numero delle affezioni morbose di tipo infiammatorio che interessano l'albero respiratorio è facile ipotizzare che l'inquinamento dell'aria può aggravare questa situazione.

Tabella 2 - Polveri ultrafini (PM10) nel territorio dell'Ausl di Imola

ANNO	VALORI LIMITE DI RIFERIMENTO	NUMERO DI SUPERAMENTI ANNUALI	PERCENTUALE DI GIORNATE/ANNO CON VALORI NELLA NORMA
2004	50µm	55	84,06%
2005	50µm	52	85,00%

N.B. pm10 misura polveri ultrafini di diametro inferiore a 10µm.

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

Fonte: ARPA sezione di Bologna

1.3. Popolazione

Incremento demografico

La popolazione in Emilia Romagna ha registrato, a partire dalla metà degli anni '90, un incremento in relazione ad una serie di cambiamenti che hanno prodotto, producono e produrranno trasformazioni importanti nella sua composizione e soprattutto in alcune componenti della sua dinamica. Questi cambiamenti, giunti con qualche anno di ritardo ed in misura inferiore, stanno ora influenzando anche il tessuto demografico dell'Area imolese.

Il contributo dell'immigrazione sia quella di natura extraeuropea ma anche quella "endogena italiana" di provenienza dalle regioni meridionali legate al mercato del lavoro, stanno producendo, accanto al "ritrovato" risveglio della fecondità e all'aumento della vita media che tende a rinfoltire il numero di anziani, un incremento demografico.

Dalle tabelle allegate, emerge come nel medio periodo l'anno di "picco" per i Comuni dell'Ausl imolese, sia stato il 2004, probabilmente il lasso temporale in cui la sommatoria dei fattori menzionati ha avuto la portata maggiore sulla dinamica demografico-sociale.

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

ANNI	2001	2002	2003	2004	2005	Var Assol e %	Var Assol e %	Var Assol e %	Var Assol e %
COMUNI						2002/2001	2003/2002	2004/2003	2005/2004
IMOLA	65.213	65.454	65.832	66.170	66.340	241 0,37%	378 0,58%	338 0,51%	170 0,26%
MORDANO	4.242	4.283	4.322	4.379	4.394	41 0,97%	39 0,91%	57 1,32%	15 0,34%
C. S. PIETRO	19.508	19.548	19.524	19.654	19.759	40 0,21%	(24) -0,12%	130 0,67%	105 0,53%
CASTEL GUELFO	3.513	3.573	3.623	3.731	3.836	60 1,71	50 1,40	108 2,98	105 2,81
DOZZA	5.664	5.733	5.795	5.886	5.976	69 1,22%	62 1,08%	91 1,57%	90 1,53%
MEDICINA	13.593	14.061	14.305	14.715	15.113	468 3,44%	244 1,74%	410 2,87%	398 2,70%
CASALFIUMANESE	2.942	2.989	3.049	3.129	3.177	47 1,60%	60 2,01%	80 2,62%	48 1,53%
BORG TOSS.	3.037	3.148	3.214	3.259	3.258	111 3,65%	66 2,10%	45 1,40%	(1) -0,03%
FONTANELICE	1.816	1.873	1.880	1.884	1.887	57 3,14	7 0,37	4 0,21	3 0,16
CASTEL DEL RIO	1.246	1.221	1.233	1.256	1.272	25 -2,01%	12 0,98%	23 1,87%	16 1,27%
TOTALE (AUSL)	120.774	121.883	122.777	124.063	125.012	1.109 0,92%	894 0,73%	1.286 1,05%	949 0,76%

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

Variazione popolazione

La popolazione residente nell'ambito territoriale dell' AUSL di Imola - pari a 125.012 unità al 31/12/2005 - ha fatto registrare, sempre a tale data rispetto all'analogica del 2004, un aumento percentuale del 0,76%, inferiore all'incremento di quell'anno sul precedente 2003 (+1,05%).

Un aumento che comunque anche nel 2005, si è mantenuto generalizzato nei Comuni con un'unica eccezione data dal Comune di Borgo Tossignano, che dopo aver "corso" negli ultimi anni si è pressoché fermato sul totale del 2004.

Sono i Comuni di Medicina (+11,18%) e Castel Guelfo (+9,19%) ad aver incrementato in maniera sostenuta la propria popolazione negli ultimi 5 anni. Da notare, che per i Comuni della Vallata del Santerno, ad eccezione di Castel del Rio, la variazione percentuale dell'ultimo anno sul precedente, è stata la più bassa sempre nello stesso arco temporale.

Il tempo ci dirà se siamo in presenza di una piccola inversione di tendenza legata principalmente all'afflusso di cittadini extracomunitari. L'area della "pianura" racchiude ben il 71,74% della popolazione aziendale mentre la "collina" racchiude il 28,26% del bacino.

Grafico 2 – Variazione assoluta della popolazione (rilevazione al 31/12)

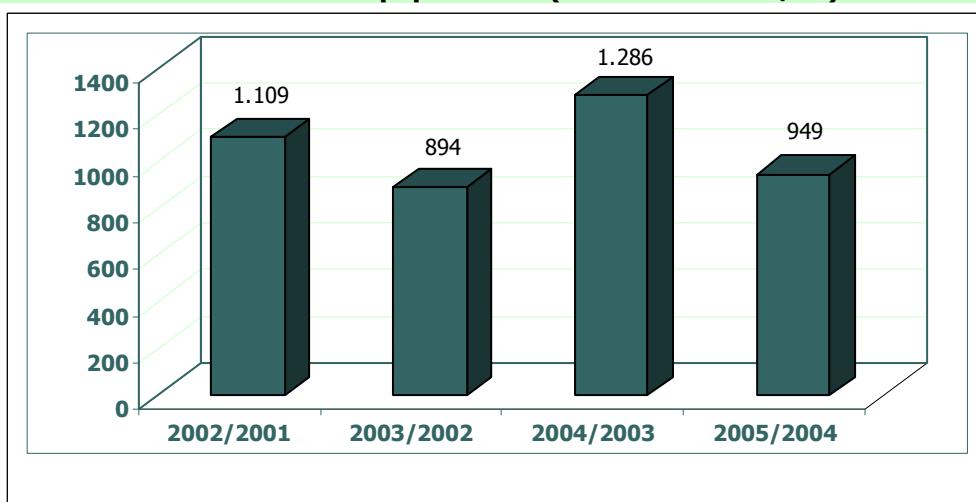


Grafico 3 – Variazione percentuale della popolazione (rilevazione al 31/12)

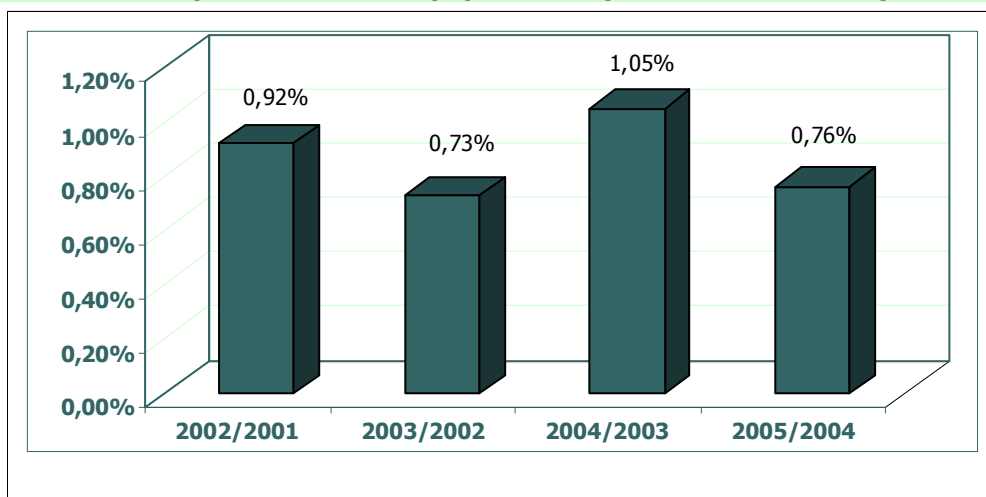


Grafico 4 – Percentuale anziani ultra 65 anni della popolazione Ausl di Imola, confronto dati regionali (rilevazione al 31/12)

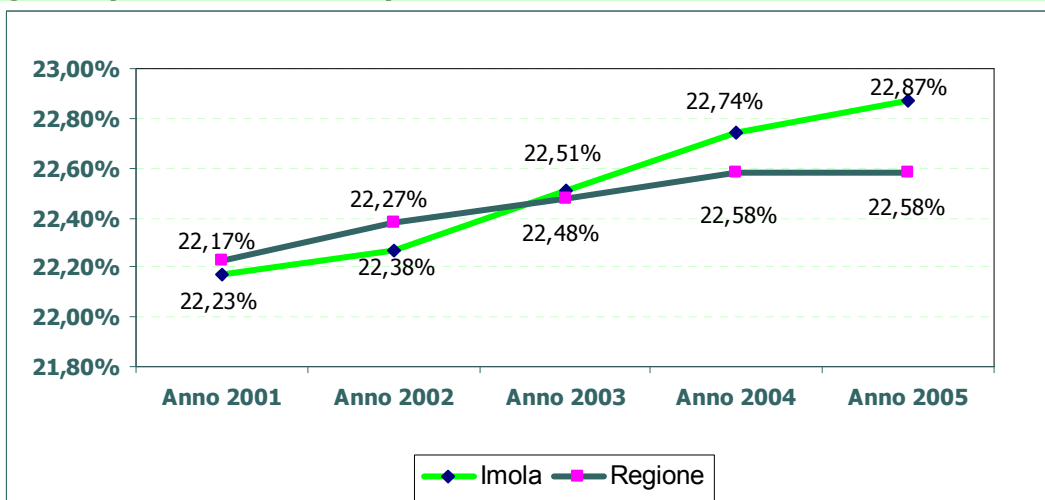


Grafico 5 – Percentuale di anziani ultra 75 anni della popolazione Ausl di Imola, confronto dati regionali (rilevazione al 31/12)

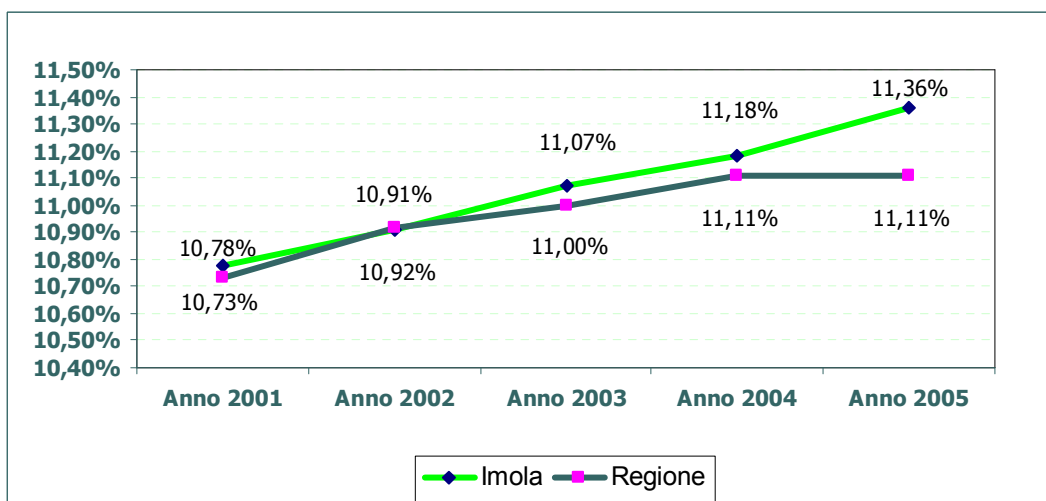
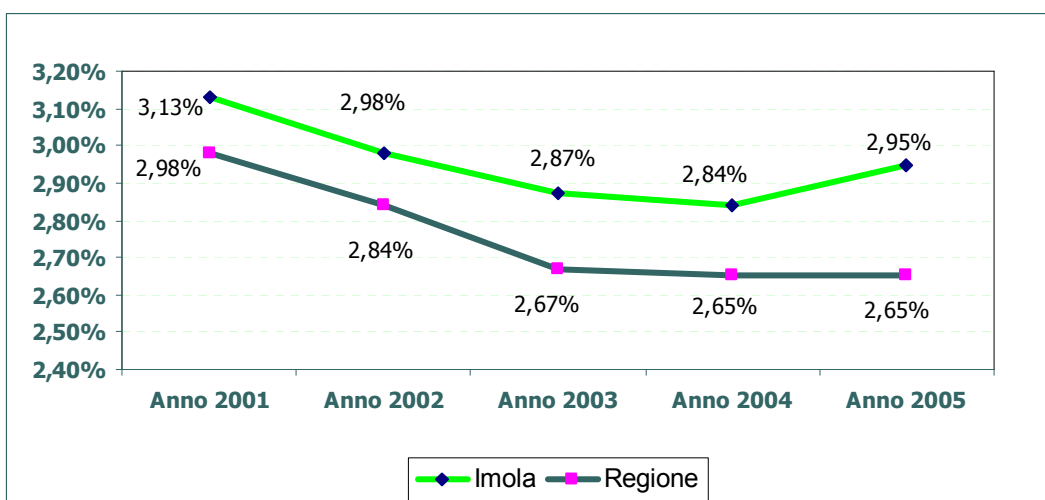


Grafico 6 – Percentuale di grandi anziani ultra 85 anni della popolazione Ausl di Imola, confronto dati regionali (rilevazione al 31/12)



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

Anziani

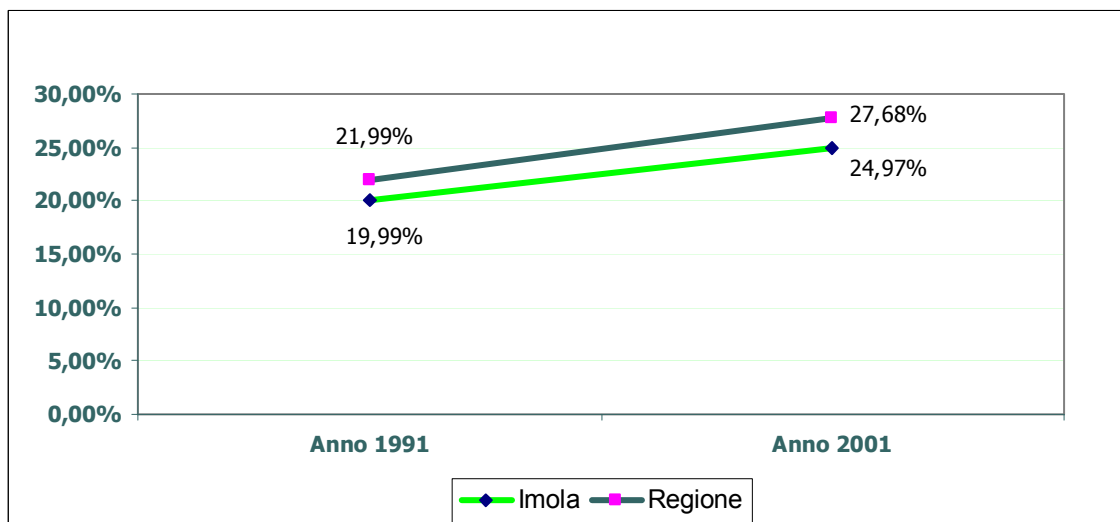
Che per l'Azienda USL di Imola gli anziani siano una risorsa da "curare" in tutti i sensi, trova riscontro nella statistica demografica. La popolazione anziana (≥ 65) residente nell'Ausl di Imola alla fine del 2005 ammonta a 28.584 unità, in aumento dell'1,3% sullo stesso totale 2004. Rappresenta ormai, come peso % sul totale complessivo, il 23% circa di tutta la popolazione. Questo valore è leggermente superiore alla media regionale al 31/12/2004 (22,58%).

Così pure in aumento le fasce di età $\Rightarrow 75$ rappresentante l'11,36% del totale e dei grandi anziani ≥ 85 (circa il 3%).

In quest'ultima classe di età si sta "aprendo la forbice" con il livello regionale e considerando il fatto che, tale target di popolazione non subisce a differenza di altre fasce di età, l'influsso positivo dell'immigrazione, risulta chiaro che probabilmente nel nostro circondario vi sono condizioni di vita che permettono agli ultra 85enni di proseguire bene il loro "cammino".

E' il caso dei due coniugi imolesi (duecento anni in due) che sebbene caso limite da record di coppia, non rappresenta per la nostra zona, un evento a sé, visto i numerosi, se non centenari, ma ultra novantenni sparsi nei vari territori comunali. Su questo interessante aspetto sociale, probabilmente sarebbe opportuno indagare con una ricerca mirata.

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



Famiglie residenti

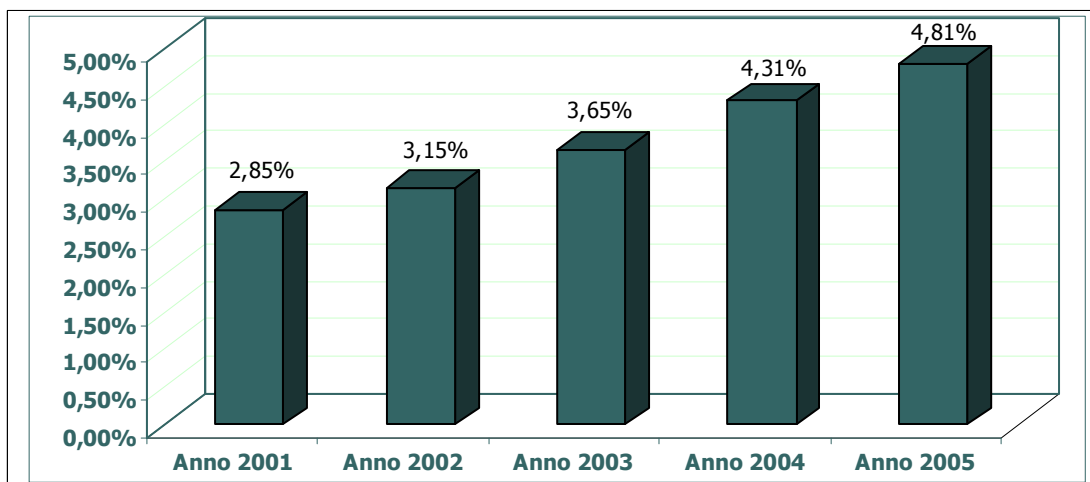
Nell'Ausl di Imola, il numero di famiglie residenti con uno o più componenti è aumentato nell'ultimo decennio del 15%, giungendo secondo i dati rilasciati dalle Anagrafi Comunali alla cifra di 52.311 (al 31/12/2005).

Famiglie unipersonali

Secondo i censimenti Istat nel 1991 il dato delle famiglie unipersonali ammontava a 8.340 mentre nel 2001 a 12.016, rispettivamente il 20 ed il 25% circa del totale dei nuclei, contro rispettivamente il 22% circa ed il 27,7% del livello regionale.

Il fenomeno dovuto in principal modo all'intenso processo di invecchiamento della popolazione ma anche alla forte valenza sociale del "singolarato" è aumentato soprattutto dagli anni 2000 e si stima che oggi, anche nel nostro territorio, il rapporto tra nucleo uni personale e pluri personale stia accelerando il passaggio da 1/4 ad 1/3.

Grafico 8 - Percentuale popolazione straniera su totale popolazione residente (rilevazione al 31/12)



FONTE: Elaborazione U.O.S.S.I.S. su dati Consorzio Servizi Sociali (dal 2001 al 2005)

Stranieri

Il trend relativo agli stranieri residenti nella Ausl di Imola ha un andamento crescente sin dal 2001 e la differenza percentuale complessiva 2005/04 è = 12,46%.

Il comune che ha registrato nel 2004 più immigrati in termini assoluti è stato, naturalmente, Imola che ha assorbito il 46,9% del totale degli stranieri residenti, seguono Castel S, Pietro con il 14,3%, Medicina con il 12,4% e Dozza con il 6% circa. Ma è il comune di Casalfiumanese ad essere in termini di scostamento percentuale nel periodo 2005/2001 (141%) uno dei più "appetiti" tra i comuni della nostra azienda nel periodo citato - anche se trattasi di piccoli numeri - seguito da Dozza, Medicina e Mordano, tutti al di sopra della media aziendale.

La percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente dell'AUSL di Imola registra valori crescenti nel periodo di riferimento e dal minimo di 2,85% del 2001 passa al valore di 4,81% del 2005 (5,83% il valore regionale nel 2004).

La presenza in termini assoluti passa da 3.446 unità del 2001 ai 6.012 del 2005, configurando un trend costantemente in crescita. Nella popolazione extra comunitaria residente complessiva e residente dell'Ausl, le femmine sono il 47,27% e i maschi il 52,73%, i minorenni il 25,4% del totale stranieri.

Tabella 4 – Permessi di soggiorno stranieri, percentuali sulla popolazione totale e variazioni percentuali

ANNO	2001	2002	2003	2004	2005	Δ % 02/01	Δ % 03/02	Δ % 04/03	Δ % 05/04
N. PERMESSI DI SOGGIORNO	2.368	2.736	3.204	4.590	4.538	15,5%	17,11%	43,3%	-1,1%
% PERMESSI / POPOLAZ. RES.	2,21%	2,54%	2,61%	3,70%	3,63%	14,9%	2,84%	41,8%	-1,9%

FONTE: Elaborazione U.O.S.S.I.S. su dati Ufficio Stranieri Commissariato Pubblica Sicurezza di Imola.
N.B. non contiene Medicina fino al 2003.

Permessi di soggiorno

I permessi di soggiorno rilasciati hanno subito un aumento costante dal 2000 al 2004 con un picco proprio in quest'ultimo anno per via degli effetti della sanatoria attuata con le Leggi 189 e 222/02. Gli unici dati al momento reperibili sull'anno 2005 indicano però che i permessi di soggiorno rilasciati complessivamente agli stranieri sul territorio aziendale hanno subito nel 2005 una lieve flessione (-1,1%).

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

Province di residenza	Anni			
	1997-1999		2000-2002	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	75,78	82,52	76,80	83,48
Parma	76,12	82,84	77,29	83,65
Reggio Emilia	76,49	83,04	77,74	83,93
Modena	76,30	82,69	78,07	83,87
Bologna	77,00	82,98	77,99	83,58
Ferrara	75,43	81,99	76,27	83,05
Ravenna	77,09	83,24	78,47	84,12
Forlì-Cesena	77,72	83,31	78,20	84,35
Rimini	77,57	83,66	78,75	84,63
REGIONE	76,62	82,88	77,78	83,78
	2004*		2005*	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
	78,10	83,90	78,10	83,60

* Trattasi di stime ISTAT

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

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

FONTE: Registro di mortalità regionale (REM)

Speranza di vita alla nascita

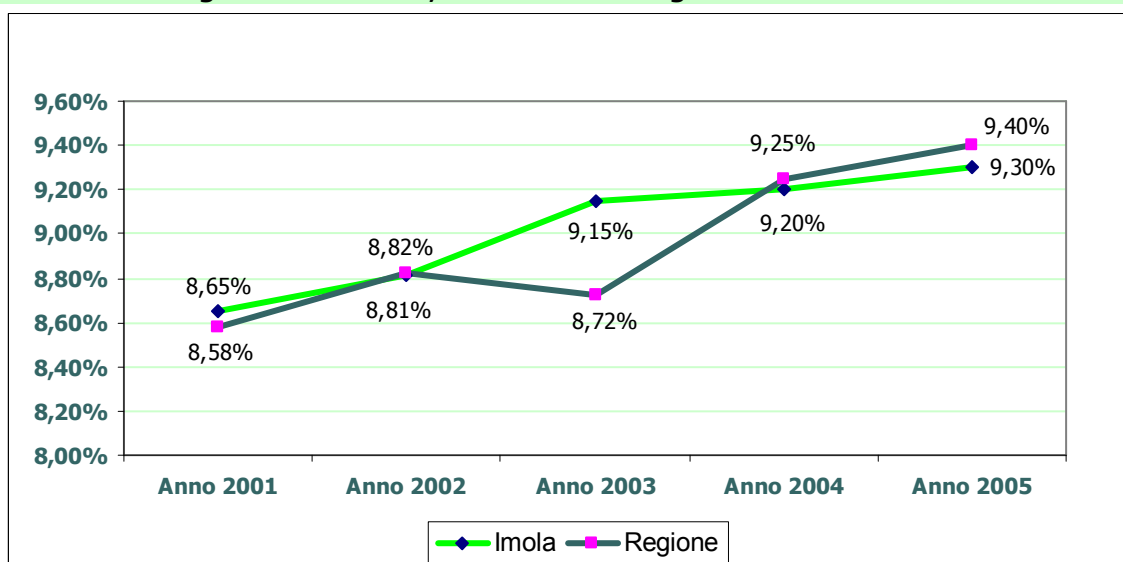
La speranza di vita alla nascita che denota ancora a livello di totale regionale diversità tra i sessi, vede ugualmente differenziazioni di età anche nei confronti provinciali. La forbice più larga risulta essere per i maschietti mentre minore, di un punto percentuale, per le femmine.

Per chi nasce in riva all'Adriatico, la speranza è maggiore - è il caso della Provincia di Rimini su tutte ma anche di Ravenna e Cesena-Forlì - qui i valori più alti in ambedue i sessi a livello regionale.

La speranza di vita invece a 65 anni, è più omogenea tra le diverse province, anche se la prevalenza è ancora del sesso femminile grazie alla ridotta mortalità nell'ultimo ventennio più che proporzionale rispetto ai maschi.

Considerando il fatto che tale target di popolazione subisce meno l'effetto dell'immissione di nuovi immigrati a differenza di altre fasce di età, la distribuzione nelle rimanenti fasce di anziani mette in evidenza nella variazione percentuale 2005/2000 (dati al 1° gennaio) che la popolazione anziana è in aumento nelle classi =>65 e =>75 in tutte le aziende regionali, realtà imolese compresa che si assesta vicino al valore mediano della distribuzione.

Grafico 9 – Tasso grezzo di natalità, confronto dati regionali



FONTE: Elaborazione U.O.S.S.I.S. su dati regione E.R.

Tra le nuove dinamiche demografiche, fortemente legate alla specificità della componente migratoria sia estera ma anche di altre regioni italiane vi è l'incremento della natalità. Curiosità del livello regionale: a fronte di un 45% delle madri (nel 2004) nato fuori dall'E.R. esattamente la metà è nata all'estero e di questo 22,4% ancora il 18,8% detiene la cittadinanza estera.

L'incremento demografico maturato nel corso degli ultimi 10 anni e fotografato dal tasso grezzo di natalità (Qn), ha visto, nel citato periodo, il territorio emiliano romagnolo, complessivamente inteso, passare dall'8 % del 1996 al 9,25 del 2005 e superare per la prima volta nel decennio, seppur di poco, l'area imolese nell'anno 2004. Il 2005 ha rivisto il tasso relativo al nostro territorio (9,3) di nuovo al di sopra della media regionale.

Natalità

Fonte: "II Rapporto sui dati del CEDAP" R.E.R.

Anche se non fotografata da nessuna rappresentazione grafica, è importante riportare a causa della presenza di una associazione statistica significativa, una caratteristica del territorio imolese che ci pone in vetta al panorama regionale (2004) ovvero che quasi il 30% delle mamme imolesi risultano essere donne non coniugate (nubili, vedove, separate, divorziate).

Il progressivo innalzamento dell'età media materna, giunta in Regione secondo i dati (2004) forniti dall'Assessorato alla Sanità a 31,1 anni, sembra essere una delle caratteristiche principali legate alla natalità, anche se questa ha insita la dicotomia tra madri italiane e madri straniere con un valore medio per le prime di 31,8 e di 28,1 per le straniere.

Il territorio del Circondario imolese, anche sotto questo aspetto, ha registrato una particolarità. Imola risulta infatti essere stata almeno nel 2004, l'unica azienda in cui si è verificata una percentuale di parti, con entrambi i genitori < di 20 anni, dissociata rispetto alla media regionale (0,2%). La percentuale dei casi ha infatti raggiunto lo 0,7% dei casi valutabili.

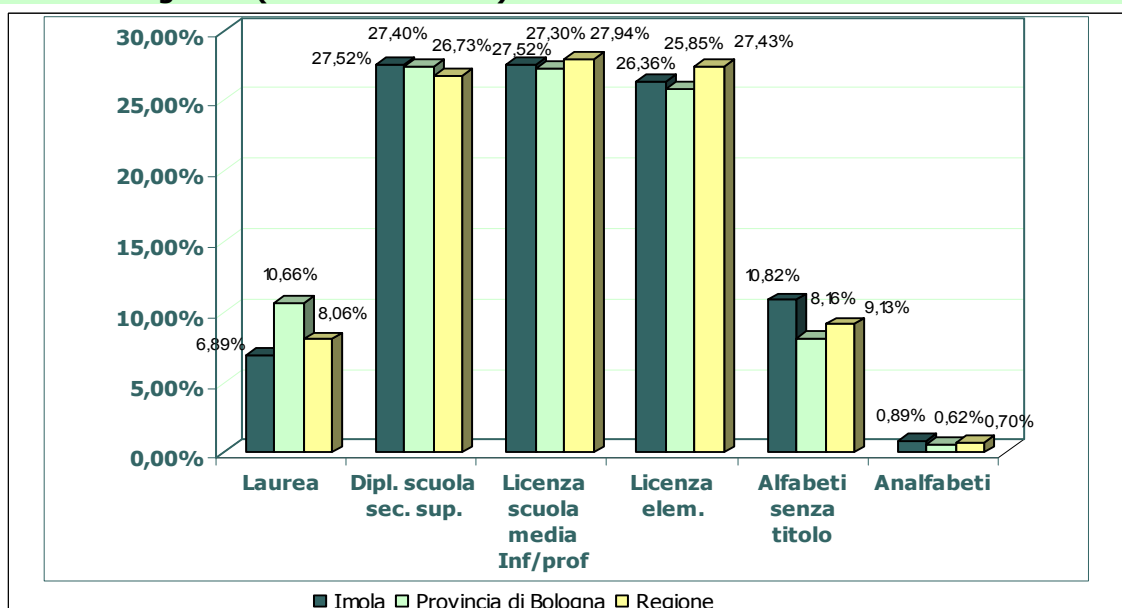
1.4. Condizioni socio-economiche

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

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

Le tabelle ed i grafici collegati al contesto, non sono e non vogliono sicuramente essere esaustivi dei succitati aspetti, che comunque correlati ai diversi livelli, rappresentano ugualmente valori di primaria importanza per il nostro territorio. Tuttavia anche da questi pochi dati appare emergere un solido tessuto economico-sociale con realtà di prim'ordine sia per quanto riguarda Industria e Agricoltura che per il settore Terziario.

Grafico 10 - Percentuale popolazione residente per grado di istruzione, confronto dati provinciali e regionali (censimento 2001)



FONTE: Elaborazione UOSSIS dati censimento 2001 ISTAT (su popolazione di età >= 6 anni)

Livello di istruzione

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

Grafico 11 - Tasso di attività per sesso, a confronto con dati provinciali e regionali (censimento 2001)

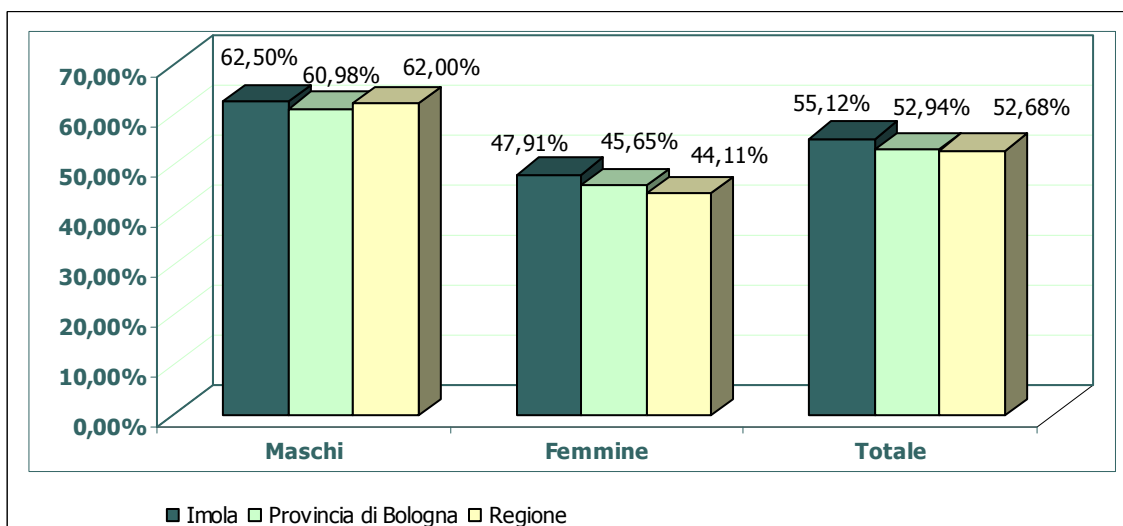


Grafico 12 - Tasso di occupazione per sesso, a confronto con dati provinciali e regionali (censimento 2001)

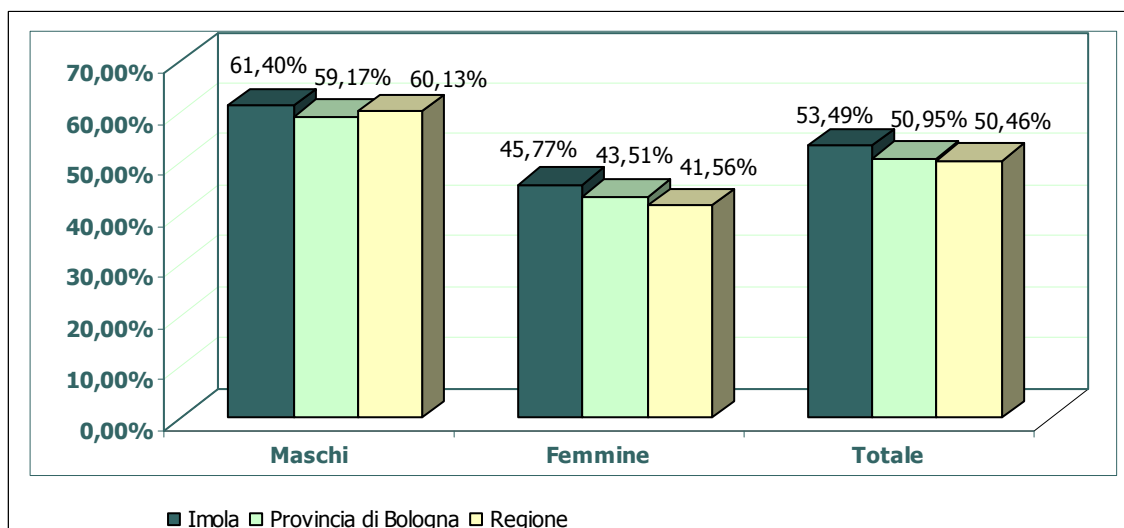
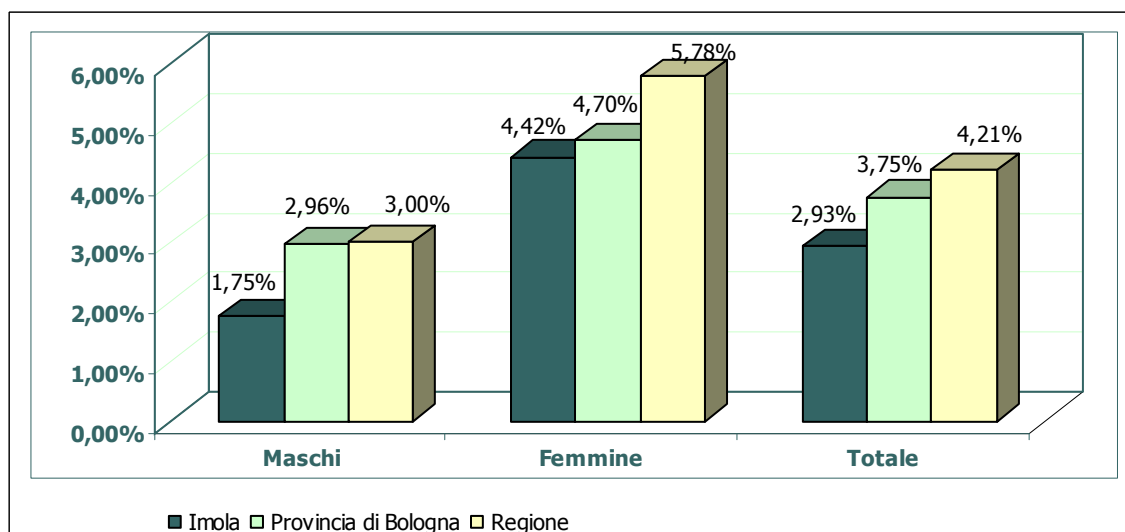


Grafico 13 - Tasso di disoccupazione per sesso, a confronto con dati provinciali e regionali (censimento 2001)



FONTE: Elaborazione UOSSIS dati censimento 2001 ISTAT

Tassi di attività,
occupazione,
disoccupazione

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

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

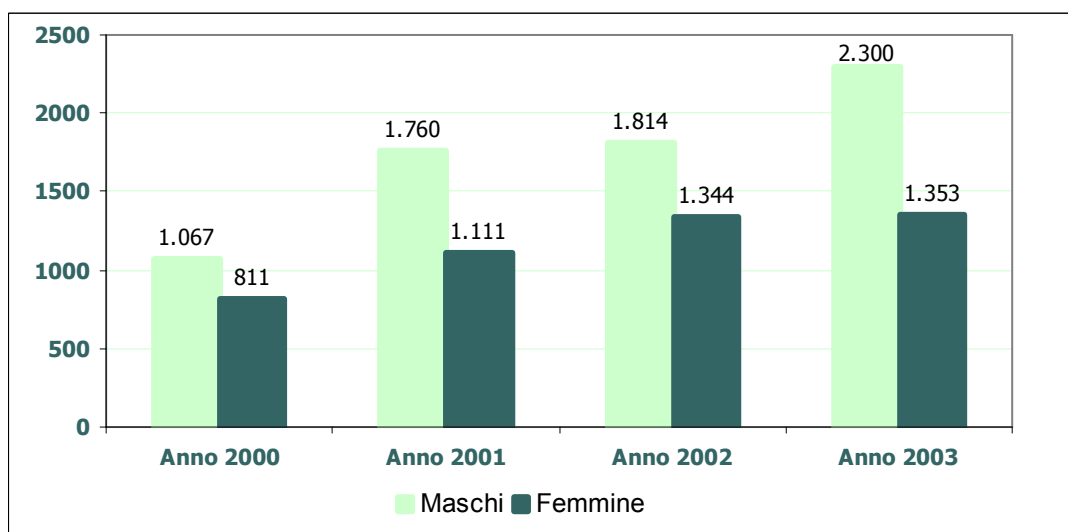
Settore Attività COMUNI	Agricoltura		Industria		Altre attività		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Borgo Tossignano	107	63	457	174	242	345	806	582
Casalfiumanese	135	82	412	206	256	321	803	609
Castel del Rio	31	27	135	32	126	155	292	214
Castel Guelfo	146	70	476	242	382	467	1.004	779
Castel S. Pietro Terme	295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

FONTE: Elaborazione UOSSIS dati censimento 2001 ISTAT

Settori di occupazione

Gli occupati maschi si distribuiscono in Agricoltura (9,04%), nell'Industria (48,65%) e in altre Attività (42,31%) mentre le Femmine risultano in Agricoltura (6,5%), nell'Industria (26,41%) e in altre Attività il (67,09%).

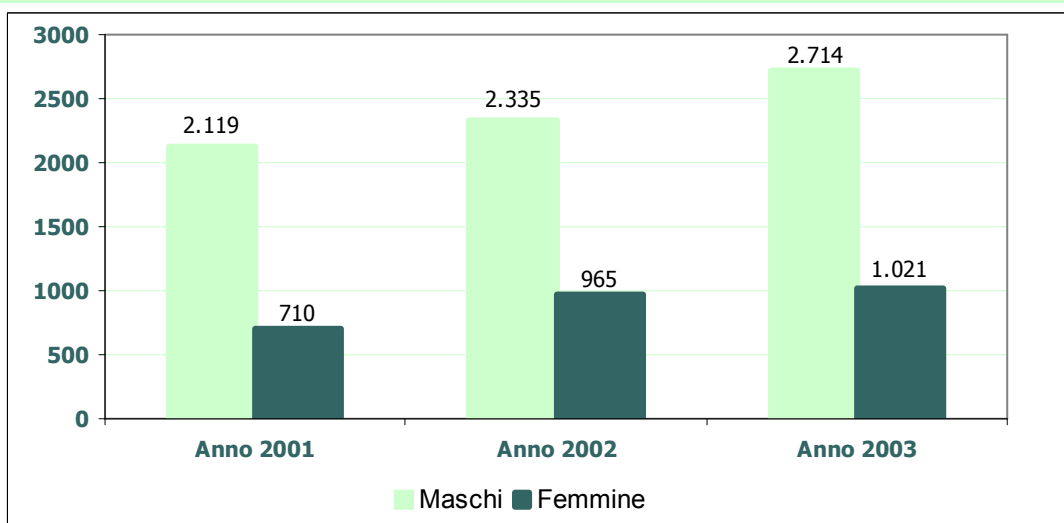
Grafico 14 - Numero lavoratori con contratto interinale



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

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

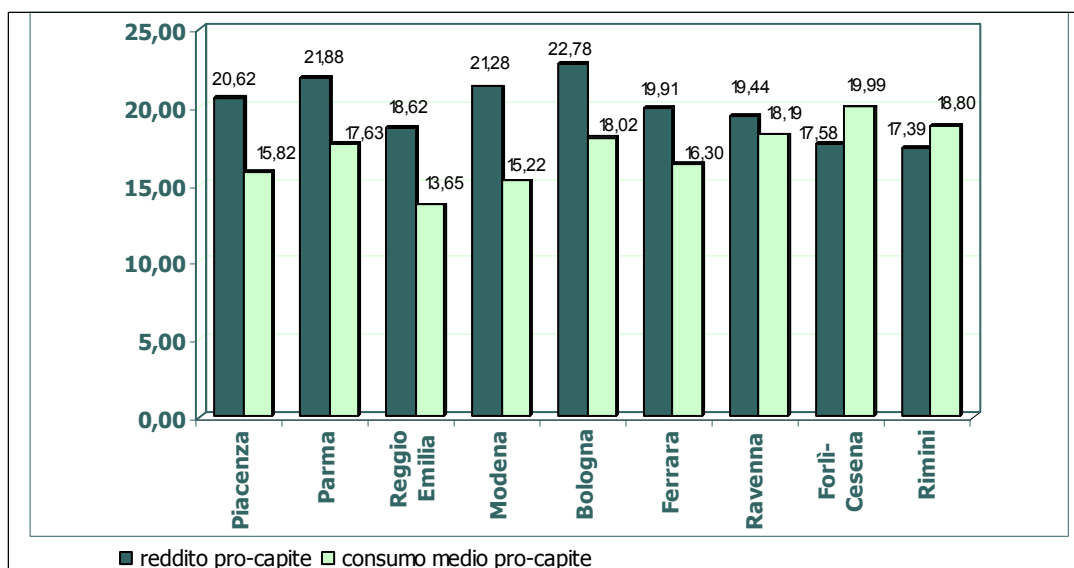
Grafico 15 - Numero lavoratori extracomunitari



FONTE: Elaborazione UOSSIS su dati centro per l'impiego di Imola (contiene Medicina)

Lavoratori extracomunitari I lavoratori stranieri extracomunitari hanno un trend crescente con un incremento di circa 500 unità/anno. La percentuale sulla popolazione residente nel periodo 2001/2003 è passata dal 2,34% del 2001 al 3,04% del 2003.

Grafico 16 - Reddito e consumo medio pro-capite per province della regione Emilia Romagna (anno 2004)



FONTE: Agenzia Emilia-Romagna Lavoro

Reddito e consumo medio pro-capite

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

1.5. Osservazioni epidemiologiche

Com'è noto l'Epidemiologia studia i fenomeni sanitari basandosi su opportune osservazioni in gruppi di popolazioni e non sul singolo malato come la medicina clinica, traendo conclusioni sulle cause e sulla prevenzione delle malattie. Le problematiche più importanti, oggi, riguardano maggiormente le malattie cronic-degenerative che costituiscono le cause più frequenti di morte e di invalidità.

Lo studio della Mortalità e lo studio della Morbosità rappresentano, oggi, i principali filoni di investigazione, per verificare lo stato di salute, la salute pubblica e conseguentemente per porre le basi per una prevenzione "mirata".

La mortalità totale per tutte le cause, nel territorio dell'Ausl di Imola (Medicina inclusa) nel periodo 2004/2003 è aumentata complessivamente del 2,4% con un'incidenza maggiore per i maschi (+5,2%), mentre risulta negativa per le femmine (-0,5%).

Nell'anno 2004, tra le cause di morte a livello AUSL, si consolidano in cima alla graduatoria i decessi dovuti alle malattie del Sistema Circolatorio con il 40,19%, seguono i Tumori con il 29,94%, le malattie dell'Apparato Respiratorio con il 7,63% ecc. Dopo alcuni anni di "forte recupero" del sesso femminile nell'ultimo anno la mortalità totale ha visto di nuovo una predominante maschile.

I raggruppamenti per grandi cause di morte mettono in luce che dopo le cause principali, purtroppo occupano una posizione di rilievo anche i decessi per traumatismi ed avvelenamenti che dal '98 ad oggi hanno fatto registrare un trend costante (il 5,1% sul totale morti nel 2004);

su questa causa pesano in modo considerevole i decessi causati da incidenti da traffico. Il confronto 2004 su 1998 mette in evidenza un aumento % dei casi di tumore al colon retto e alla mammella.

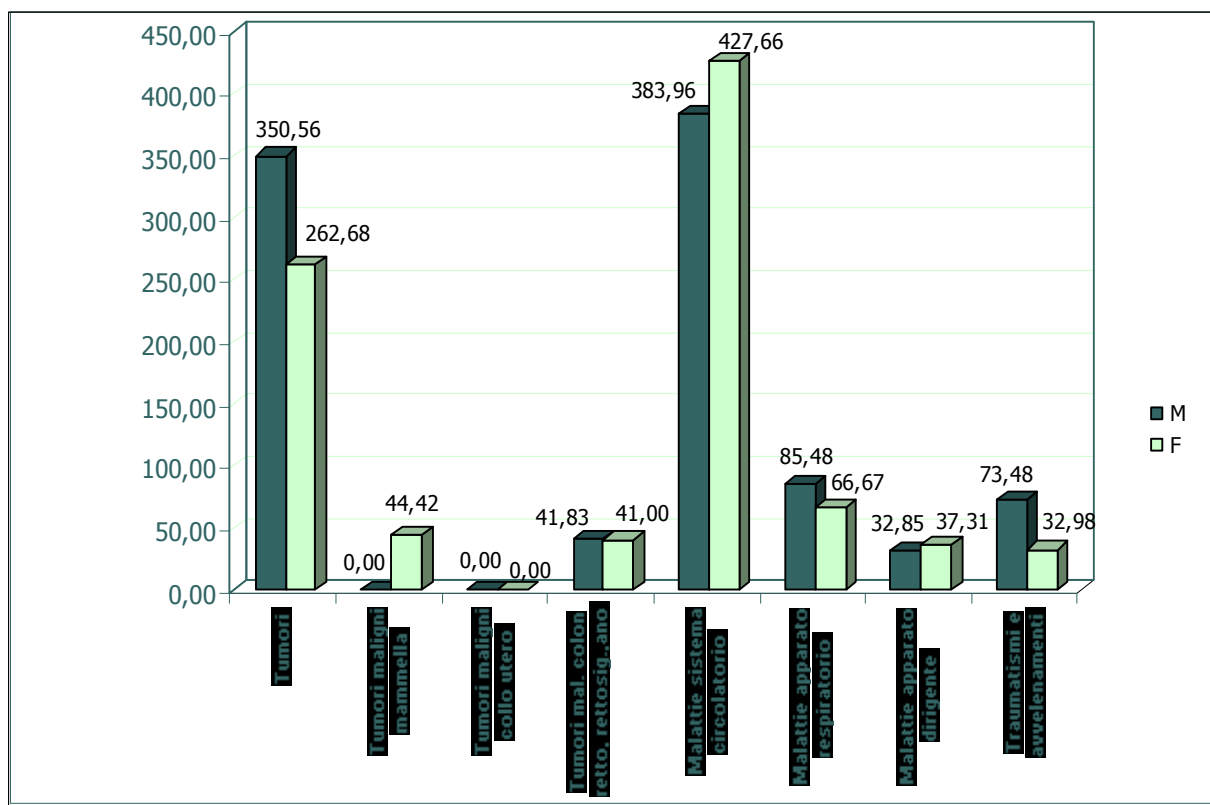
Il numero assoluto di morti nei Comuni dell'Azienda USL è oscillato negli ultimi dieci anni e fino al 2003 intorno ai 1.000-1200 per anno. Se si pensa che la popolazione gradualmente aumenta ed in maniera più che proporzionale invecchia, ciò può essere letto se non come una diminuzione (da riscontrare comunque nel lungo periodo) della mortalità, una sua "tenuta".

Come evidenziato anche dal grafico sui tassi standardizzati, confrontando l'anno 2003 con il 2004 (gli unici due che contemplano la popolazione medicinese), si può notare come ad un 2003 "particolare", anno nel quale a causa delle prolungate alte temperature raggiunte, anche la ns. azienda fu interessata da alcuni decessi probabilmente legati a quelle condizioni, è seguito poi un 2004 che si è posizionato sotto ai livelli del 2001/2002 (senza Medicina).

Da ascrivere tra gli indicatori di "eccellenza" del territorio imolese il tasso di mortalità infantile (n. di morti nel primo anno di vita/ il numero di nati residenti*1.000) posizionatosi nel 2004 sullo 0,00 a fronte di uno regionale pari 3,73 ‰.

I tassi qui riportati evidenziano la mortalità per classi di età. Da rilevare come il livello locale e quello regionale tendano ad uniformarsi, con alcuni distinguo tra sessi, in media a partire dalla classe 45-54 in poi.

Grafico 17 - Tasso standardizzato di mortalità per grandi cause e per sesso (anno 2004)



Tasso standardizzato di mortalità

Osservando, a livello del territorio imolese (Medicina inclusa), i tassi standardizzati per sesso, secondo la declinazione prospettata dalla Regione nel bilancio di missione, possiamo notare come le differenze % registrate sia nel periodo 2004/2000 che in quello 2004/2003 siano soprattutto negative, anche se su livelli di valori diversi, per la quasi totalità delle cause di morte.

Unica controtendenza "forte", distribuita su ambedue i sessi, l'incremento dei tassi riferiti ai tumori maligni del Colon-Retto con un aumento percentuale nel periodo 2004/2000 del 44,73% sul totale.

I tassi standardizzati di mortalità (che ricordiamo eliminano le distorsioni apportate da sesso ed età), per alcune peculiari grandi cause extra tumori e malattie circolatorie, come malattie del sistema nervoso e delle ghiandole endocrine, evidenziano nel medio periodo 2004-1998 una netta diminuzione, mentre la mortalità per disturbi psichici un lievissimo decremento.

Tabella 8 - Anni di vita potenzialmente persi per grandi cause e per sesso

Anno/sesso Cause	1998		2000		2002		Δ% 2000 - 1998		Δ% 2002 - 2000	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Tumori	11,68	14,19	10,4	14,71	11,19	14,1	-10,96%	3,66%	7,60%	-4,15%
Tumori maligni mammella		19,00		18,1		12,6		-4,74%		-30,39%
Tumori maligni collo utero				3,48						-100,00%
Tumori mal. colon retto, rettosig.,ano	10,23	10,6	10	17,48	4,07	12,7	-2,25%	64,91%	-59,30%	-27,35%
Malattie sistema circolatorio	9,54	9,28	9,14	9,96	9,33	6,02	-4,19%	7,33%	2,08%	-39,56%
Malattie apparato respiratorio	9,64	6,98	12,13	15,83	17,78	15,58	25,83	126,79%	46,58%	-1,58%
Malattie apparato dirigente	14,6	10,98	13,55	11,81	11,68	12,01	-7,19%	7,56%	-13,80%	1,69%
Traumatismi e avvelenamenti	29,27	36,48	29,44	18,58	33,35	26,31	0,58%	-49,07%	13,28%	41,60%
TOTALE Ausl Imola	14,66	12,31	15	12,67	13,7	10,79	2,32%	2,92%	-8,67%	-14,84%
TOTALE Regione ER	13,39	11,99	13,54	11,42	13,63	10,97	1,12%	-4,75%	0,66%	-3,94%

Fonte: Elaborazioni UOSSIS da base dati REM regione Emilia Romagna

Mortalità evitabile

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

Grafico 18 - Malattie infettive e tassi di incidenza* (x 100.000)

Malattia	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005	
	N° casi	Incid.	N° casi	Incid.	N° casi	Incid.	N° casi	Incid.
Epatiti virali	1	0,93	3	2,77	3	2,42	5	4,00
Meningiti	9	8,35	10	9,22	25	20,15	12	9,60
Malattie trasmesse da alimenti	41	38,03	66	60,85	128	103,17	50	40,00
Tubercolosi	15	13,91	13	11,98	14	11,28	7	5,60
Malaria	0		2	1,84	2	1,61	1	0,80
Malattie sessualmente trasmesse	6	5,56	5	4,61	1	0,81	1	0,80
Malattie esantematiche	888	823,58	528	486,77	1004	809,27	465	371,96
Parassitosi cutanee	228	211,46	187	172,40	220	177,33	87	69,59

* Tasso Incidenza = Indica quanti nuovi casi di un particolare stato morboso (malattia) sono stati riscontrati (in questo caso notificati) in un determinato periodo nella popolazione in studio

Fonte: Elaborazioni UOSIS su dati Dipartimento Salute Pubblica (per anno 2005 dati provvisori)

Malattie infettive

Per le malattie infettive, sono forniti i dati relativi ai casi registrati e ai relativi tassi di incidenza per il periodo 2002/2005 per ogni malattia che ha interessato il nostro territorio.
Tra tutte svettano i casi relativi alle malattie esantematiche seguiti dalle parassitosi cutanee e dalle malattie trasmesse da alimenti.

Grafico 19 - Nuovi casi di AIDS per Ausl di residenza in Emilia-Romagna nel biennio 2003-2004 (valori assoluti e tassi di prevalenza)

Azienda USL	Totale casi residenti 1984-2004	Anno 2003 N. nuovi casi	Anno 2004 N. nuovi casi	N. casi prevalenti al 31/12/2004	Tasso di Prevalenza al 31/12/2004	Popolazione residente al 31/12/2003
Piacenza	306	10	20	96	35,4	270.934
Parma	374	13	11	129	31,6	407.754
Reggio Emilia	414	20	13	116	24,3	477.534
Modena	620	22	18	197	30,2	651.920
Bologna	1.223	24	11	278	34,2	812.330
Imola	204	3	2	67	54,6	122.777
Ferrara	436	12	15	101	29,1	347.582
Ravenna	781	25	23	219	60,7	360.750
Forlì	285	9	5	94	53,6	175.221
Cesena	219	6	6	53	27,7	191.283
Rimini	432	21	12	134	47,3	283.239
TOTALE GENERALE	5.294	165	136	1.484	36,2	4.101.324

Fonte Osservatorio AIDS – Assessorato Sanità Regione E.R.

Prevalenza = numero casi al (31/12/2004) rispetto al totale popolazione in un dato momento (casi al 31.12/pop. di riferimento anno precedente*100.000)

Tabella 9 - Nuovi casi di AIDS registrati nell'Ausl di Imola dal 1993 al 2004

ANNO	CASI
1993	15
1994	19
1995	26
1996	22
1997	11
1998	9
1999	8
2000	12
2001	7
2002	3
2003	3
2004	2

Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati Dipartimento Sanità Pubblica

AIDS

I casi di AIDS registrati nel nostro territorio dal 1993 al 2004 come si può vedere sono in diminuzione.

1.6. Stili di vita

Visite sportive

Se il ricorso a visite mediche nel settore della Medicina Sportiva può essere interpretato come un indicatore più o meno attendibile, di uno degli aspetti più importanti dello stile di vita di una collettività, siamo di fronte ad una stabilità del fenomeno dai connotati positivi. Tuttavia quello rappresentato dalla tabella 12, non è che uno spaccato che prende in esame unicamente le visite effettuate presso il Settore Medicina Sportiva della AUSL di Imola.

Il panorama infatti, risulta essere variegato all'esterno, per la presenza sul territorio di specialisti accreditati nell'effettuare la stessa tipologia di prestazione. In linea di massima, anche se il numero delle richieste dipende molto dall'organizzazione delle società sportive, si ritiene che questo report interpreti sufficientemente l'aspetto dell'avviamento allo sport, in quanto per legge i centri pubblici delle A.usl sono gli unici a rilasciare gratuitamente tali prestazioni agli atleti con età <= 18 anni.

Tabella 10 - Attività ambulatorio Medicina dello sport: visite mediche* secondo le discipline sportive

ATTIVITA' SPORTIVA	2002	2003	2004	2005	Var % 2005/04
ATLETICA LEGGERA	56	32	67	108	61,2%
CALCIO	616	617	807	818	1,4%
CICLISMO	171	132	120	47	-60,8%
NUOTO	213	192	213	212	-0,5%
PALLACANESTRO	334	349	356	311	-12,6%
PALLAVOLO	78	144	256	266	3,9%
TENNIS	87	64	76	74	-2,6%
ALTRI SPORT DI SQUADRA	263	248	299	286	-4,3%
ALTRI SPORT INDIVIDUALI	197	191	243	277	14,0%
Non Idonei (Attività varie)	0	3	0	2	-
TOTALE	2.015	1.972	2.437	2.401	-1,5%

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

Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati ambulatorio Medicina dello Sport

Alcooldipendenza

Accanto ad un aspetto positivo un altro dal carattere diametralmente opposto: l'alcooldipendenza un fenomeno in crescita purtroppo non solo a livello nazionale, regionale ma anche locale, ma non sufficientemente fotografato dalle cifre, per la mancata presa di coscienza dei soggetti colpiti. Ciò è dimostrato dai numeri in possesso del servizio alcooldipendenze dell'U.O. Dipendenze Patologiche aziendale, ove si registra una staticità nei nuovi utenti, esattamente corrispondenti all'unità nel confronto col 2004, mentre un incremento dell'8,5%, nello stesso periodo, per i già in carico o rientrati ovvero gli utenti che già hanno voluto ricorrere alle cure sanitarie.

Lo è ancora di più, se si analizza la tipologia di bevanda che porta alla dipendenza, nel 60% dei casi il vino e non altre tipologie ritenute nell'immaginario collettivo strettamente correlate all'alcooldipendenza. L'abuso di questa bevanda tocca in % soprattutto le donne - tra i soggetti in carico all'U.O. citata - sono proprio loro a subire di più l'influenza del "Dio Bacco" col 67,5% contro il 57% dei maschi. A livello complessivo indipendentemente dalla bevanda, tutte le fasce di età sono rappresentate con prevalenza per il sesso maschile della fascia 40 - 49

anni (28% circa del totale per quel sesso), mentre per quello femminile della fascia 50 – 59 (ben 31% circa).

Tabella 11 - Settore alcooldipendenze: utenti distribuiti per fasce

ANNO	UTENTI	NUOVI UTENTI				IN CARICO O RIENTRATI			
	ETA'	M	F	M+F	%	M	F	M+F	%
2002	< 19	1	0	1	1,3%	0	0	0	0,0%
	20 - 29	8	0	8	10,5%	3	1	4	3,1%
	30 - 39	17	5	22	28,9%	22	7	29	22,5%
	40 - 49	17	4	21	27,6%	19	11	30	23,2%
	50 - 59	9	3	12	15,8%	26	13	39	30,2%
	> 60	6	3	9	11,8%	23	4	27	21,0%
	NR	1	2		0,0%	0	0		0,00%
	TOTALE	59	17	76	100,0%	93	36	129	100,0%
2003	< 19	1	0	1	0,8%	0	0	0	0,0%
	20 - 29	21	3	24	20,2%	9	1	10	5,1%
	30 - 39	27	8	35	29,4%	35	11	46	23,4%
	40 - 49	29	2	31	26,1%	32	13	45	22,8%
	50 - 59	16	3	19	16,0%	34	20	54	27,4%
	> 60	8	1	9	7,6%	34	8	42	21,3%
	NR	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
	TOTALE	102	17	119	100,0%	144	53	197	100,0%
2004	< 19	1	0	1	1,2%	0	0	0	0,0%
	20 - 29	10	2	12	14,0%	14	0	14	6,3%
	30 - 39	22	6	28	32,6%	37	9	46	20,7%
	40 - 49	21	4	25	29,1%	45	9	54	24,3%
	50 - 59	6	4	10	11,6%	43	22	65	29,3%
	> 60	7	3	10	11,6%	34	9	43	19,4%
	NR	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
	TOTALE	67	19	86	100,0%	173	49	222	100,0%
2005	< 19	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
	20 - 29	12	3	15	17,4%	9	2	11	4,6%
	30 - 39	16	4	20	23,3%	34	10	44	18,3%
	40 - 49	20	4	24	27,9%	49	16	65	27,0%
	50 - 59	9	5	14	16,3%	48	20	68	28,2%
	> 60	10	3	13	15,1%	40	13	53	22,0%
	NR	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
	TOTALE	67	19	86	100,0%	180	61	241	100,0%

Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati SERT

Tabagismo

Altra piaga con riscontri negativi anche dal "locale", il tabagismo. Non si hanno dei dati certi sul numero dei soggetti "ammaliati dalla nicotina", comunque negli ultimi tempi in ambito locale si sono messe in moto parecchie iniziative tendenti ad arginare questo fenomeno sociale, l'ultima delle quali, il concorso dell'Organizzazione Mondiale alla Sanità promosso dal già attivo Centro Antifumo Imolese in capo all'A.Usl di Imola.

Iniziative che oltre alla precedente campagna "Guida alcool e stupefacenti" promossa dalla Polizia Municipale di Imola, mirano soprattutto alla prevenzione ma anche ad aumentare le conoscenze sui fenomeni utilizzando una metodologia che fa perno sull'educazione, sulla piena presa di coscienza e non sulla repressione.

1.8. Sicurezza

Obiettivi

In tema di sicurezza, senza ombra di dubbio, il fenomeno infortunistico è da sempre e soprattutto in questi anni, oggetto di un'attenzione particolare da parte delle istituzioni preposte alla tutela della salute pubblica.

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

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

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

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

A livello territoriale anche la nostra azienda è stata sensibile nei confronti della sicurezza e assieme alle altre istituzioni locali ha dato vita ad un tavolo di lavoro da cui è scaturito un Piano per la Salute dove proprio gli argomenti della sicurezza (incidenti stradali), hanno trovato largo spazio.

Tabella 12 - Incidenti stradali, morti, feriti e indici di incidenza: confronti territoriali

Anno	Incidenti	Morti	Feriti	Rapporto di mortalità	Rapporto di lesività	Rapporto di Pericolosità
1998	816	24	1.192	2,94	146,08	1,97
1999	639	20	953	3,13	149,14	2,06
2000	869	30	1.289	3,45	148,33	2,27
2001	705	21	1.052	2,98	149,22	1,96
2002	748	18	1.110	2,41	148,40	1,60
2003	757	16	1.211	2,11	159,97	1,30
2004	754	28	1.090	3,71	144,56	2,50
2005*	657	13	948	1,98	144,29	1,35
Prov. BO 2004	5.314	122	7.292	2,30	137,22	1,65
Regione E.R. 2004	23.531	596	32.414	2,53	137,75	1,81

Fonte: ISTAT (1998-2001) e Osservatorio Provinciale Incidentalità stradale (2002-2005)

*dati provvisori forniti da Servizio Studi per la Programmazione Provincia di Bologna.

Rapporto di mortalità=totale morti/totale incidenti, rapporto di lesività= totale feriti/totale incidenti
rapporto di pericolosità (o indice di gravità)=totale morti/(totale morti+totale feriti)

Infortuni stradali

Da un esame della tabella sugli infortuni stradali, si può rilevare che nel periodo 1998-2005 il numero di incidenti stradali sul nostro territorio ha registrato dati non in un'unica direzione. Il numero dei morti da una fase altalenante fino al 2001 è passato ad una fase decrescente eccezion fatta per il 2004 che purtroppo ha registrato un picco di 28 unità.

Nel contempo i feriti hanno rimarcato anch'essi un andamento altalenante.

Il rapporto di mortalità e l'indice di gravità sono diminuiti nel periodo in questione, ad eccezione del solito picco del 2004, mentre il rapporto di lesività risulta costante nell'ultimo biennio.

Confrontandoli col panorama regionale e provinciale, i suddetti indicatori

si presentano come valori più o meno allineati negli ultimi periodi, eccezion fatta ancora per il 2004, anno nefasto per la gravità degli incidenti.

Tabella 13 - Infortuni sul lavoro e indennizzati dall'Inail

COMUNE	Infortuni indennizzati				Addetti				tasso grezzo infortuni indennizzati			
	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
BORGO TOSSIGNANO	69	76	67	69	657	774	770	nd	10,50%	9,82%	8,70%	nd
CASALFIUMANESE	88	80	89	71	1373	1316	1336	nd	6,41%	6,08%	6,66%	nd
CASTEL DEL RIO	23	21	14	11	237	240	248	nd	9,70%	8,75%	5,65%	nd
CASTEL GUELFO	101	90	97	99	2072	2155	2250	nd	4,87%	4,18%	4,31%	nd
CASTEL S. PIETRO TERME	317	290	324	310	5485	5657	5791	nd	5,78%	5,13%	5,59%	nd
DOZZA	139	115	131	120	2012	2101	2148	nd	6,91%	5,47%	6,10%	nd
FONTANELICE	35	31	29	23	500	493	497	nd	7,00%	6,29%	5,84%	nd
IMOLA	1649	1634	1460	1446	27246	28088	28582	nd	6,05%	5,82%	5,11%	nd
MORDANO	132	138	115	138	1466	1579	1614	nd	9,00%	8,74%	7,13%	nd
MEDICINA	-	-	162	177	-	-	3265	nd	-	-	4,96%	nd
TOTALE AUSL	2553	2475	2488	2464	41.048	42.403	46.501	nd	6,22%	5,84%	5,35%	nd
TOTALE REGIONE	89.602	85.274	82.135	77.079	1.719.808	1.743.834	1.683.116	nd	5,21%	4,89%	4,88%	nd

Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati INAIL (Consulenza tecnica regionale) sede di Bologna, INPS Imola
Non sono disponibili i dati degli addetti per il 2005 e pertanto non sono calcolabili i relativi tassi grezzi
Tasso grezzo= infortuni/addetti*100

Tabella 14 - Tasso standardizzato infortuni indennizzati nelle province E.R.

Province	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Bologna	4,66%	4,39%	4,19%	4,14%	4,00%
Ferrara	4,57%	4,51%	4,98%	4,82%	4,74%
Forlì-Cesena	6,48%	6,45%	6,04%	6,04%	5,53%
Modena	4,87%	4,63%	4,43%	4,21%	4,18%
Parma	5,62%	5,16%	4,42%	4,49%	4,66%
Piacenza	4,66%	4,14%	4,07%	4,08%	3,98%
Ravenna	6,05%	5,52%	5,68%	5,38%	5,21%
Reggio Emilia	5,07%	4,55%	4,30%	4,27%	4,03%
Rimini	6,53%	6,04%	5,87%	5,69%	5,97%
Totale regione	5,15%	4,83%	4,63%	4,50%	4,44%

Fonte: regione Emilia-Romagna

Tasso standardizzato infortuni indennizzati

Il tasso grezzo degli infortuni indennizzati, registra per il territorio dell'Ausl di Imola dei valori decrescenti nell'ultimo triennio comunque ancora leggermente superiori a quelli registrati a livello regionale e nazionale. Il tasso standardizzato registra per la Prov. di Bologna nel periodo 2001-2004, valori decrescenti attestandosi attorno al valore del 4%, sempre sotto i valori regionali (attorno al valore del 4,5%).

Tabella 15 – Accesso al Pronto Soccorso per infortuni domestici distinti per esito

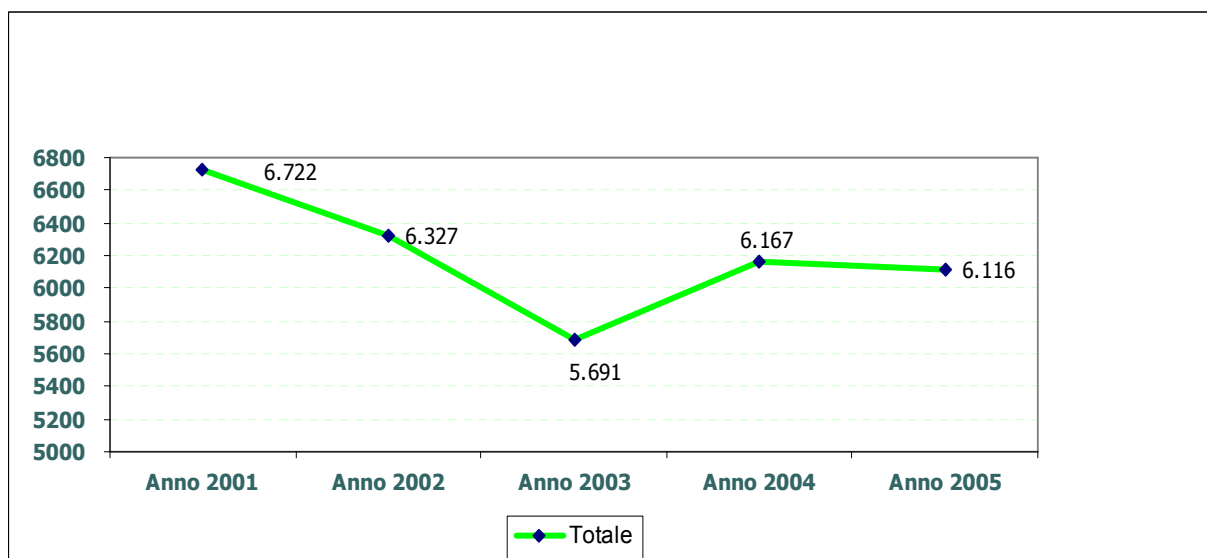
ANNO	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%
ESITO										
Al curante per proseguire cure	5.868	87,30%	5.510	87,09%	5.129	90,12%	5.461	88,55%	5.405	88,37%
Ricoverato	352	5,24%	365	5,77%	273	4,80%	303	4,91%	308	5,04%
Abbandona P.S	73	1,09%	82	1,30%	79	1,39%	125	2,03%	127	2,08%
Non si ripresenta in PS	130	1,93%	134	2,12%	64	1,12%	66	1,07%	51	0,83%
Al curante per competenza	205	3,05%	124	1,96%	3	0,05%	117	1,90%	122	1,99%
Giunto cadavere					1	0,02%	0	0,00%	1	0,02%
Osservazione in Medicina Urgenza/OBI	80	1,19%	91	1,44%	125	2,20%	81	1,31%	88	1,44%
Trasferito	2	0,03%	4	0,06%	5	0,09%	7	0,11%	2	0,03%
Rifiuta ricovero	12	0,18%	17	0,27%	12	0,21%	7	0,11%	11	0,18%
Deceduto in P.S.									1	0,02%
Totale	6.722		6.327		5.691		6.167		6.116	
DIFF%2002/2001			-5,88%							
DIFF%2003/2002					-10,05%					
DIFF%2004/2003							8,36%			
DIFF%2005/2004									-0,83%	

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

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici verificatisi sempre nel territorio aziendale, hanno avuto un trend discendente nel periodo 2001-2005 con un delta percentuale pari al - 9%, registrando una differenza percentuale 2005-2004 sotto l'1%.

Grafico 20 - Infortuni domestici nel territorio dell'Ausl di Imola



2. Profilo aziendale

*Indicazione generale
del documento
regionale*

Premessa

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

A tale scopo, così come indicato nel documento predisposto dal gruppo di progetto regionale, gli aspetti trattati in questa sezione riguardano:

- sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale;
- impatto sul contesto territoriale;
- Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

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

2.1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

**Risultati economici
d'esercizio**

Le informazioni economiche di seguito evidenziate traggono origine dal bilancio d'esercizio e vengono riproposte sotto forma di indicatori per una più efficace rappresentazione delle dinamiche economiche e finanziarie in atto e del loro impatto patrimoniale.

Seguendo lo schema del documento proposto dal gruppo di progetto regionale, il sistema di indicatori di seguito si articolerà in indicatori di:

- *sostenibilità economica*, al fine di individuare le cause che hanno determinato il risultato d'esercizio;
- *sostenibilità finanziaria*, con la composizione delle entrate e delle uscite e la durata media dei debiti verso i fornitori;
- *sostenibilità patrimoniale* per una chiara rappresentazione degli investimenti e finanziamenti in atto.

Sostenibilità economica

Per la descrizione dell'andamento economico sono stati utilizzati i seguenti indicatori:

- risultato netto d'esercizio,
- incidenza del risultato della gestione caratteristica e non sul risultato netto,
- incidenza del risultato netto d'esercizio sul risultato netto complessivo del sistema regionale,
- risultato della gestione caratteristica sui ricavi disponibili.

L'andamento del risultato netto d'esercizio evidenzia negli anni un aumento del disavanzo tra il 2003 e il 2004 pari a circa + 144% dovuto in gran parte al rinnovo dei contratti del personale dipendente ed all'incremento della spesa farmaceutica convenzionata esterna.

Nell'anno 2005 vi è stato un miglioramento del - 73,83% che ha riportato la perdita ad un importo inferiore rispetto al 2003.

Passando all'analisi del bilancio 2004 si rileva quanto segue:

- L'incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto d'esercizio si riduce per effetto del minor saldo positivo tra proventi e oneri straordinari verificatosi nel 2004.
- L'apporto della gestione aziendale alla performance complessiva del

- Sistema Regionale risulta avere un andamento positivo.
- L'incidenza del risultato della gestione caratteristica sui Ricavi disponibili aumenta nel triennio da - 4,9% del 2002 a - 8,2 del 2004.

Tabella 16 - Andamento risultati d'esercizio

INDICATORE	INFORMAZIONE	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Risultato netto d'esercizio	Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale	- 4.948	- 12.072	- 3.159
Incidenza risultati gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto	Contributo gestione caratteristica nella formazione del risultato netto	- 168,6%	- 105,3%	
	Contributo gestione non caratteristica nella formazione del risultato netto	68,6%	5,3%	

Tabella 17 - Andamento risultati d'esercizio nel triennio 2002 - 2004

INDICATORE	INFORMAZIONE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Risultati netti d'esercizio/risultati complessivi regionali *	Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema	3,24%	2,28%	2,10%
Risultati gestione caratteristica (ROC)/ricavi disponibili *	Trend della performance della gestione caratteristica dell'azienda	- 4,9%	- 5,8%	- 8,2%

* In riferimento all'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento: 2005

Composizione percentuale dei costi aziendali

Composizione percentuale degli aggregati di fattori produttivi aziendali

La struttura dei costi aziendali evidenzia, per i fattori produttivi più rilevanti, una incidenza: per il costo del personale di circa il 49,1%, nell'anno 2002, del 46,7% nel 2003 e del 41,5% nel 2004, rispetto a valori medi regionali del 43,8% nel 2002, del 42,7% nel 2003 e del 42,5% del 2004; per l'acquisto di servizi sanitari di circa il 30% nel biennio 2002-2003 e del 32,5% nel 2004, rispetto a un valore medio regionale del 32%; per consumo di beni sanitari e non sanitari del 10,3% nel 2002, 10,8% nel 2003 e 11,2% nel 2004, rispetto al valore medio regionale di 12,7% nel 2002 e 13,4% nel 2003 e 2004.

Tabella 18 – Composizione percentuale costi d'esercizio annuali, a confronto con media regionale *

Struttura dei costi aziendali/Totale costi	ANNO 2002		ANNO 2003		ANNO 2004	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Consumo beni acquistati	10,3%	12,7%	10,8%	13,4%	11,2%	13,4%
Servizi sanitari	30,6%	32,7%	30,6%	31,8%	32,5%	31,9%
Servizi non sanitari	4,7%	5,4%	4,9%	5,3%	4,9%	5,6%
Beni strumentali	2,2%	2,6%	2,5%	2,8%	2,6%	2,9%
Manutenzioni	1,3%	1,5%	1,5%	1,4%	1,3%	1,5%
Costi amm.vi e generali	1,8%	1,3%	1,8%	1,5%	1,9%	1,5%
Accantonamenti	0,0%	0,1%	1,3%	0,9%	4,1%	0,6%
Costo del lavoro	49,1%	43,8%	46,7%	42,7%	41,5%	42,5%

* In riferimento all'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento: 2005

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

Assorbimento dei principali fattori produttivi delle risorse disponibili

Gli aggregati di fattori produttivi che assorbono maggiormente le risorse disponibili (Ricavi) sono: il costo del personale (51,5% nel 2002 49,4% nel 2003 e 44,9% nel 2004); i servizi sanitari e non (38,4% nel 2002, 39,1% nel 2003 e 41,9% nel 2004); i beni di consumo (10,9% nel 2002, 11,4% nel 2003 e 12,1% nel 2004).

Tabella 19 - Aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili, a confronto con media regionale *

Fattori produttivi/Ricavi disponibili	ANNO 2002		ANNO 2003		ANNO 2004	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Beni di consumo	10,9%	13,2%	11,4%	14,1%	12,1%	14,5%
Beni strumentali	2,3%	2,7%	2,6%	3,0%	2,8%	3,1%
Servizi	38,4%	41,4%	39,1%	40,5%	41,9%	41,9%
Costi amministrativi, generali e accantonamenti	1,9%	1,5%	3,2%	2,6%	6,5%	2,3%
Costo del lavoro	51,5%	45,8%	49,4%	44,9%	44,9%	45,8%

* In riferimento all'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento: 2005

Andamento mobilità passiva e attiva

Capacità di attrazione delle strutture aziendali

La mobilità attiva, così come evidenziato nella tabella di seguito riportata, risulta nel triennio 2002 - 2004 essere sempre superiore a quella passiva. L'incidenza della mobilità attiva sulla passiva diminuisce dall'1,85% del 2002 al 1,18% del 2004.

Tabella 20 - Grado di attrazione: mobilità attiva/mobilità passiva, a confronto con dato regionale *

Mobilità attiva /mobilità passiva	ANNO 2002		ANNO 2003		ANNO 2004	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
	1,85%	1,08%	1,84%	1,10%	1,18%	1,06%

* In riferimento all'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento: 2005

Sostenibilità finanziaria

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

Tabella 21 - Sostenibilità finanziaria: ritardo pagamento fornitori al 31.12

Ritardi medi nei pagamenti	ANNO 2005
Beni economici	360
Prodotti farmaceutici	360
Servizi in appalto	360
Farmaceutica convenzionata	30
Casi di Cura	210
Assistenza termale	300
Cooperative sociali	120
Enti Gestori Case Protette	270
Protesica	360
Attrezzature	360

* Fonte dati: rilevazione mensile di cassa

Tabella 22 – Sostenibilità finanziaria: rendiconto di liquidità 2005

Rendiconto di liquidità	ANNO 2005
Disponibilità liquide iniziali	736.014
Gestione di cassa corrente	2.257.631
Gestione di cassa extracorrente	404.097
Totale impieghi	-10.143.629
Disponibilità liquide finali	-6.745.887

Sostenibilità patrimoniale

Gli indicatori di sostenibilità patrimoniale costruiti sulla base dei dati contenuti nello Stato Patrimoniale, opportunamente riclassificato in chiave finanziaria, evidenziano:

- tempi di realizzo e di rimborso delle operazioni di investimento e/o finanziamento,
- grado di copertura degli investimenti in immobilizzazioni materiali attraverso contributi pubblici,
- grado di rinnovamento e di obsolescenza del patrimonio aziendale.

Tabella 23 – Stato Patrimoniale riclassificato - 2004

ATTIVITA'		PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	55%	75%	Breve
Scorte	1%	1%	Lungo termine
Immobilizzazioni	44%	24%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE ATTIVITA'

Tabella 24 – Grado di rinnovo e obsolescenza del patrimonio aziendale

Indicatore	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali/totale investimenti lordi	5,0%	11,4%	9,4%
Valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi beni durevoli	66,5%	73,7%	72,4%

2.2. Impatto sul contesto territoriale

Indicazione generale del documento regionale

Nello svolgimento delle proprie attività le aziende sanitarie producono un impatto sul territorio di riferimento che travalica quello direttamente connesso con il perseguimento della "mission istituzionale".

A questo riguardo, il documento regionale suggerisce di esplorare alcuni aspetti ritenuti di particolare rilievo ai fini esterni e precisamente:

- l'impatto economico
- l'impatto sociale
- l'impatto culturale.

Impatto economico

L'impatto economico viene espresso utilizzando informazioni volte a delineare il contributo che l'Azienda sanitaria offre all'economia del

territorio in termini occupazionali e di risorse economico-finanziarie erogate. Gli indicatori individuati per tale scopo sono:

- numero totale di dipendenti per ruolo;
- rapporto numero dipendenti con totale occupati nell'ambito territoriale;
- numero Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta e Specialisti in convenzione;
- volume emolumenti erogati per personale dipendente e convenzionato;
- volumi beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione (rispetto a quest'ultimo indicatore l'Azienda non dispone dei dati così suddivisi).

Tabella 25 – Dipendenti suddivisi per ruolo e totale dipendenti residenti nell'ambito territoriale (al 31/12 di ogni anno)

Ruolo	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005*
Sanitario	1.081	1.107	1.157
Professionale	3	4	7
Tecnico	341	343	382
Amminist.vo	209	209	218
TOTALE DIPENDENTI	1.634	1.663	1.761
TOTALE DIPENDENTI RESIDENTI	1.386	1.415	1.493

* I dati del 2005 riguardano sia il personale a tempo determinato che indeterminato

Tabella 26 – Medici medicina generale, Pediatri libera scelta e Medici ambulatoriali (al 31/12 di ogni anno)

Convenzione	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Medici medicina generale	98	98	98
Pediatri libera scelta	18	18	18
Medici ambulatoriali	22	29	27
TOTALE	138	145	143

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

Personale	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Dipendente	36.461	34.840	39.913
Convenzionato	6.540	7.937	8.854
TOTALE	43.001	42.777	48.767

Impatto culturale

L'impatto culturale rappresenta il contributo dell'Azienda allo sviluppo di politiche di valorizzazione del patrimonio storico, artistico, culturale presente sul territorio, sia direttamente che in collaborazione con altri soggetti.

Interventi effettuati sul patrimonio aziendale archivistico

In ambito aziendale, a partire dall'anno 2000, sono stati effettuati numerosi interventi sul patrimonio archivistico dell'Azienda. E' stata svolta un'attività di rilevazione/censimento degli archivi, sia sotto il profilo della consistenza quantitativa e qualitativa del materiale d'archivio, sia sotto il

profilo della situazione dei locali adibiti a deposito, nella consapevolezza che qualsiasi intervento migliorativo (in termini gestionali e/o organizzativi) richiede, in primis, la conoscenza di tali aspetti essenziali del patrimonio archivistico.

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

Il censimento è stato altresì utilizzato dalla Soprintendenza per una dettagliata relazione sulla consistenza quali-quantitativa degli archivi aziendali. Inoltre, in un'ottica finalizzata a garantire una migliore conservazione della documentazione, nonché, una maggiore fruibilità della stessa, sono stati formalizzati, con il consenso della competente Soprintendenza, alcuni depositi all'esterno dell'Azienda di fondi archivistici:

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

Il contributo dell'Azienda Usl di Imola allo sviluppo di politiche di valorizzazione del patrimonio storico, artistico, culturale presente sul territorio è stato compiuto negli anni 2001-2005, soprattutto mediante l'alienazione dei beni che meno si consideravano compatibili con gli obiettivi aziendali e che rappresentavano un patrimonio disponibile alla fruizione da parte della collettività.

Pertanto gli interventi effettuati sono stati:

- Anno 2000: alienazione immobile di Via Appia 31, Via dei Giudei 26-28 a Imola, donato all'Azienda con la successione della sig.ra Zuffi Augusta e venduto alla "Via Appia Immobiliare s.r.l.". La nuova proprietà sta completando la ristrutturazione dello stabile per la realizzazione di appartamenti e uffici.
- Anno 2002: trasferimento della Cappellania di S. Francesco di Via S. Francesco 18 nel Comune di Mordano all'Istituto Diocesano di Imola. Il bene è un piccolo fondo rustico con fabbricato rurale che sarà ristrutturato dalla nuova proprietà.
- Anno 2003: vendita del complesso immobiliare "Osservanza" ex ospedale psichiatrico delimitato da Viale Zappi, Via Boccaccio, Via Tiro a Segno, Via Venturini, ecc. costituito da fabbricati, aree verdi, strade e parcheggi per complessivi 11 ettari circa, venduto al consorzio CON.AMI che provvederà alla realizzazione di aree di interesse

**Interventi effettuati sul
patrimonio immobiliare**

collettivo e residenza.

- Anno 2004: vendita della palazzina degli anni '30 di Via Montecatone 4 denominata "Casa di accoglienza Anna Guglielmi" al Comune di Imola che provvederà al recupero dell'immobile per l'ampliamento della ricettività riservata ai parenti dei ricoverati del complesso ospedaliero di Montecatone; consolidamento delle fondazioni della palazzina monumentale e cappelletta dell'ospedale di Castel San Pietro Terme.
- Anno 2005: sono proseguiti i lavori di consolidamento delle fondazioni della palazzina monumentale e della cappelletta dell'ospedale di Castel San Pietro Terme ed è stato dato inizio ai lavori di ristrutturazione dell'ospedale di Medicina.

Impatto sociale

Si ipotizza che il riconoscimento, da parte della comunità, della funzione sociale svolta dall'Azienda sia rappresentato dal numero e dal relativo valore economico dei lasciti e delle donazioni effettuate dai cittadini e dalle Fondazioni.

Tabella 28 – Lasciti e donazioni ricevuti da cittadini e fondazioni

Lasciti e donazioni	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Numero lasciti e donazioni ricevuti da cittadini	3.517	3.153	2.700
Importo lasciti e donazioni ricevuti da cittadini (in euro)	229.507	391.184	261.210
Numero donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti	245	58	104
Importo donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti (in euro)	685.145	885.290	349.721

2.3. Livelli essenziali di assistenza

Indicazione generale del documento regionale

In questa sezione si vuole cogliere il profilo dell'azienda in relazione alle tre aree di offerta in cui si declina l'assistenza erogata dall'Azienda sanitaria, evidenziando indicatori di processo e di risultato per ognuno dei tre macrolivelli assistenziali:

- Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

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

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

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

Tabella 29 – Finanziamenti e costi pro-capite ponderati, a confronto con quelli regionali

Finanziamenti e costi	ANNO 2003		ANNO 2004	
	IMOLA	R.E.R.	IMOLA	R.E.R.
Finanziamento complessivo	133.589.918	5.059.502.000	155.164.958	5.200.000.000
Popolazione al 1° gennaio	107.826	4.059.416	122.777	4.101.324
Finanziamento pro-capite	1.238,94	1.246,36	1.263,79	1.267,88
Costi	149.970	5.548.909	182.602	5.969.996
Popolazione pesata	107.184	4.059.417	122.436	4.101.324
Costo Pro-capite	1.399,18	1.366,92	1.491,41	1.455,63

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

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

Costo pro-capite ponderato per livelli di assistenza	ANNO 2003		ANNO 2004	
	IMOLA	R.E.R.	IMOLA	R.E.R.
Costo Pro-Capite Assistenza Ospedaliera	576,59	573,22	614,55	607,86
Costo Pro-Capite Assistenza Distrettuale	769,88	747,97	823,19	799,44
Costo Pro-Capite Sanità Pubblica	49,21	45,73	48,97	48,32

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Nell'ambito dell'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, tramite specifici indicatori, si intende evidenziare:

- Adesione ai programmi regionali di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella;
- Copertura vaccinale nei bambini;
- Copertura vaccinale negli anziani;
- Controlli sugli ambienti di lavoro;
- Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari.

Sviluppo programmi regionali di screening

In riferimento ai dati della tabella di seguito riportata, relativa all'adesione ai due screening già consolidati per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella, si evince che in relazione alle medie regionali l'adesione che risulta è di buon livello.

Nel corso del 2005 è stato inoltre attivato lo screening Colon-Retto, le adesioni sono state del 56% ed anche in questo caso, rispetto alla media regionale 43%, il risultato è soddisfacente.

Tabella 31 – Percentuale adesione screening per la prevenzione dei tumori a confronto con la media regionale

Programmi regionali screening	ANNO 2003		ANNO 2004		ANNO 2005	
	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
Screening tumore collo dell'utero	80,5%	72,0%	96,3%	72,5%	98,7%	
Screening tumore della mammella	78,5%	71,7%	77,4%	70,1%	82,6%	

Copertura vaccinale nei bambini

Nell'anno 2005 la copertura vaccinale nei bambini ha interessato oltre il 99% della popolazione target per le vaccinazioni obbligatorie (poliomielite, tetano, difterite, epatite B). Tutte le coperture da vaccini facoltativi hanno superato il valore soglia del 95%: pertosse (98,5%), haemophilus influenzae 98,3%, morbillo-parotite-rosolia 97,7%.

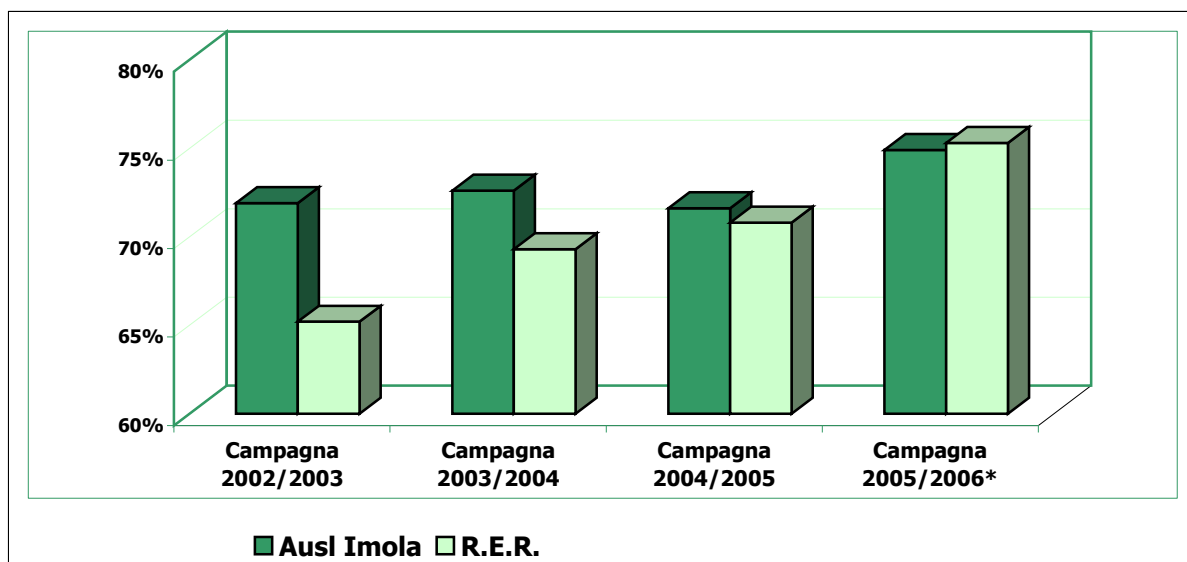
Tabella 32 – Tasso copertura per 100 bambini per vaccinazioni contro alcune malattie (bambini di 2 anni)

Copertura vaccinale nei bambini	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
Meningite da emofilo	95,9%	92,1%	97,4%	97,0%	98,3%	
Poliomelite	99,1%	98,0%	98,9%	97,9%	99,2%	
Morbillo	96,2%	92,5%	97,5%	92,6%	97,7%	
Pertosse	98,5%	96,9%	98,6%	97,3%	98,8%	
Vaccinazioni obbligatorie	98,4%	97,5%	98,7%	97,6%	99,1%	
Rosolia	96,2%	92,1%	97,1%	92,5%	97,7%	

Copertura vaccinale popolazione anziana

La campagna vaccinale antinfluenzale del 2004/2005 ha interessato circa il 72% della popolazione anziana con più di 65 anni; nel 2005/2006 è stato registrato un aumento della copertura vaccinale di tre punti percentuali (il 75% della popolazione anziana), in linea con la media regionale (75,3%). Si conferma la buona adesione dei cittadini con più di 65 anni d'età ad aderire alla campagna vaccinale stagionale contro l'influenza.

Grafico 21 – Tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana con più di 65 anni



*Dato regionale provvisorio (in attesa di pop. Residente E.R.)

Controlli sugli ambienti di lavoro

L'indicatore utilizzato per misurare l'attività di controllo effettuata sulle aziende appartenenti ai singoli comparti (metalmecanico, edilizia, legno, sanità, etc.) che insistono sul territorio è dato dalla incidenza percentuale delle aziende sottoposte a controllo sul totale delle aziende. La percentuale delle Aziende controllate si attesta intorno al 3% e risulta in linea con il valore medio regionale.

Tale indicatore viene letto congiuntamente alla percentuale di aziende,

su quelle controllate, nelle quali è stata rilevata una infrazione. In questo caso il valore regionale è pari all'0,2% (nel 2003-2004): il dato aziendale risulta pertanto in linea con quello regionale.

Tabella 33 – Ambienti di lavoro: percentuali aziende controllate e aziende con infrazioni

Controlli ambienti di lavoro	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
aziende controllate sulle esistenti*100	2,7	3	2,6	2,9		
aziende con infrazioni su numero di aziende controllate*100	0,3	0,2	0,2	0,2		

Controlli sulle aziende alimentari

La percentuale di aziende alimentari controllate si attesta su valori pari al 46% e al 45% rispettivamente nel 2003 e 2004, a fronte di valori medi regionali pari al 42,5% e 39%.

Nel 2005 su 341 aziende alimentari, presenti nell'ambito territoriale dell'Azienda Usl di Imola, sono stati effettuati 91 controlli con un incidenza quindi delle aziende controllate pari al 26,7%. La percentuale, inferiore agli anni precedenti, risente dell'aumento di numero delle aziende e della maggior incidenza di infrazioni rilevate.

L'incidenza percentuale delle aziende alimentari con infrazione, sul totale di quelle sottoposte a controlli, risulta significativamente inferiore alla media regionale, pur evidenziando una tendenza all'aumento (dal 10% nel 2003 al 18,7% nel 2005).

Controlli sulle aziende nell'ambito della ristorazione

L'incidenza percentuale di aziende di ristorazione controllate (nel 2005 pari a 391 su 1011 aziende esistenti) mostra un andamento costante nel periodo di riferimento (2003-2005), che risulta per tutti gli anni superiore al valore regionale (circa 3 punti percentuali). Per le aziende di ristorazione l'incidenza percentuale delle aziende alimentari con infrazioni, sul totale di quelle sottoposte a controlli, risulta significativamente inferiore alla media regionale.

Tabella 34 - Aziende alimentari e di ristorazione: percentuali aziende controllate e con infrazioni

Controlli sulle aziende alimentari e di ristorazione	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
aziende alimentari controllate	46,0%	42,5%	45,2%	38,9%	26,7%	37,5%
aziende alimentari controllate con infrazioni	10,3%	23,9%	13,8%	20,8%	18,7%	26,8%
aziende controllate nell'ambito della ristorazione	44,6%	41,9%	43,7%	40,3%	41,8%	38,3%
aziende controllate nell'ambito della ristorazione con infrazioni	14,3%	24,9%	12,5%	32,5%	21,5%	29,1%

Controlli sugli allevamenti

Nella tabella successiva si evidenzia la percentuale di sopralluoghi sul numero di allevamenti esistenti nell'ambito territoriale della Azienda Usl di Imola. I valori percentuali, sostanzialmente simili negli anni considerati, superano abbondantemente il 100% in quanto in ogni allevamento vengono eseguiti più controlli nel corso dell'anno.

Tabella 35 – Controlli allevamenti: percentuali sopralluoghi per allevamento

Controlli sugli allevamenti	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
sopralluoghi per allevamento	354,9%	457,1%	349,6%	510,9%	344,3%	

Assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale si articola in:

- Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (anziani, handicap, psichiatria e dipendenze patologiche);
- Cure palliative con specifico riferimento all'Assistenza domiciliare e all'Hospice;
- Consultori familiari;
- Assistenza Farmaceutica;
- Specialistica Ambulatoriale.

Assistenza Residenziale e Semiresidenziale

La tabella successiva evidenzia la disponibilità di posti letto in strutture Residenziali e Semiresidenziali, per anziani, disabili e per la psichiatria, a partire dal 2003.

Tabella 36 – Assistenza residenziale e semiresidenziale: numero posti letto

Assistenza residenziale	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Posti letto (anziani)	431	493	496
Posti letto (disabili)	17	17	17
Posti letto (psichiatria)	131	104	91
Assistenza semi-residenziale	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Posti letto (anziani)	36	48	48
Posti letto (disabili)	58	58	45
Posti letto (psichiatria)	10	8	8

Il numero di posti letto disponibili, ogni mille abitanti, in strutture Residenziali e Semiresidenziali (al 31 dicembre dell'anno di riferimento) risulta essere:

- per gli anziani (75 anni e oltre) superiore ai valori medi regionali in riferimento all'assistenza Residenziale. Per la Semiresidenziale i valori aziendali aumentano, nel periodo di riferimento, ma risultano inferiori ai quelli medi regionali;
- per i disabili risulta essere inferiore ai valori medi regionali per l'assistenza Residenziale e Semiresidenziale;
- per la psichiatria, dal 2003 al 2005, si registra una diminuzione a livello aziendale di posti letto disponibili (ogni mille abitanti) in strutture Residenziali e Semiresidenziali; manca al momento il dato regionale perché non ancora disponibile.

Tabella 37 – Assistenza residenziale e semiresidenziale: numero posti letto per 1.000 abitanti, a confronto con media R.E.R.

Assistenza residenziale	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
Posti letto per 1000 abitanti (anziani)	31,70	31,60	31,86	25,28	34,93	
Posti letto per 1000 abitanti (disabili)	0,14	0,30	0,14	0,34		
Posti letto per 1000 abitanti (psichiatria) *	9,64		7,50		6,41	
Assistenza semi-residenziale	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
Posti letto per 1000 abitanti (anziani)	2,60	5,20	3,16	4,92		
Posti letto per 1000 abitanti (disabili)	0,47	0,69	0,47	0,67		
Posti letto per 1000 abitanti (psichiatria) *	0,74		0,58		0,56	

* Manca il dato regionale perché non inserito dalla Regione. Gruppo di lavoro Bilancio di Missione ha riferito che presto sarà completata.

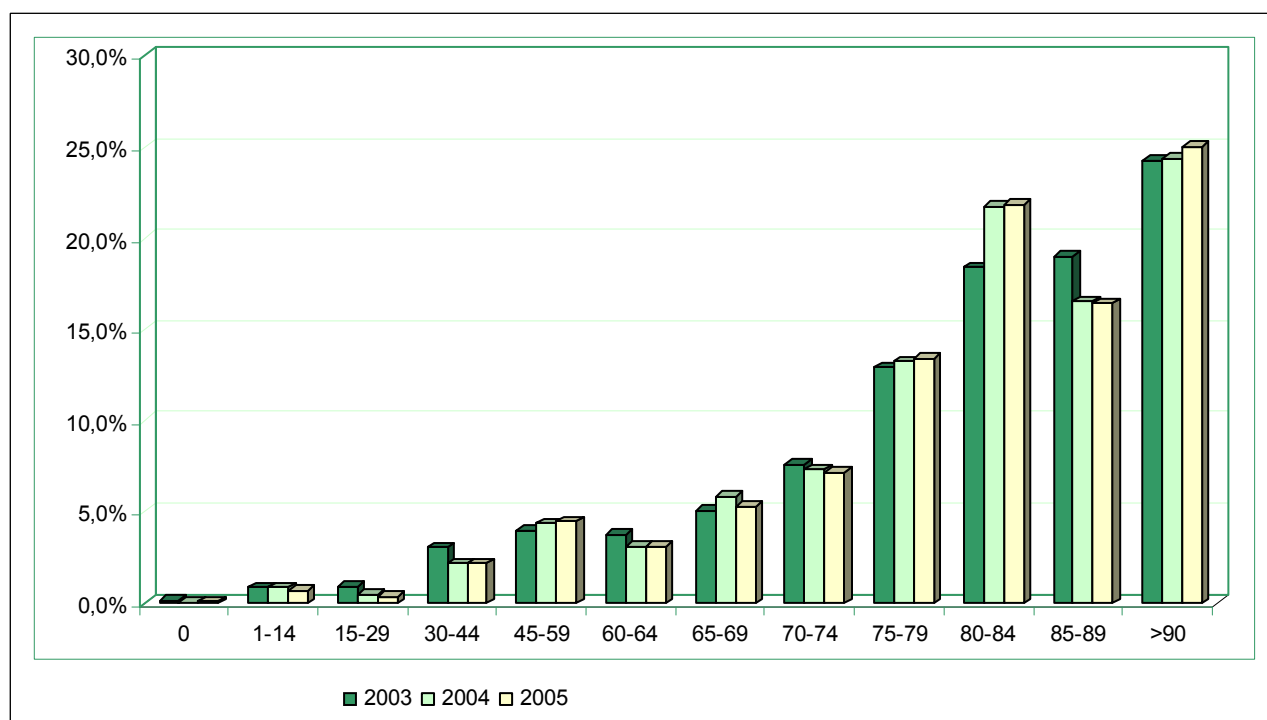
Distribuzione per età dei pazienti assistiti a domicilio

La tabella con il grafico evidenzia la composizione percentuale per fascia di età degli assistiti a domicilio in riferimento agli anni 2003/04/05. Da questo grafico si evince che la fascia over 90 è quella che ha maggiori necessità di copertura assistenziale territoriale, ma si conferma il dato relativo alla fascia 0/1 anno e 1/14 che è indice della capacità di presa in carico dell'utente, al proprio domicilio, in tutte le fasi della sua vita.

Tabella 38 - Assistiti a domicilio: composizione percentuale per fascia di età

ANNO	0		1-14		15-29		30-44		45-59		60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		≥ 90		TOTALE
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
2003	3	0,2%	15	0,8%	16	0,9%	54	3,0%	71	4,0%	67	3,8%	90	5,1%	135	7,6%	229	12,9%	327	18,4%	337	19,0%	431	24,3%	1.775
2004	1	0,0%	17	0,8%	9	0,4%	44	2,2%	88	4,3%	63	3,1%	118	5,8%	148	7,3%	268	13,2%	440	21,7%	335	16,5%	494	24,4%	2.025
2005	2	0,1%	14	0,7%	8	0,4%	46	2,2%	94	4,5%	65	3,1%	111	5,3%	151	7,2%	283	13,4%	460	21,8%	346	16,4%	527	25,0%	2.107

Grafico 22 - Assistiti a domicilio: composizione percentuale per fascia di età



Assistenza domiciliare per livello di intensità assistenziale

Nell'anno 2005 le prestazioni erogate dall'Assistenza domiciliare (TAD) sono così distribuite: per il 45,4% si collocano nel livello di intensità assistenziale basso, per il 16,9% ed il 23,1% rispettivamente nei livelli medi e alti. In valori assoluti, risulta inoltre un aumento di 555 TAD dal 2003 al 2005. Il rapporto tra i diversi livelli di intensità evidenzia un marcato aumento del numero di TAD ad alta intensità.

Tabella 39 - Assistenza domiciliare: composizione percentuale per intensità assistenziale

Assistenza domiciliare (TAD) per intensità assistenziale	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005*	MEDIA R.E.R.
BASSA	52,1%	42,7%	61,5%	44,9%	45,4%	
MEDIA	22,3%	14,7%	19,9%	15,3%	16,9%	
ALTA	18,9%	12,1%	18,3%	11,1%	23,1%	
NON DEFINITA	6,7%	30,5%	0,3%	28,7%	0,8%	

* Dati provvisori non ancora validati dall'Assessorato alla Sanità

Assistenza domiciliare per tipologia di assistenza

Nell'ambito delle tipologie di assistenza erogate a domicilio si evidenzia, dal 2003 al 2005, la composizione percentuale, messa a confronto con il dato regionale relativamente all'assistenza medica (accessi dei Medici di Medicina Generale) ed infermieristica.

Tabella 40 - Assistenza domiciliare: composizione percentuale per tipologia di assistenza

Assistenza domiciliare (TAD) per tipologia di assistenza	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005*	MEDIA R.E.R.
MEDICINA GENERALE	69,7%	59,4%	64,6%	59,9%	55,4%	
INFERMIERISTICA	30,3%	37,6%	35,4%	35,9%	30,8%	
SPECIALISTICA	0,0%	2,0%	0,0%	1,0%	0,0%	
SOCIALE	0,0%	1,0%	0,0%	3,2%	13,8%	

* Dati provvisori non ancora validati dall'Assessorato alla Sanità

Attività svolta presso i Consultori Familiari

Gli indicatori utilizzati per rappresentare la tipologia e la quantità di attività svolta nell'ambito dei Consultori Familiari sono:

- percentuale di donne gravide prese in carico sul totale dei "nati vivi" nell'anno di riferimento;
- percentuale utenti sulla popolazione target del settore attività Ostetricia-ginecologia e Psicologia.

Informazioni relative alla tipologia di prestazioni erogate sono evidenziate nella tabella sulla distribuzione percentuale delle tipologie di prestazioni erogate nei Consultori Familiari. I dati riferiti al 2003 non comprendono il Comune di Medicina, poiché i dati erano aggregati a livello Distretto Bo-Nord.

Tabella 41 – Consulteri familiari: indicatori di attività

Consulteri familiari	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
% donne in gravidanza seguite dai consulteri familiari su totale "nati vivi"	26,3%	34,7%	29,4%	35,0%	21,5%	
% utenti seguiti dai consulteri familiari su popolazione target - Ostetricia e Ginecologia	4,8%	15,1%	4,5%	14,6%	6,5%	
% utenti seguiti dai consulteri familiari su popolazione target - Psicologia	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%	0,7%	

* Nel 2003 non è stato possibile assegnare il Comune di Medicina all'AUSL di Imola poiché i dati erano aggregati a livello Distretto Bo-Nord

* Nel 2005, diversamente dagli anni precedenti, il dato percentuale (21,5%) relativo alle donne gravide seguite dai consulteri è riferito solo ai nuovi casi presi in carico nel corso dell'anno (primie visite)

Tabella 42 - Consulteri familiari: distribuzione percentuale tipologie prestazioni erogate

Attività consulteri familiari	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
Contracezione	6,7%	7,3%	5,7%	6,6%	6,0%	
Gravidanza	15,1%	17,2%	15,2%	17,6%	16,1%	
I.V.G.	1,6%	1,9%	1,4%	1,9%	1,3%	
Menopausa	1,6%	4,6%	1,9%	4,0%	3,2%	
Prevenzione tumori femminili	7,1%	38,3%	5,5%	34,5%	2,9%	
Psicologia	13,6%	6,6%	15,2%	12,1%	9,6%	
Puerperio	12,7%	2,2%	21,7%	3,4%	6,0%	
Specialistica ginecologica	41,7%	21,8%	33,4%	20,0%	19,7%	

* Nel 2003 non è stato possibile assegnare il Comune di Medicina all'AUSL di Imola poiché i dati erano aggregati a livello Distretto Bo-Nord

Salute Mentale

Nell'ambito del Servizio di Salute Mentale le persone trattate ogni 10.000 abitanti presentano un significativo aumento nell'anno 2005.

Il tasso di ospedalizzazione ha un trend in diminuzione che va da 24 del 2003 a 19 del 2005.

La percentuale dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.) sul numero dei ricoveri è pari al 9,2% nel 2003, mentre nel 2005 si attestava al 14%, registrando un aumento significativo.

Tabella 43 - Salute mentale: indicatori di attività

Indicatori di attività	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
dimissioni	294	6922	255	7073	306	
n.ro T.S.O.	32	954	0	950	43	
persone trattate su 10.000 abitanti	216,1	181,1	189,3	193,9	236	
Indicatori di attività	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
tasso di ospedalizzazione su 10.000 abitanti	24,1	17,1	20,8	17,2	19	
T.S.O. su totale ricoveri	9,20%	13,10%	0,00%	12,20%	14,00%	

Tossicodipendenza

La tabella che segue riporta gli indicatori di attività del Sert, evidenziando gli utenti in carico.

Tabella 44 - Sert: indicatori di attività (popolazione 15 -54 anni al 1/01 di ogni anno)

Attività sert	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
n.ro nuovi utenti in carico ai sert	111	2072	108	2388	95	
tasso di incidenza per 1.000 abitanti	1,73	0,97	1,68	1,01	1,47	
utenza tossicodipendente in carico ai sert	385	10774	366	11434	395	
tasso di prevalenza per 1.000 abitanti	6,00	5,02	5,70	5,20	6,10	

Assistenza farmaceutica La prescrizione farmaceutica complessiva registra una minore spesa pro capite rispetto alla media regionale, a fronte di un numero di trattamenti giornalieri sovrapponibile. Un indice positivo di adesione alle linee guida sugli antiipertensivi è rappresentato dallo scostamento più marcato, sia in DDD che in spesa, dei Diuretici, insieme ai valori di prescrizione dei Betabloccanti.

Quali significativi indicatori di prescrizione appropriata, si registrano la minor spesa ed il minor numero di trattamenti per ACE-inibitori e Sartani, oltre ai consumi inferiori alla media di Antibiotici, Ipolipemizzanti e Antiulcera.

Grafico 23 – Prescrizione farmaceutica 2005 a confronto con media R.E.R.

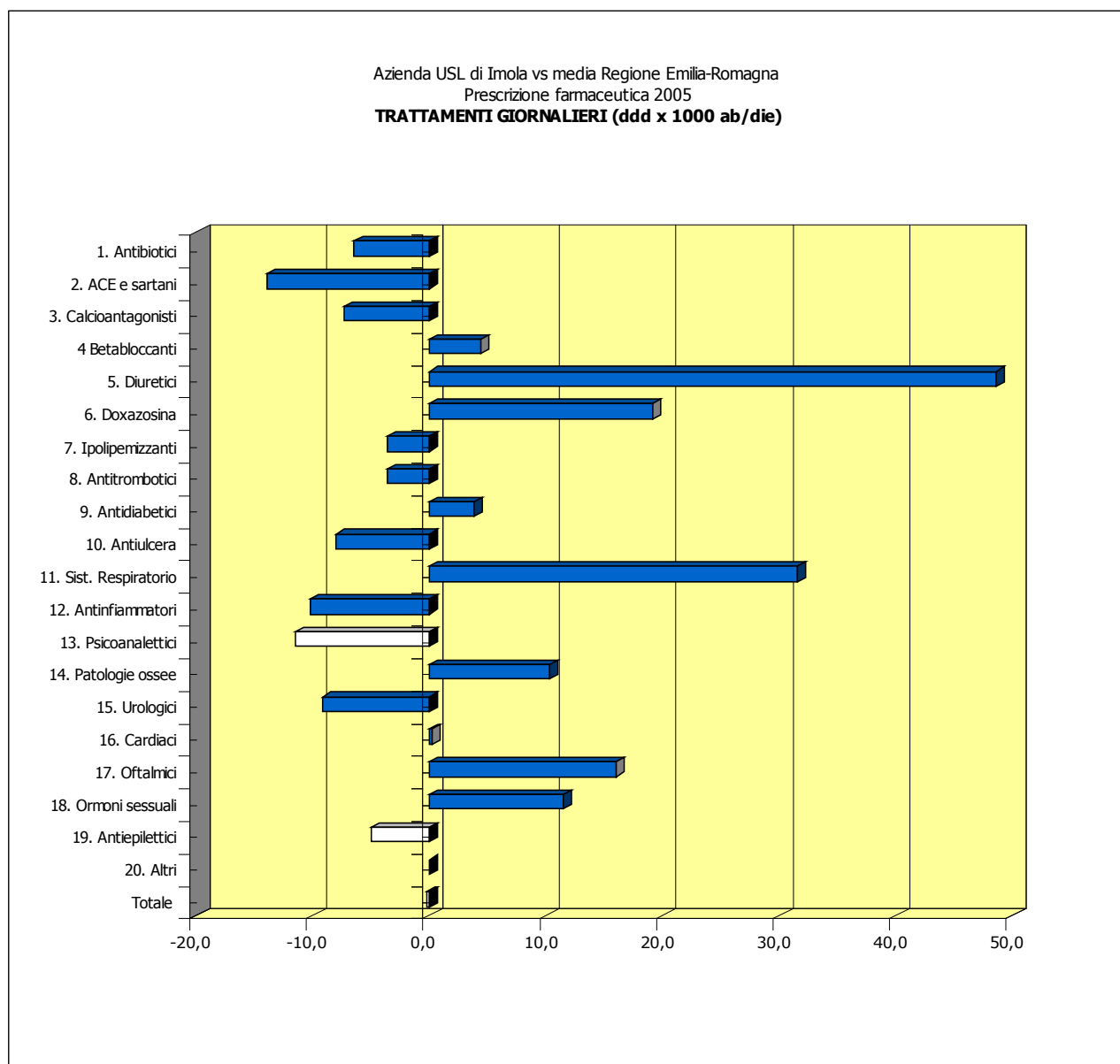
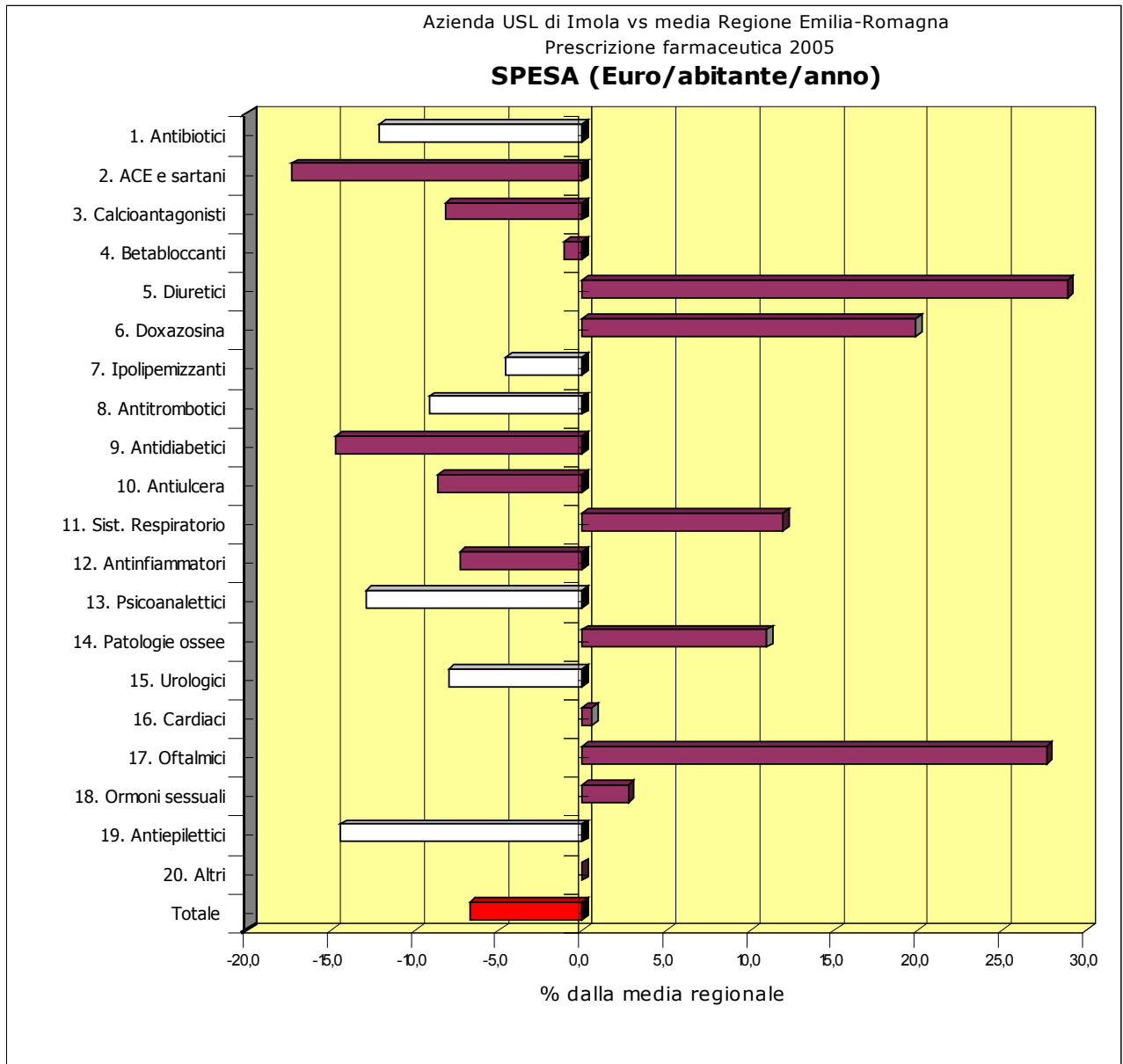


Grafico 24 – Prescrizione farmaceutica 2005 a confronto con media R.E.R.



Assistenza Specialistica Il consumo di prestazioni ambulatoriali, da parte dei cittadini residenti nell'Azienda USL di Imola, durante il triennio esaminato, risulta essere in tutti i raggruppamenti sostanzialmente più basso rispetto ai consumi regionali tranne per le prestazioni terapeutiche.

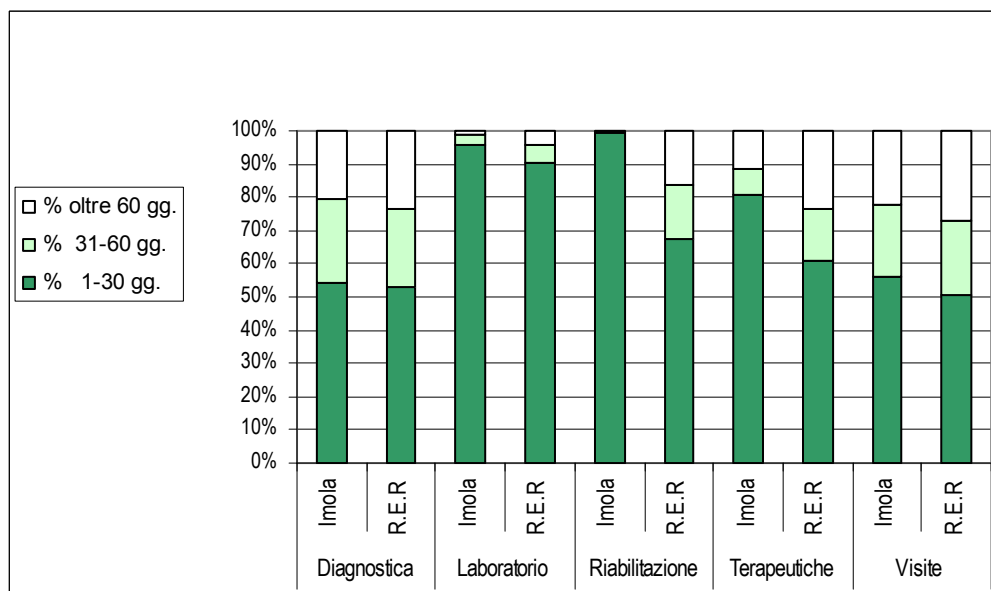
Tabella 45 - Assistenza specialistica ambulatoriale: indice di consumo standardizzato per raggruppamenti

Assistenza specialistica ambulatoriale	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
diagnostica	1.125	1.181	1.205	1.256	1.183	1.243
laboratorio	7.970	9.848	8.832	10.613	9.108	10.260
riabilitative	136	526	222	516	179	475
terapeutiche	525	411	369	435	519	424
visite ambulatoriali	1.219	1.254	1.153	1.323	1.230	1.326

Tabella 46 - Distribuzione percentuale dei tempi d'attesa osservati per visite e diagnostica

TIPOLOGIA PRESTAZIONI	ANNO 2004						ANNO 2005					
	% 1-30 gg.		% 31-60 gg.		% oltre 60 gg.		% 1-30 gg.		% 31-60 gg.		% oltre 60 gg.	
	Imola	R.E.R.	Imola	R.E.R.	Imola	R.E.R.	Imola	R.E.R.	Imola	R.E.R.	Imola	R.E.R.
Diagnostica	55%	51%	25%	26%	20%	23%	54,3%	53,2%	25,0%	23,3%	20,7%	23,5%
Laboratorio	97%	92%	2%	5%	1%	3%	95,8%	90,2%	3,0%	5,7%	1,2%	4,1%
Riabilitazione	99%	71%	1%	17%	0%	12%	99,6%	67,2%	0,2%	16,5%	0,2%	16,3%
Prestazioni Terapeutiche	81%	52%	7%	20%	12%	28%	80,5%	60,6%	7,9%	15,7%	11,6%	23,7%
Visite	55%	48%	23%	24%	22%	28%	56,2%	50,8%	21,4%	22,1%	22,4%	27,1%

Grafico 25 - Percentuale prestazioni per tempo d'attesa



Numero posti letto

Assistenza ospedaliera

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

Chirurgica (Chirurgia di giorno).

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

Tabella 47 - Assistenza ospedaliera: numero posti letto

Posti letto	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
acuti ordinari	286	286	309
acuti D.H.	64	59	55
riabilitazione *	158	158	158
lungodegenza	55	67	55
Totale	563	570	577

* Compresi n.8 Posti letto di D.H.

Numero posti letto ogni
1000 abitanti

La dotazione di posti letto dell'AUSL di Imola ha registrato negli ultimi anni nell'area per acuti un progressivo assestamento, dovuto anche all'ingresso del Comune di Medicina nel comprensorio aziendale, che ha condotto ad una ridefinizione del numero di posti letto. Tale adeguamento si è reso necessario anche per riavvicinarsi agli standard nazionali richiesti (4 posti letto per acuti ogni 1000 abitanti). Sostanzialmente stabile è la dotazione di posti letto di lungodegenza, in particolare rispetto agli anni precedenti (con l'esclusione del 2004 che ha registrato un incremento temporaneo del numero di posti letto). Il confronto della dotazione aziendale con la media regionale deve tenere conto del fatto che nel valore regionale sono inclusi i posti letto degli ospedali privati, mentre nell'AUSL di Imola questi non sono presenti.

Tabella 48 - Assistenza ospedaliera: posti letto/1.000 abitanti

Posti letto/1.000 abitanti	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.**
acuti ordinari	2,35	3,49	2,31	3,03	2,47	2,97
acuti D.H.	0,53	0,47	0,48	0,43	0,44	0,40
Totale	2,88	3,96	2,78	3,45	2,91	3,38
riabilitazione *	1,30	0,32	1,27	0,13	1,26	0,16
lungodegenza	0,45	0,55	0,54	0,34	0,44	0,33
Totale	1,75	0,87	1,81	0,46	1,70	0,49

* Per il livello locale Montecatone R.Inst. sono compresi Posti letto di D.H.

** Pop. E.R. stimata al 31/12/2005

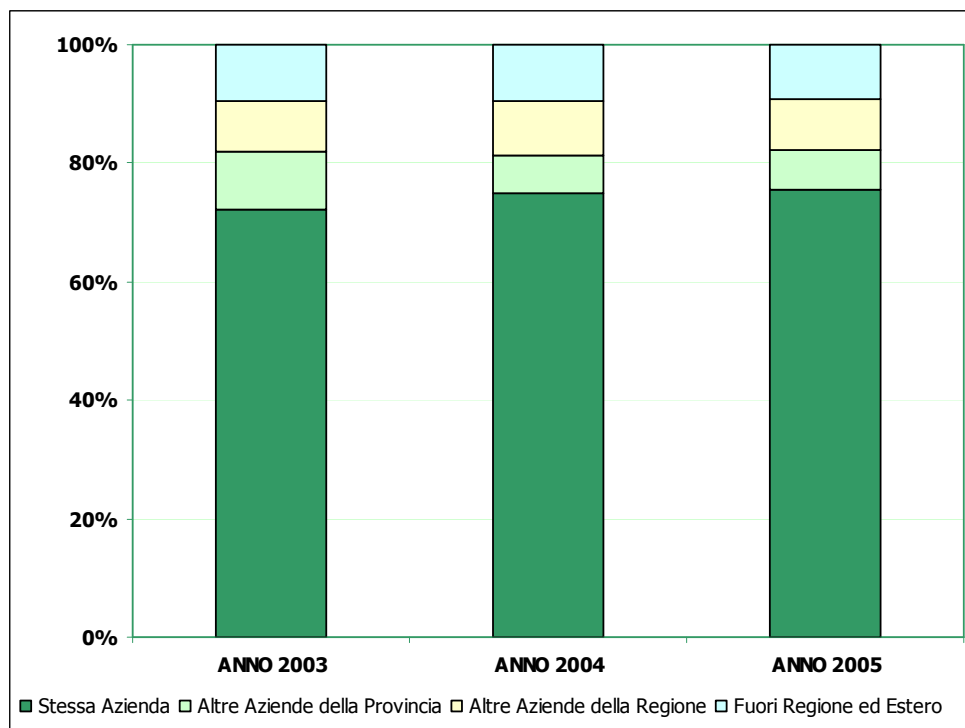
Indice attrazione da
altre regioni e da altre
aziende della regione

Dall'analisi della tabella sottostante, si evince come l'AUSL di Imola si sia impegnata negli ultimi anni a rafforzare la propria autosufficienza territoriale, incrementando progressivamente il numero dei dimessi residenti nel Comprensorio Imolese. Tale dato è particolarmente evidente se comparato agli stessi valori medi regionali. Parimenti si è assistito ad una progressiva diminuzione dell'indice di attrazione in particolare dalla provincia bolognese, mentre i restanti flussi di mobilità attiva extraprovinciale ed extraregionale sono rimasti tendenzialmente stabili.

Tabella 49 - Indice attrazione struttura ospedaliera imolese (dimessi dalla struttura Ausl di Imola per provenienza/tot dimessi)

Provenienza dimessi residenti	ANNO 2003	MEDIA R.E.R.	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
Stessa Azienda	72,05	48,06	74,80	52,11	75,64	52,07
Altre Aziende della Provincia	10,03	32,99	6,63	25,66	6,52	25,16
Altre Aziende della Regione	8,30	7,99	8,98	8,99	8,72	8,98
Fuori Regione ed Estero	9,62	10,96	9,59	13,24	9,12	13,79

Grafico 26 - Indice di attrazione da altre regioni e da altre aziende della regione



Tempi di attesa

L'AUSL durante l'ultimo anno si è particolarmente impegnata nel rispettare le indicazioni regionali in termini di tempi di attesa per ricoveri programmati, come si evince dall'incremento percentuale dei ricoveri eseguiti nella fascia con 0 giorni di attesa.

Tabella 50 - Distribuzione percentuale tempi di attesa per ricoveri programmati (accordo Stato-Regioni 2004-2005)

INTERVENTO	ANNO 2004					ANNO 2005				
	0 gg.	1-30 gg.	31-90 gg.	91-180 gg.	oltre180 gg.	0 gg.	1-30 gg.	31-90 gg.	91-180 gg.	oltre180 gg.
Cataratta	10,4%	31,3%	29,2%	25,0%	4,1%	22,2%	27,8%	22,2%	16,7%	11,1%
Chemioterapia	0,9%	96,1%	2,6%	0,4%	0,0%	4,8%	92,1%	3,1%	0,0%	0,0%
Coronarografia	13,6%	37,3%	44,4%	4,7%	0,0%	12,7%	46,8%	39,9%	0,6%	0,0%
Neoplasia colon-retto	2,2%	87,1%	9,7%	1,0%	0,0%	10,8%	84,6%	4,6%	0,0%	0,0%
Neoplasia mammella	0,7%	83,0%	11,6%	2,7%	2,0%	1,3%	78,5%	14,1%	2,0%	4,1%
Protesi d'anca	0,5%	14,8%	51,4%	12,4%	20,9%	1,1%	11,3%	28,5%	23,1%	36,0%

Donatori su popolazione totale e unità di sangue raccolte	<p><u>Donazione di sangue</u></p> <p>Nel nostro territorio, nel 2005, sono stati 6.254 i donatori attivi di sangue e plasma su una popolazione totale di circa 120.000 abitanti. Una percentuale che tocca circa il 5,2%, contro una media nazionale di circa il 2% e di circa il 3,5% in Emilia Romagna. Inoltre sono state 13.017 le unità di sangue raccolte: 11.657 di sangue intero e 591 di plasma, che rapportate alla popolazione residente sono pari al 10,8% (media nazionale circa 3,5% e media regionale circa il 6,5%).</p>
Incremento del numero di donazioni	<p>I dati riferiti al 2005 sulla raccolta, collocano il Servizio Trasfusionale dell'Azienda Usl di Imola al primo posto a livello nazionale.</p> <p>L'incremento del numero di donazioni rispetto al 2004 è stato del 6,2%, circa 760 donazioni in più, confermando il trend di crescita che ha caratterizzato il nostro territorio dal 97 ad oggi (con l'unica eccezione del 2001), con una crescita del 30% circa in 7 anni.</p>
Consumi di sangue	<p>Sempre nel 2005 il Settore Ambulatorio di Medicina Trasfusionale ha raccolto circa 480 donazioni autologhe (autodonazioni che vengono proposte da reparti chirurgici a pazienti in previsione di interventi chirurgici per cui si presume la necessità di trasfusioni) ed ha effettuato circa 2.000 prestazioni ambulatoriali per i cittadini del territorio, inoltre sono stati eseguiti oltre 30.000 esami (gruppi sanguigni, ricerca anticorpi, ecc.) per pazienti interni ed esterni.</p> <p>Il "consumo" di sangue all'interno dell'Azienda Usl di Imola ammonta a circa 6.250 unità, distribuite prevalentemente all'interno dell'ospedale di Imola S. Maria della Scaletta, all'ospedale di Castel San Pietro Terme ed al Montecatone Rehabilitation Institute.</p> <p>A differenza del 2004, che aveva segnato un decremento del consumo di sangue ed emocomponenti (plasma e piastrine) di circa il 2% rispetto al 2003 - in contro tendenza rispetto ai dati rilevati in regione e fuori regione (+ 2% in media) - nel 2005 è stato registrato un incremento di circa il 3% nei consumi.</p>
L'AVIS e il territorio	<p>Il Centro Raccolta dell'Ausl di Imola raccoglie circa il 21% del sangue della Provincia di Bologna ed oltre il 200% del proprio fabbisogno, contribuendo tangibilmente all'autosufficienza Provinciale e Regionale.</p> <p>Questi dati sono il risultato di una sensibilizzazione non solo frutto del nostro tempo, ma della storia che l'AVIS ha nel territorio. Fattore importante è il coinvolgimento di ogni famiglia nel trasmettere i valori della solidarietà e della donazione radicati nel tessuto sociale. L'AVIS continuerà nel suo impegno di promozione e sensibilizzazione delle nuove generazioni.</p>

Tabella 51 - Piano sangue: attività raccolta e consumi

Attività di raccolta sangue	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
Programma speciale sangue provinciale - BOLOGNA (comprende S. Orsola, Imola, Rizzoli)	58.704	58.822	60.088	243.265	61.329	247.442
Ausl Imola	11.676	11.974	12.254		13.017	
Consumi unità "Rosse"	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004	MEDIA R.E.R.	ANNO 2005	MEDIA R.E.R.
Programma speciale sangue provinciale - BOLOGNA (comprende S. Orsola, Imola, Rizzoli)	68.606	69.681	71.608	229.544	73.004	231.987
Ausl Imola	5.687	5.693	5.572		5.729	

* Dato regionale complessivo riferito a tutte le province della regione

Qualità dell'assistenza

Gli indicatori di processo e di risultato della qualità dell'assistenza mettono in evidenza quanto segue:

- l'indicatore sul basso peso alla nascita che evidenzia il grado di assistenza prenatale sul territorio non rileva valori critici;
- i ricoveri per polmoniti ed influenza negli anziani dimostrano un progressivo miglioramento della copertura vaccinale effettuata sulla popolazione a rischio;
- l'indicatore sul diabete con complicanze a breve termine (chetoacidosi, coma) mostra un tendenziale miglioramento per effetto del controllo dei pazienti affetti da tale patologia;
- l'indicatore sul diabete con complicazioni a lungo termine (renale, occhio, apparato circolatorio o altrimenti non specificata) presenta valori incrementali negli anni dovuti in parte alla concomitante presenza di comorbidità nella popolazione anziana;
- la percentuale di tagli cesarei negli anni mostra un valore stabile intorno al 30%, a fronte di un progressivo aumento del numero di parti effettuati a livello aziendale;
- il tasso di ospedalizzazione evitabile mostra un andamento inverso nei due indicatori, nel primo caso vi è un incremento del numero di ricoveri evitabile da imputare in parte alla popolazione immigrata che non conosce i percorsi assistenziali territoriali, come invece testimonia l'indicatore di ospedalizzazione per i soli residenti che negli anni si è mantenuto su valori costanti;
- la mortalità intraospedaliera a seguito di interventi chirurgici a basso rischio per infarto miocardico acuto evidenzia un progressivo decremento a testimonianza della maggiore tempestiva ed appropriatezza delle cure.

Tabella 52 – Qualità dell'assistenza: indicatori di processo e di risultato

Basso peso alla nascita	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Nati con peso inferiore a 2.500 grammi	0	0	0
Nati vivi	1.039	1.098	1.116
Nati con peso < = 2.500/pop residente	0,0	0,0	0,0
Ricoveri polmoniti e influenza anziani	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Dimissioni pazienti di età > = 65 anni	13	8	17
Popolazione residente di età > = 65 anni	27.643	28.211	28.584
% Dimissioni pazienti di età > = 65 anni/pop residente di età > = 65 anni	0,05%	0,03%	0,06%
Diabete, complicazioni a breve termine	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Dimissioni pazienti con età > = 18 anni	32	37	42
Popolazione residente	108.472	124.060	125.012
% Dimissioni pazienti con età > = 18 anni /pop residente	0,03%	0,03%	0,03%
Diabete, complicazioni a lungo termine	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Dimissioni pazienti con età > = 18 anni	71	88	97
Popolazione residente	108.472	124.060	125.012
% Dimissioni pazienti con età > = 18 anni /pop residente	0,07%	0,07%	0,08%
Parti con taglio cesareo	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Parti con taglio cesareo (DRG 370 - 371)	343	337	327
Dimissioni con DRG di parto (370 - 375)	1.030	1.073	1.115
% Parti con taglio cesareo/dimissioni con DRG di parto (370 - 375)	33,3%	31,4%	29,3%
Tasso di ospedalizzazione evitabile	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Dimessi per "ricoveri evitabili"	2.024	1.821	1.677
Totale dimessi	19.251	18.655	18.289
% Dimessi per "ricoveri evitabili"/totale dimessi	10,5%	9,8%	9,2%
Dimessi per "ricoveri evitabili"	1.731	1.623	1.465
Popolazione residente	108.472	124.060	125.012
% Dimessi per "ricoveri evitabili"/pop residente	1,6%	1,3%	1,2%
Mortalità intraospedaliera a seguito di interventi chirurgici a basso rischio	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Dimessi (ordinari) e deceduti per anno	841	795	725
Dimessi (ordinari) > = 18 anni con le diagnosi e gli interventi segnalati	1.272	1.264	1.016
% Deceduti/dimessi	66,1%	62,9%	71,4%

3. Gli obiettivi istituzionali e le strategie aziendali

Premessa

La rendicontazione sugli obiettivi conseguiti nella stagione 2005 non può prescindere, nella realtà imolese, da un riferimento al percorso della negoziazione del budget. È questo, da anni, nell'Azienda USL di Imola, il momento della vita aziendale nel quale, principalmente, si realizza una attribuzione di obiettivi. È in questa occasione che si concretizza la traduzione delle indicazioni strategiche di più ampio respiro, dei momenti di pianificazione di lungo periodo e delle assegnazioni di compiti provenienti dal livello regionale in una elencazione di finalità che, secondo una rigorosa declinazione nell'albero organizzativo, vede diffusamente coinvolte tutte le macro-strutture aziendali.

È in questa occasione, del resto, che si realizza una straordinaria ed unica occasione di confronto tra tutte le diverse responsabilità impegnate, a vari livelli, nella gestione della organizzazione aziendale. Ed è in questa circostanza che trovano sintesi le scelte strategiche aziendali, le finalità da conseguire, le risorse di ogni segno messe a disposizione, in una dinamica di ampia condivisione, che rappresenta una risorsa ulteriore di portata strategica.

Se a questa descrizione si aggiunge quella relativa ai frequenti incontri di monitoraggio intermedio, nel corso dei quali la Direzione strategica si confronta con i Responsabili di struttura, analizzando i dati di quanto va manifestandosi e confrontandosi sulle interpretazioni degli eventuali scostamenti dai risultati attesi, ben si comprendono la centralità del percorso negoziale ed il motivo per cui questo capitolo è, principalmente, una rendicontazione dei risultati di budget.

Il composito materiale che andremo ad esaminare rappresenta, pertanto, l'esito di un percorso che lega diversi bisogni e diversi "interessi", oltre che derivare da "fonti" a diversa cogenza. Oltre alle necessità strategiche specifiche dell'Azienda, nella sua macro-dimensione, legate alla sua collocazione nel mercato ed al significativo mantenimento dell'autosufficienza, oltre alle necessità delle singole aree aziendali, tradotte in obiettivi di respiro più limitato, ma non di minore importanza, la negoziazione 2005 ha contemplato il proseguimento nella concretizzazione del Piano Attuativo Locale. In questa sommatoria, comunque fisiologica, ove l'uno impegno si integra naturalmente con i restanti, giungono, ultimi solo in un ordine cronologico, i compiti affidati alle Aziende dalla Regione Emilia Romagna.

La stessa ricca individuazione di finalità, come si è detto eterogenea solo in apparenza, trova, comunque, almeno due momenti di coerenza e continuità: il primo, già citato, è quello che unisce tutti gli obiettivi 2005 nel compito primo di salvaguardare l'Azienda nella sua autonomia, attraverso il governo della domanda e dell'offerta, il progressivo miglioramento della appropriatezza e della qualità, il recupero del suo disavanzo; il secondo momento di continuità è con le macro-categorie previste dalla stessa Regione, per la compilazione del Bilancio di Missione (partecipazione degli Enti Locali alla

programmazione sanitaria, universalità ed equità di accesso, centralità del cittadino, qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale), ovvero livelli di astrazione capaci di contenere, naturalmente, la gran parte dei capitoli dell'agire di una realtà aziendale sanitaria.

In questo senso le categorizzazioni richieste dalla Regione appaiono ben altro che rigidi schematismi, quanto piuttosto lo strumento, comune nell'ambito regionale, per raccontare in modo essenziale, ma anche confrontabile, i propri risultati pienamente e parzialmente conseguiti.

Prima di procedere alla lettura dei paragrafi che seguono, è necessaria una "istruzione per l'uso" essenziale: proprio perché questa rendicontazione è stata costruita su un percorso di negoziazione, talvolta il confronto tra risultati osservati e risultati attesi evidenzierà uno scostamento. Va, infatti, considerato l'aspetto sfidante di determinati obiettivi, tesi a mettere in moto il meglio delle strutture aziendali ed a ottenere risposte spesso molto ambiziose, ben oltre la semplice continuità. A ciò va aggiunto che, per molte delle dimensioni osservate, la conclusione parziale trova giustificazione in situazioni contingenti manifestatesi nel corso dell'esercizio, soprattutto sul piano delle risorse a disposizione.

3.1. Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria

Il governo dei determinanti della salute: i Piani Per la Salute

Piani Per la Salute

Nel corso del 2005 è proseguito quel tavolo di continuo confronto tra le diverse realtà, pubbliche e private, cointeressate, in varia misura, alla gestione dei diversi "determinanti" della salute, che è rappresentato nei Piani Per la Salute. Movendo da quanto precedentemente definito, ovvero le priorità dei determinanti medesimi, che aveva condotto ad indicare nell'inquinamento, negli infortuni stradali e nelle tossicodipendenze le criticità di maggior rilievo per l'ambito territoriale aziendale, si è costruito un percorso sia sul piano delle rilevazioni di carattere epidemiologico, utile supporto per la lettura dell'evolversi delle stesse criticità, che su quello delle proposizioni progettuali, finalizzate ad interventi correttivi delle medesime.

Gli obiettivi 2005 prevedevano, infatti, che su ogni criticità si condividesse un pacchetto di indicatori utili a monitorare l'andamento del fenomeno, che dello svolgersi di tali indicatori si facesse occasione di periodico confronto e che l'esito di tale procedere consistesse nella individuazione di una precisa progettualità di intervento per la parte aziendale.

Quanto alla definizione di precisi indicatori e modalità di monitoraggio, il lavoro ha condotto a buon esito, particolarmente nel campo dello studio della viabilità, indagata sia sul versante dell'inquinamento ad esso secondario sia su quello dell'infortunistica prodotta, tanto più se legata alla mobilità per motivi di lavoro. Analoga attenzione è stata riposta al capitolo delle tossicodipendenze, soprattutto alla sezione che ha manifestato la crescita più esplosiva: quello dell'etilismo. Questo argomento è stato esplorato, in particolare, per quanto lo lega proprio alla viabilità ed al mondo del lavoro. Su questi capitoli è stata prodotta una precisa

rendicontazione nelle sedi istituzionali (consigli comunali e mass media), consentendo, in tal modo, una pianificazione degli interventi dei diversi Enti interessati, dalle singole municipalità alle rappresentanze delle realtà imprenditoriale.

Sviluppo delle funzioni di controllo: il Comitato Consultivo Misto

Comitato Consultivo Misto (CCM)

Nel corso dell'anno appena trascorso si è rafforzata la funzione di controllo del Comitato Consultivo Misto (CCM) sulle attività aziendali, suo principale compito istituzionale. Tale funzione si esprime anche, nell'ambito locale, in modo inusuale: attraverso il ruolo di supporto che lo stesso organismo, o, ancor meglio, le organizzazioni della società civile che ne fanno parte, offrono ai percorsi di rilevazione della qualità, soprattutto della qualità percepita. Anche per l'anno 2005, infatti, i volontari del CCM hanno affiancato i dipendenti aziendali nella esecuzione di alcune fasi della somministrazione del questionario della qualità percepita, giunto oramai alla quarta edizione, confermando, quindi, l'efficacia di un affiato team a carattere misto. La stessa pianificazione dell'intervento 2005 è stata condivisa nell'ambito del CCM medesimo, accogliendo numerose delle osservazioni emerse in tale organismo, soprattutto relative a nuove modalità per il coinvolgimento delle popolazioni più a rischio e meno in grado di restituire un giudizio, attraverso tale strumento: le popolazioni anziane e degli immigrati.

Le tappe, poi, presidiate quasi esclusivamente dai citati volontari, sono state quella del re-call telefonico, volto ad aumentare le percentuali di ritorno di un questionario per la cui somministrazione era previsto il mezzo postale, sia per l'invio che per il ritorno, e l'imputazione nella banca dati, preliminarmente alla vera e propria analisi dei risultati osservati.

Le risultanze dell'analisi sono state condivise, per quanto attiene alle rilevazioni della edizione 2004, proprio nel corso di un incontro del CCM. Il risultato più evidente, di tale particolare e condivisa metodologia di approccio, consiste nell'alta percentuale dei questionari compilati e restituiti: più del 54%.

I risultati del Questionario

Una descrizione più estesa di quanto osservato nel corso della rilevazione dell'anno 2004 la si potrà ritrovare nel capitolo 5. In questa occasione ci limiteremo ad una rapida illustrazione dei principali trend osservati, per i vari universi esplorati dallo strumento.

- Nell'area della relazione tra assistiti e professionisti il grado di soddisfazione dei primi appare sempre molto elevato, con percentuali spesso superiori al 90% e mai inferiori all'83,5%; questi dati appaiono in assoluta continuità con i livelli di eccellenza (dove eccellenza significa soddisfazione superiore al 75%) già registrati negli anni precedenti.
- L'area dell'informazioni evidenzia un sensibile miglioramento del gradimento degli utenti: gli incrementi nel grado di soddisfazione rientrano in un range che spazia da circa due punti percentuali a più di dieci punti percentuali, con valori assoluti che sono quasi sempre superiori all'80%.
- Anche nel capitolo della condivisione delle scelte diagnostiche e terapeutiche si registra un superiore apprezzamento, rispetto al passato, che sfiora i confini dell'eccellenza, pur continuando a

rappresentare, questo capitolo, uno degli argomenti di criticità relativa, cui continuare ad indirizzare gli sforzi propositivi.

- Tra le diverse variabili di tipo "organizzativo" appare apprezzata la collaborazione esistente tra servizi e reparti; lo è molto meno quella tra i professionisti nosocomiali ed i medici di famiglia. Tra gli aspetti strutturali più elementari si registrano due criticità: la qualità dei pasti in genere non è apprezzata dagli utenti (a questo proposito si evidenzia come lo stesso dato per il 2005 sia particolarmente significativo, visto che durante l'esercizio si è conclusa l'esternalizzazione della cucina); si evidenzia un problema parcheggio.
- L'area del trattamento del dolore e degli esiti delle cure conferma la soddisfazione per i risultati prodotti dagli sforzi dei professionisti, anche quando si tratta di lenire la sintomatologia dolorosa.
- Il capitolo della domanda aperta, ove sono stati raccolti suggerimenti, plausi e contestazioni, conferma i parziali dissensi verso il cibo ed i parcheggi, ma fa emergere anche una criticità nuova, relativa al "trattamento" ricevuto in Pronto Soccorso, al momento della ospedalizzazione.

Monitoraggio sullo stato di avanzamento del Piano Attuativo Locale

Piano Attuativo Locale

Tra le voci più importanti, oggetto del Piano Attuativo Locale, vi sono gli investimenti strutturali. In particolare, era previsto il proseguimento dei lavori per la costruzione del terzo lotto ospedaliero, quello destinato al nuovo Dipartimento Emergenza Accettazione. L'opera, che impegna la gran parte dei 28 milioni di euro messi a disposizione per lavori edilizi, nel triennio 2006-2008, rappresenta la prima tappa di un più complesso processo di riordino della logistica aziendale, che dovrebbe esitare, tra l'altro, in nuove collocazioni per tutte le strutture psichiatriche aziendali.

Il rispetto dei tempi previsti è stato, negli ultimi due anni, sempre pieno, sia nella fase della definizione ultima progettuale, sia nelle procedure d'appalto per i lavori, sia per l'avvio ed il procedere dei lavori medesimi. L'intero anno 2005 è stato, infatti, impegnato proprio a garantire il rispetto dei tempi di quest'ultima fase: quella dell'intervento edilizio. Accanto al procedere degli aspetti strutturali era prevista l'opera di progettazione dell'utilizzo degli spazi, di cui si dirà più avanti.

Il PAL, comunque, non è composto di sole opere edilizie; vi sono, infatti, raccolte una serie di progettualità volte al miglioramento degli accessi in Pronto Soccorso e al completamento di alcuni percorsi per i pazienti di cui leggeremo più oltre.

Grado di realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia Romagna

Tratteremo in questo capitolo solamente le finalità assegnate dalla Regione che non hanno trovato, o che non troveranno spazio nei restanti paragrafi di questo capitolo, proprio perché più difficilmente ad essi riconducibili.

Nell'ambito aziendale imolese, le occasioni di collaborazione ed

Integrazione tra Medici di Medicina Generale e strutture psichiatriche

integrazione tra le strutture psichiatriche ed i professionisti del territorio, volte ad un utilizzo più appropriato delle stesse strutture aziendali, sono state condizionate dal rapporto conflittuale con le Organizzazioni Sindacali dei MMG, manifestatosi nel corso del confronto per l'applicazione del nuovo testo della convenzione e dello specifico accordo di budget ad esso conseguente. Nonostante ciò sono state possibili:

- l'attivazione di uno specifico gruppo di lavoro, teso a monitorare costantemente le criticità sul piano della collaborazione tra le diverse professionalità in gioco;
- la definizione di un piano formativo, finalizzato ad una diversa gestione delle patologie minori ed alla definizione di linee guida per la prescrizione degli antidepressivi;
- l'attivazione sperimentale di un consulente dedicato in un Nucleo delle Cure Primarie del territorio: quello di Castel San Pietro Terme.

La rete per le demenze senili

Il Distretto ha proceduto, con specifico documento, oggetto della negoziazione 2005, alla rilettura della propria offerta nell'ambito delle demenze senili.

È in quest'ambito che si sono esplorate le criticità relative ai tempi di risposta dello specifico Centro Demenze, allocato presso l'Unità Operativa di Geriatria, particolarmente per quanto attiene le valutazioni di secondo livello, quelle tese a classificare le forme intermedie o le diverse tipologie di deficit cognitivo: da questa classificazione discendono diversi provvedimenti diagnostici o di approccio terapeutico. Tale criticità pare risolvibile attraverso una disponibilità più ampia delle conoscenze e delle professionalità necessarie, presso il Centro medesimo.

Durante l'esercizio 2005 è stato anche attivato un tavolo tra Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Medico, volto a definire le prime tappe di un complesso percorso di efferenze verso la demenza; in questa prima fase si sono condivise modalità per la diagnosi e la presa in carico delle forme border-line, quelle, ovvero, che più frequentemente, e più impropriamente, popolano le strutture psichiatriche.

La rete per la disabilità acquisita in età adulta

Nel 2005 è avvenuta l'implementazione della Direttiva di Giunta Regionale numero 2068/04: con specifica deliberazione è stato approvato "il progetto per l'applicazione nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Imola della DGR2068 del 18/10/2004", ovvero "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta". In tale delibera viene specificata la modalità per la presa in carico dei pazienti adulti con grave disabilità e vengono descritte le diverse possibili efferenze, in ragione di un bisogno diversificato: dal ricorso al sostegno, al loro domicilio, per i pazienti e le famiglie, alle soluzioni per l'istituzionalizzazione.

La compilazione di linee guida

Nella realtà imolese, tra le diverse linee guida, verso cui la Regione suggeriva di orientare l'impegno delle Aziende, è stata privilegiata quella per l'uso appropriato dell'ecodoppler. Oltre alla redazione delle linee guida, condivisa tra i professionisti del nosocomio e quelli del

**La presa in carico dei
pazienti ambulatoriali**

territorio sono state fatte, sempre nel corso del 2005, due rilevazioni del grado di appropriatezza formale delle prescrizioni, con un audit finale per la discussione dei risultati, che hanno registrato una positiva riduzione della inappropriatazza, scesa dal 38% al 25% circa.

Durante l'esercizio 2005 sono state effettuate scelte importanti per il governo dei tempi di attesa. Tra queste, quella principale, è stata la creazione di una specifica efferenza, il Centro Servizi Ambulatoriale. È questo organismo che ha poi provveduto, in collaborazione con tutte le aree ambulatoriali, principalmente quelle ospedaliere, ad una verifica sui percorsi di presa in carico dei pazienti, finalizzata ad una rimozione dei controlli dalla liste di attesa ordinarie. Tale verifica ha condotto ad un esito importante: presso tutte le realtà ospedaliere è stato implementato il percorso di presa in carico semplice dei pazienti ed in particolare in quelle appartenenti al dipartimento medico sono stati attivati percorsi di Day Service (presa in carico complessa).

**La gestione integrata
dell'Emergenza**

Nel corso del 2005 è proseguita l'integrazione in ambito metropolitano per quanto attiene i percorsi dell'emergenza. Il Dipartimento di Emergenza Accettazione, con il particolare contributo della Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione, ha condiviso con la Centrale Operativa di Bologna Soccorso, un protocollo per la gestione dei pazienti politraumatizzati del nostro territorio aziendale.

I sistemi informativi

Il particolare presidio dei sistemi informativi, sollecitato dalla Regione Emilia Romagna, ha vissuto nella nostra Azienda, nell'anno trascorso, un momento di particolare importanza. È stato, infatti, implementato un nuovo programma informatico (IPERICO) per la gestione dell'intero processo di ricovero, di cui descriveremo più avanti le principali caratteristiche. Una particolare attenzione è stata, poi, riposta alla costruzione di strumenti informatici utili a monitorare l'andamento dei consumi farmaceutici, sia sul territorio che nell'ambito ospedaliero, attraverso la realizzazione di specifici "cruscotti", in grado di fornire agli stessi professionisti, in tempo utile, le informazioni sull'andamento di queste voci di spesa. Si è inoltre portato definitivamente a regime il sistema informativo necessario per monitorare l'andamento della attività ADI sul territorio.

**I day service e le
dimissioni protette**

Più oltre si tratterà dei risultati in termini numerici dei diversi day service attivati nel corso degli ultimi anni, presso il Presidio aziendale, particolarmente nel Dipartimento medico. In questo capitolo è, invece, corretto rendicontare di un aspetto specificamente sollecitato dalla Regione Emilia Romagna: la revisione e la omogeneizzazione della modulistica e della documentazione utilizzata presso queste realtà ambulatoriali. Il Dipartimento medico ha, quindi, provveduto ad uniformare tali documentazioni per tutti i day service dipartimentali; resta l'unica ed utile anomalia dell'area geriatrica, nel Centro Demenze, ove è stato necessario prevedere una modulistica specifica, proprio per testare il deficit cognitivo.

Quanto, invece, alle dimissioni protette, la particolare attenzione richiesta alle Unità Operative del Dipartimento medico ha prodotto un sensibile incremento della percentuale delle stesse dimissioni: dal 17% del 2004 si è arrivati al 19,4% dell'intero 2005.

I positivi dati numerici della tabella che segue sono l'esito di un percorso di condivisione procedurale e di impegno organizzativo, che

ha coinvolto le strutture ospedaliere e quelle territoriali, negli anni che hanno preceduto quello in oggetto.

Tabella 53 - Percentuale dimissioni protette delle Unità Operative del Dipartimento Medico nell'anno 2005 (dati SDO)

Reparto di Dimissione	DIMISSIONI PROTETTE	Totale dimissioni	% dimissioni protette
GERIATRIA MISTA	269	1084	24,8%
LUNGODEG. INTENSIVA	38	50	76,0%
LUNGODEG. POST ACUTI CSP	247	363	68,0%
MEDICINA A	66	1446	4,6%
MEDICINA B	51	1055	4,8%
MEDICINA CSP	61	414	14,7%
MEDICINA DI APPOGGIO	2	28	7,1%
MEDICINA LUNGODEG. CSPT	187	362	51,7%
HOSPICE	28	81	34,6%
Totale complessivo	949	4883	19,4%

La medicina dello sport Il Dipartimento di prevenzione è stato effettivamente impegnato nella assunzione della responsabilità organizzativa della disciplina della medicina dello sport, così come previsto nelle indicazioni regionali sulla materia; gli impliciti scopi erano quelli di privilegiare gli aspetti di sollecito al movimento, e quindi di prevenzione, per una frazione ben più ampia della popolazione di quella che pratica una vera e propria attività agonistica. La conclusione del processo riorganizzativo di questa dimensione dell'offerta, così come di tutte le tappe di avvicinamento a questo esito finale, è avvenuta entro i tempi programmati.

Le politiche del personale L'azione di governo delle risorse umane dell'Azienda nell'anno 2005 è stata orientata a gestire gli organici e le assunzioni, nonché gli istituti contrattuali incidenti sulle dinamiche di costo del personale, nell'ottica di pervenire ad un obiettivo di riduzione della spesa dello 0,7%, rispetto all'anno 2003.

Il suddetto obiettivo di risparmio è stato, però, rideterminato a seguito dell'autorizzazione, da parte della Giunta Regionale con atto n° 1303 del 01.08.2005, a derogare all'obiettivo di contenimento, per circa € 406.000 euro in aumento, su base annua, in ragione delle necessità di un maggiore organico infermieristico per l'attivazione dell'Hospice e per il potenziamento dell'attività di emodialisi.

Accertato che il monte salari 2005, così come certificato in sede di concertazione con l'Assessorato Regionale, è risultato pari a circa 70.400 euro, ne risulta uno scostamento, rispetto all'obiettivo rideterminato pari a circa 1,2 milioni di Euro.

Tale scostamento è stato azzerato mediante azioni di carattere contingente, essenzialmente riassumibili:

- 1) nell'utilizzo di proventi straordinari, provenienti da economie dei fondi contrattuali di anni precedenti, in esito a specifici accordi con le Organizzazioni Sindacali;
- 2) nell'utilizzo di un saldo positivo fra costi relativi a personale comandato presso questa azienda e ricavi relativi a personale comandato presso altri Enti.

Pertanto, l'obiettivo di contenimento può dichiararsi sostanzialmente raggiunto. Il conseguimento del risultato economico previsto, per

quanto concerne la dotazione di personale, è contestuale ad un rafforzamento degli organici, in particolare dell'area assistenziale, come si evince dalla tabella seguente, nella quale è comparata la situazione al 31.12.2004 rispetto a quella del 31.12.2005.

L'incremento degli organici, più evidente per il profilo di infermiere professionale e di operatore socio-sanitario è dovuto, in particolare, sia ad aperture di nuove attività (es. l'hospice di Castel S.Pietro) sia a sviluppo di attività già esistenti (come ad es. l'attività di emodialisi).

Grafico 27 - Confronto personale dipendente 2004/2005

Personale dipendente al 31 dicembre	PERSONALE DELL'ANNO 2004			PERSONALE DEL'ANNO 2005				
	Personale a tempo INDETERMINATO	Personale a tempo DETERMINATO	TOTALE PERSONALE	Personale a tempo INDETERMINATO	Incrementi o decrementi rispetto al 2004	Personale a tempo DETERMINATO	Incrementi o decrementi rispetto al 2004	TOTALE PERSONALE
Dirigenti Medici e Veterinari	227		227	232	5	3	3	235
Dirigenti Sanitari non medici	23	1	24	23	0		-1	23
Dirigenti PTA	20	2	22	19	-1	3	1	22
Personale infermieristico	714	1	715	747	33		-1	747
Personale tecnico sanitario	68	1	69	74	6	1	0	75
Personale della prevenzione	17		17	18	1		0	18
Personale della riabilitazione	56		56	59	3		0	59
Qualif. atipiche ruolo sanitario	0		0		0		0	0
Assistenti sociali	7		7	7	0		0	7
Personale tecnico	161		161	157	-4		0	157
O.T.A.	14		14	14	0		0	14
O.S.S.	87	16	103	110	23	24	8	134
Ausiliari specializzati	69		69	65	-4		0	65
Qualif. atipiche ruolo tecnico	0		0		0		0	0
Personale amministrativo	198		198	205	7		0	205
Qualif. atipiche ruolo amm.vo	0		0		0		0	0
Ruolo professionale (Assistenzi religiosi)			0		0		0	0
TOTALE	1661	21	1682	1730	69	31	10	1761

I costi

Anche per questo capitolo dei costi le informazioni più analitiche sono presenti nel secondo capitolo e, in modo decisamente più esteso, nella relazione del Bilancio di Esercizio 2005, di cui l'intero testo del Bilancio di Missione rappresenta una rendicontazione complementare. Come informazione di sintesi possiamo ricordare come il risultato economico del Bilancio di Esercizio 2005 e Gestione Sanitaria riporta una perdita di 3.158.912,00 euro, rispetto alla perdita prevista di 9.400.940,00 euro.

Per poter confrontare tale risultato con quello previsto nel Bilancio di Previsione è necessario evidenziare gli elementi di disomogeneità.

La perdita d'esercizio 2005, infatti, comprende: il Fondo di riserva per euro 5.750.000,00; i Contributi straordinari per Euro 3.650.000,00; un diverso criterio di valutazione delle ferie, che comporta una minor perdita di euro 1.807.935,00; il costo del rinnovo contrattuale 2° biennio per 4.056.000,00; gli arretrati per il rinnovo delle convenzioni per euro 1.494.687,00.

Il risultato al netto delle voci sopra riportate sarebbe stato di euro 8.816.160,00, migliore comunque di 584.780,00 euro rispetto alla previsione.

La Regione Emilia Romagna con delibera n. 1334 del 1.08.05 ha attribuito un nuovo obiettivo di euro 10.500.000,00.

In sede di verifica di settembre, la Regione ha specificato che il limite

suddetto doveva comprendere anche il rinnovo delle convenzioni. Rispetto a tale nuovo obiettivo la perdita dell'AUSL è stata di 10.310.847,00 (8.816.160,00+ 1.494.687,00), con un miglior risultato di euro 195.153,00.

3.2. Universalità ed equità di accesso

Obiettivi di miglioramento dell'autosufficienza e della capacità di attrazione

Riguardo a quest'area, gli obiettivi specifici, dettagliati nel documento di Linee guida per il Budgeting 2005 e tradotti nelle schede di Budget negoziate con i CdR, riguardavano le seguenti priorità:

- il contenimento della mobilità passiva del vecchio bacino aziendale, per le discipline critiche (in particolare, quelle di area chirurgica e la cardiologia);
- il proseguimento del recupero dell'attrattività nei confronti della popolazione di Medicina.

A questo proposito sono stati negoziati obiettivi specifici per i diversi Dipartimenti interessati.

Nel seguito, si evidenziano i risultati osservati e gli scostamenti con quelli attesi.

Dipartimento Chirurgico

Per il Dipartimento Chirurgico, gli obiettivi negoziati erano:

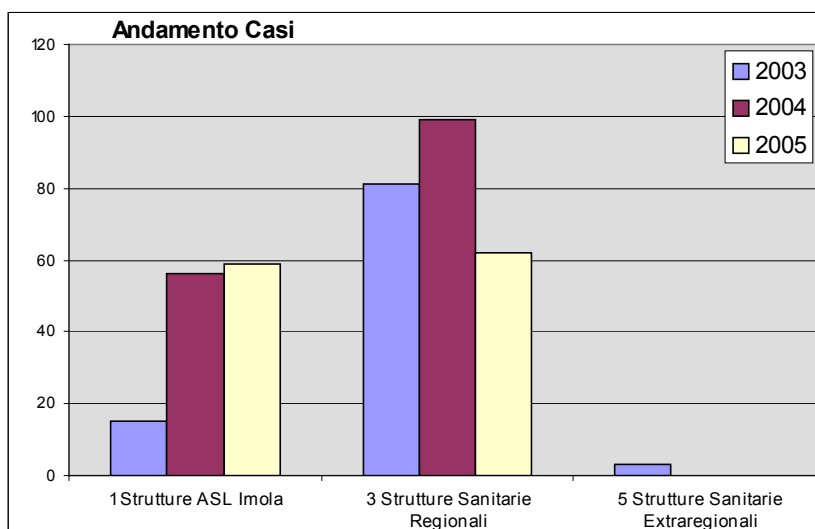
- indice di dipendenza della popolazione residente nel vecchio bacino Ausl dalla struttura ospedaliera aziendale, per DRG di tipo chirurgico e per specialità presenti, superiore o uguale al 68%;
- indice di dipendenza della popolazione residente a Medicina dalle Unità Operative Chirurgiche della nostra struttura ospedaliera, per tutti i regimi di ricovero, superiore o uguale al 45%.

I risultati osservati sono evidenziati nella tabella e grafico che seguono. In particolare, il primo obiettivo risulta parzialmente raggiunto: sul mancato raggiungimento pieno, ha certamente influito la particolare situazione della Unità Operativa di Urologia, che solo da metà dell'anno ha avuto la sostituzione del suo Direttore (la disciplina che registra il tasso in mobilità più elevato è proprio quella urologica). Va osservato, d'altro canto, come il fenomeno, più che a un incremento della mobilità passiva, sostanzialmente stabile in termini di numerosità, sia dovuto a una contrazione dei volumi di ricovero su residenti da parte delle UO chirurgiche del presidio imolese. In parte, questo è determinato dallo sviluppo della chirurgia ambulatoriale, e in questo senso, è da interpretare nei termini positivi di un appropriato utilizzo dei regimi assistenziali.

Tabella 54 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri chirurgici di specialità presenti

Dati	Tipo Strutture.	2003	2004	2005
Casi	Strutture ASL Imola	4.430	4.289	4.073
	Strutture Sanitarie Regionali	2.042	2.079	2.096
	Strutture Sanitarie Extraregionali	165		
Casi %	Strutture ASL Imola	66,7%	67,4%	66,0%
	Strutture Sanitarie Regionali	30,8%	32,6%	34,0%
	Strutture Sanitarie Extraregionali	2,5%		

Grafico 28 - Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri chirurgici di specialità presenti



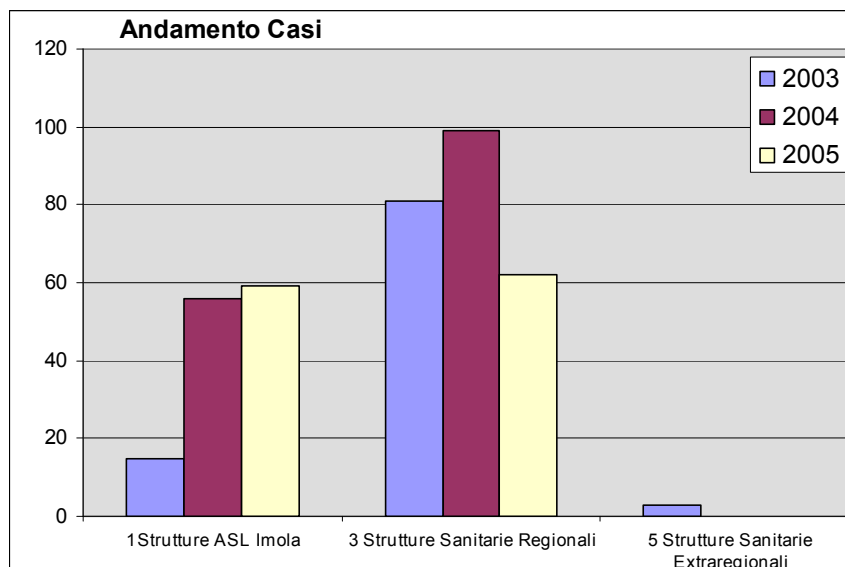
L'incremento di attività sui medicinesi, evidente nella tabella e nel grafico che seguono, è consistente ed ha un impatto significativo sulla mobilità passiva chirurgica dei cittadini del Comune da poco entrato a far parte della Ausl di Imola.

Il risultato atteso (45%) viene significativamente avvicinato (quasi 43%, rispetto al 36,7% dell'anno precedente).

Tabella 55 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri chirurgici di specialità presenti

Dati	Tipo Strutture.	2003	2004	2005
Casi	1 Strutture ASL Imola	297	437	484
	3 Strutture Sanitarie Regionali	923	754	646
	5 Strutture Sanitarie Extraregionali	23		
Casi %	1 Strutture ASL Imola	23,9%	36,7%	42,8%
	3 Strutture Sanitarie Regionali	74,3%	63,3%	57,2%
	5 Strutture Sanitarie Extraregionali	1,9%		

Tabella 56 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri chirurgici di specialità presenti



Dipartimento Medico

Per il Dipartimento Medico, gli obiettivi negoziati:

- indice di dipendenza della popolazione residente nel vecchio bacino Ausl dalla struttura ospedaliera aziendale, per specialità mediche presenti, superiore o uguale all'85%;
- indice di dipendenza della popolazione residente a Medicina dalle UU.OO. mediche della nostra struttura ospedaliera, per tutti i regimi di ricovero, superiore o uguale al 50%.

I risultati osservati sono evidenziati nelle tabelle e grafici che seguono. In particolare, il primo obiettivo risulta pienamente raggiunto, evidenziandosi un costante miglioramento dell'indice di dipendenza dalle strutture aziendali e un livello dell'indicatore superiore a quello atteso.

Tabella 57 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri medici di specialità presenti

Dati	Tipo Strutture.	2003	2004	2005
Casi	1 Strutture ASL Imola	5.637	5.381	5.508
	3 Strutture Sanitarie Regionali	1.009	983	883
	5 Strutture Sanitarie Extraregionali	98		
Casi %	1 Strutture ASL Imola	83,6%	84,6%	86,2%
	3 Strutture Sanitarie Regionali	15,0%	15,4%	13,8%
	5 Strutture Sanitarie Extraregionali	1,5%		

Grafico 29 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri medici di specialità presenti

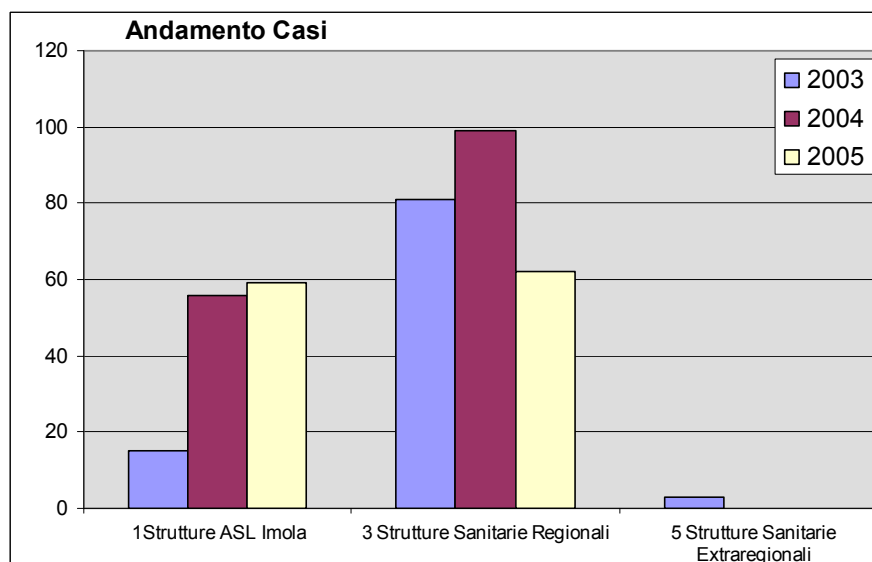
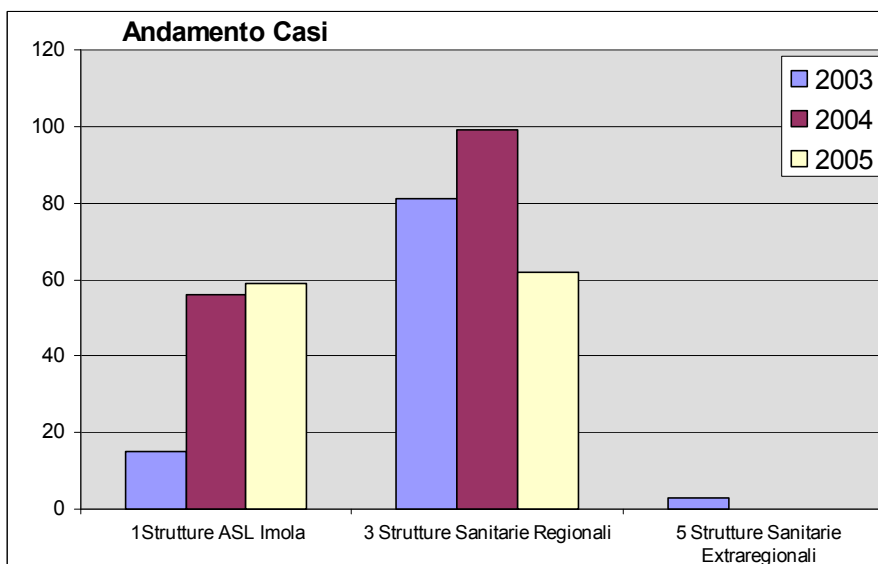


Tabella 58 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri medici di specialità presenti

Dati	Tipo Strutture.	2003	2004	2005
Casi	1 Strutture ASL Imola	139	331	384
	3 Strutture Sanitarie Regionali	820	516	453
	5 Strutture Sanitarie Extraregionali	12		
Casi %	1 Strutture ASL Imola	14,3%	39,1%	45,9%
	3 Strutture Sanitarie Regionali	84,4%	60,9%	54,1%
	5 Strutture Sanitarie Extraregionali	1,2%		

L'incremento di attività sui medicinesi, evidente nel grafico successivo, prosegue nel 2005. Il risultato atteso (50%) viene significativamente avvicinato (quasi il 46%, rispetto al 39,1% dell'anno precedente).

Grafico 30 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri medici di specialità presenti



Cardiologia

La Cardiologia ha vissuto negli anni trascorsi una costante flessione nell'indice di dipendenza della popolazione dell'Azienda, anche in ragione della particolare modalità di gestione dei pazienti che, per diagnostiche e terapie invasive, prevede il ricorso alle strutture limitrofe di Villa Maria di Cotignola.

In negoziazione alla Cardiologia erano stati attribuiti obiettivi relativi alla attrattività, e precisamente:

- indice di dipendenza del vecchio bacino aziendale superiore al 69%;
- indice di dipendenza dei residenti nel territorio di Medicina uguale al 50%.

I risultati osservati sono ben comprensibili nelle tabelle e nei grafici che seguono:

- dalla prima si evince come il governo della mobilità del vecchio bacino sia stato efficace, con pieno recupero anche sui valori del 2003, proprio in ragione di specifiche modalità organizzative messe in atto a livello dipartimentale;
- nella seconda tabella è riportato un processo di significativo

recupero della attrattività sui medicinesi, di poco al di sotto dei valori attesi, in un sistema di buon presidio complessivo dell'appropriatezza, visto il contenimento del valore assoluto delle ospedalizzazioni.

Tabella 59 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri cardiologici

Dati	Tipo Strutture.	2003	2004	2005
Casi	1 Strutture ASL Imola	852	782	793
	3 Strutture Sanitarie Regionali	380	464	318
	5 Strutture Sanitarie Extraregionali	7		
Casi %	1 Strutture ASL Imola	68,8%	62,8%	71,4%
	3 Strutture Sanitarie Regionali	30,7%	37,2%	28,6%
	5 Strutture Sanitarie Extraregionali	0,6%		

Grafico 31 – Indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel vecchio bacino AUSL, per ricoveri cardiologici

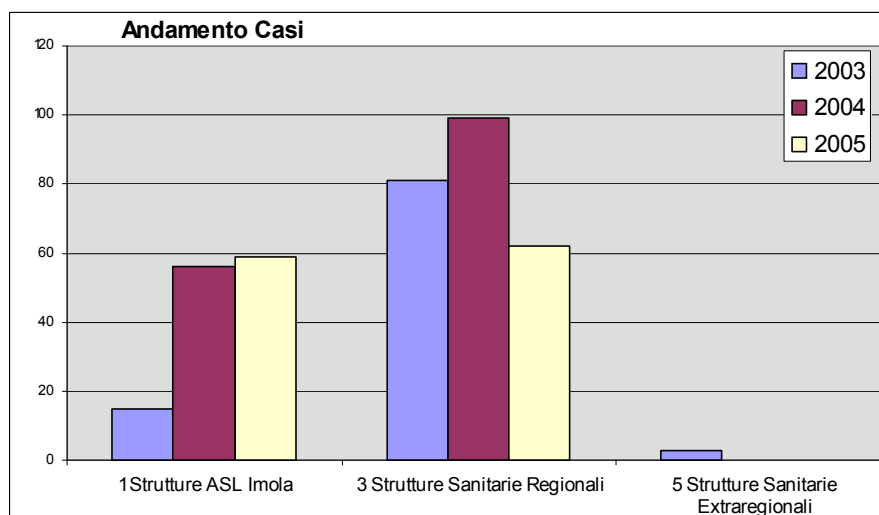
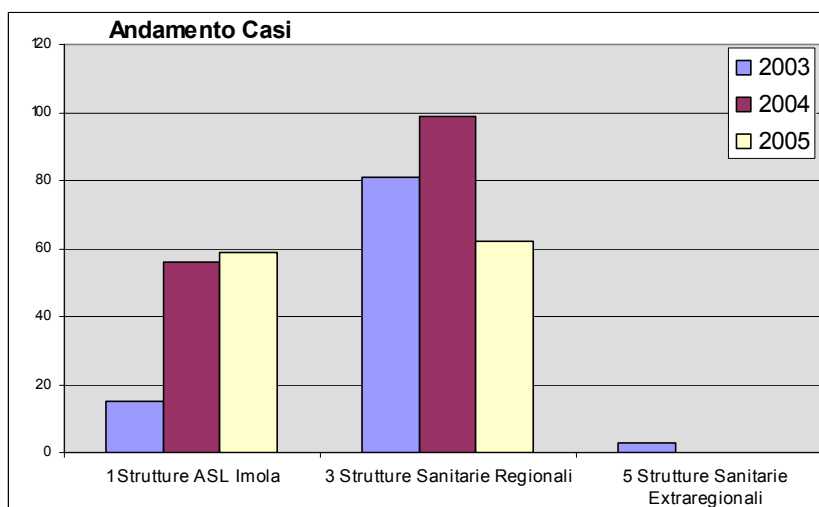


Tabella 60 – indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri cardiologici

Dati	Tipo Strutture.	2003	2004	2005
Casi	1 Strutture ASL Imola	15	56	59
	3 Strutture Sanitarie Regionali	81	99	62
	5 Strutture Sanitarie Extraregionali	3		
Casi %	1 Strutture ASL Imola	15,2%	36,1%	48,8%
	3 Strutture Sanitarie Regionali	81,8%	63,9%	51,2%
	5 Strutture Sanitarie Extraregionali	3,0%		

Grafico 32 – indice di dipendenza dalla struttura della popolazione residente nel Comune di Medicina, per ricoveri cardiologici



Governo della mobilità attiva e dell'indice di dipendenza della struttura

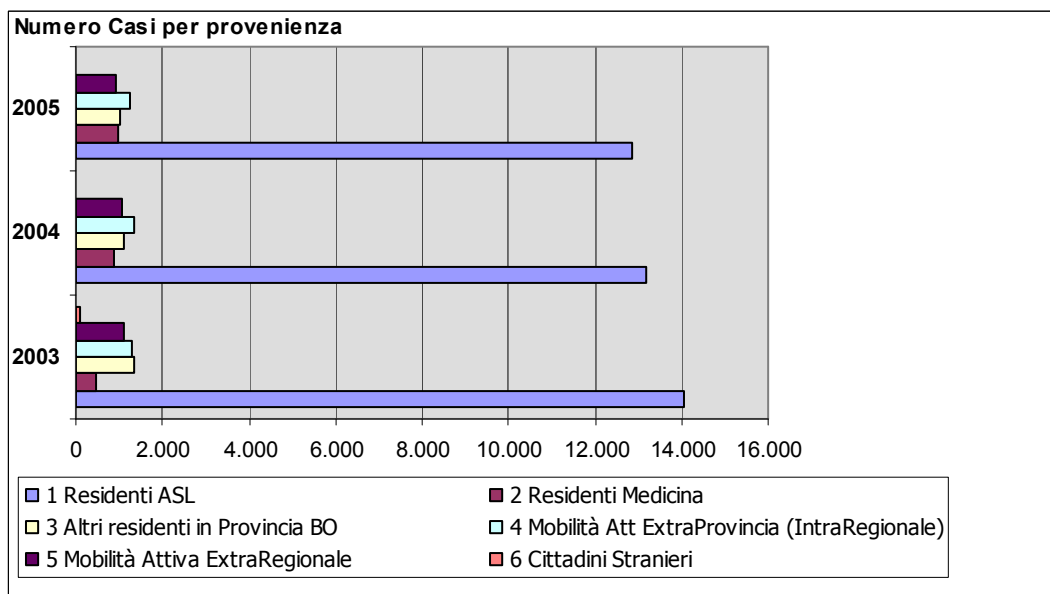
Il dato della mobilità attiva non ha presentato significativi scostamenti nel 2005, rispetto agli anni antecedenti.

La tabella e il grafico che seguono dimostrano come la complessiva riduzione dell'offerta di ricovero, da interpretarsi principalmente alla luce di quei principi di appropriatezza, che tendono a privilegiare le soluzioni alternative e a destinare allo stesso ricovero solo la casistica più complessa, interessa in modo omogeneo tutti i bacini di provenienza, ovviamente con l'unica eccezione del territorio di Medicina, per il quale è in atto il processo di recupero della domanda di cui si è appena detto sopra.

Tabella 61 - Andamento dell'offerta ed indice di dipendenza delle strutture di ricovero imolesi

bacino	2003		2004		2005	
	N.ro Casi	% Casi	N.ro Casi	% Casi	N.ro Casi	% Casi
Residenti ASL	14.047	76,7%	13.198	74,7%	12.877	75,0%
Residenti Medicina	461	2,5%	886	5,0%	988	5,8%
Altri residenti in Provincia BO	1.320	7,2%	1.103	6,2%	1.025	6,0%
Mobilità Att ExtraProvincia (IntraRegionale)	1.273	7,0%	1.327	7,5%	1.234	7,2%
Mobilità Attiva ExtraRegionale	1.128	6,2%	1.046	5,9%	943	5,5%
Cittadini Stranieri	84	0,5%	106	0,6%	111	0,6%
Totale complessivo	18.313	100,0%	17.666	100,0%	17.178	100,0%
Totale Mobilità Attiva	3.805	20,8%	3.582	20,3%	3.313	19,3%

Grafico 33 - Andamento dell'offerta ed indice di dipendenza delle strutture di ricovero imolesi



Il potenziamento del Day Service

Obiettivi di volumi e qualificazione dell'offerta

Nel corso del 2005 si è osservato un ulteriore significativo incremento dei casi trattati nelle diverse realtà di day service operanti in ambito ospedaliero, sia nello spazio dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta, ove i valori attesi erano di circa 635 pazienti assistiti, sia a livello dell'offerta psichiatrica, dove il valore negoziato era di poco superiore ai 400 casi trattati.

Come si evince dalla tabella 62 il numero complessivo di casi trattati dal Dipartimento Medico nel corso del 2005 è stato di 717, con un incremento del 20% circa sull'anno precedente, particolarmente significativo per la Pediatria e la Nefrologia.

Ugualmente favorevole l'andamento in ambito psichiatrico, ove i risultati del 2004 sono stati ampiamente superati, con un incremento del 70% circa e quasi 700 casi trattati complessivi. Tale positivo risultato è stato raggiunto principalmente proprio attraverso l'utilizzo del day service, per la gestione dei piani terapeutici riguardanti i farmaci neurolettici di nuova introduzione.

A ciò va aggiunto che anche le realtà chirurgiche hanno attivato, a partire dal 2005, soluzioni di day service, principalmente finalizzate ai percorsi di preparazione all'intervento chirurgico, producendo una casistica di circa 200 pazienti.

Tabella 62 - Casi trattati in Day Service nel Dipartimento Medico

DAY SERVICE	DATA DI ATTIVAZIONE DAY SERVICE	N° PAZIENTI TRATTATI 2004	N° PAZIENTI TRATTATI 2005	% var.
Gastroenterologico	24/09/2003	45	84	86,7%
Geriatrico	03/06/2003	67	75	11,9%
Medico C.S.P.	03/06/2003	73	69	-5,5%
Medico Imola	07/04/2003	226	235	4,0%
Nefrologico	01/10/2004	10	27	170,0%
Pediatrico	18/09/2003	136	154	13,2%
Pneumologico	01/01/2004	38	73	92,1%
TOTALE		595	717	20,5%

Tabella 63 - Casi trattati in Day Service nel Dipartimento di Salute Mentale

DAY SERVICE	DATA DI ATTIVAZIONE DAY SERVICE	N° PAZIENTI TRATTATI 2004	N° PAZIENTI TRATTATI 2005	% var.
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	01/07/04	407	691	69,8%

Incremento dei volumi attività chirurgica in regime ordinario ed in regimi brevi (Day Surgery e ambulatorio)

Nel corso della negoziazione 2005, anche in ragione di quanto osservato per il fenomeno della mobilità passiva nell'anno 2004, era stato previsto un incremento della produzione chirurgica, sia in regime di ricovero che attraverso l'opzione ambulatoriale. Da tale computo era stato sottratto il dato della Unità Operativa Urologia che, come abbiamo già detto, nello scorso anno, viveva una fase di passaggio nella responsabilità di direzione.

Va ricordato come, oramai da anni e con sensibile anticipo rispetto ad altre realtà aziendali regionali, nella nostra Azienda alcune tipologie di interventi, precedentemente gestiti in regime di day surgery (ad esempio cataratte, fimosi, cerchiaggi, ecc.) siano appropriatamente realizzati attraverso l'opzione ambulatoriale. Tale opzione è divenuta sostanziale, pertanto, per l'erogazione di risposte chirurgiche e la stessa definizione dei volumi produttivi non può prescindere da tale dato.

Le tabelle 64 e 65 evidenziano come il risultato atteso sia stato conseguito parzialmente: l'attività chirurgica, sotto ogni forma, è stata inferiore a quella erogata nell'anno 2004. A interpretare questo fenomeno concorre certamente l'andamento delle ospedalizzazioni internistiche, nel corso dei primi mesi dell'anno, al cui incremento si è fatto fronte anche attraverso il ricorso all'appoggio su letti chirurgici, condizionando, in parte, la pianificazione della attività di sala operatoria.

Tabella 64 - Attività del Dipartimento Chirurgico (ad eccezione dell'U.O. di Urologia)

Dati	2003	2004	2005	Scostamenti 2005-2004	
				valore assoluto	%
N.ro Casi	8.683	8.412	7.901	-511	-6,1%
DRG Medici	2.592	2.365	1.996	-369	-15,6%
DRG Chirurgici	6.091	6.047	5.903	-144	-2,4%
% DRG Medici	29,9%	28,1%	25,3%	-2,9%	-10,1%
% DRG Chirurgici	70,1%	71,9%	74,7%	2,8%	3,9%

Tabella 65 - Casi chirurgici trasferiti in ambulatorio

INTERVENTI CHIRURGICI TRASFERITI DAL D.H./D.S. ALL'AMBULATORIO	2004	2005	Var. %
D.S. OCULISTICO	1122	1166	4%
D.S. OSTETRICO/GINECOLOGICO	44	35	-20%
D.S. ORTOPEDICO	280	161	-43%
D.S. UROLOGICO	33	14	-58%
TOTALE	1479	1376	-7%

Progetto di riorganizzazione delle sale operatorie

Una ulteriore motivazione è rappresentata dalla non completa riorganizzazione delle sale operatorie, sulla quale si sta agendo nel corrente esercizio.

Incremento dei volumi delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

La negoziazione 2005 ha presidiato anche i diversi capitoli della produzione ambulatoriale aziendale, con lo scopo principale di poter garantire adeguati tempi di attesa, mantenendo una attenzione particolare alla variabile discriminante della appropriatezza delle stesse prestazioni. Proprio per contenere un eventuale incremento non appropriato delle prestazioni ambulatoriali, cercando di salvaguardare, quindi, i livelli di eccellenza della nostra realtà quanto ad indici di consumo, gli obiettivi negoziati prevedevano esclusivamente un overbooking per le prestazioni più critiche; una modalità, quindi, tesa esclusivamente a compensare le defezioni quotidiane dalle liste di prenotazione, utilizzando in modo più efficiente le capacità produttive. Rientra in questi limiti fisiologici il risultato mostrato dalla tabella che segue, con un incremento complessivo delle prestazioni prossimo al 3%.

Tabella 66 Totale delle prestazioni ambulatoriali erogate dalla AUSL di Imola, per strutture eroganti

STRUTTURE EROGATRICI	2004	2005	Var. %
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	193	220	14%
DIPARTIMENTO SAN PUBBLICA	276	310	12%
DISTRETTO - DIPARTIM.CURE PRIMARIE	42.271	41.967	-1%
P.O. - COSTI COMUNI	10.092	10.820	7%
DIP. AREA CHIRURGICA	122.188	121.375	-1%
DIP.AREA EMERGENZA URGENZA	84.999	94.918	12%
DIP.AREA MEDICA	129.566	131.964	2%
DIP.SERVIZI INTERMEDI	1.164.957	1.199.842	3%
GENETICA MEDICA	1.394	1.592	14%
MEDICINA RIABILITATIVA	51.502	50.681	-2%
TOTALE PRESTAZIONI	1.607.438	1.653.689	3%

Miglioramento dei tempi di attesa per l'attività chirurgica programmata

Obiettivi di rispetto dei tempi di attesa per interventi e per prestazioni ambulatoriali

Se gli interventi chirurgici per cataratta sono, oramai, effettuati pressoché tutti in regime ambulatoriale, ed in ampia percentuale entro il limite affidato dalla Regione di 180 giorni, gli interventi per protesi d'anca sono rientrati, nel 2005, entro lo stesso limite temporale, per il 62,3%, come mostrato dalla tabella 67. Va rammentato che solo pochi anni fa tale valore era decisamente più basso (13% nel 2002). Sul risultato osservato per l'anno 2005 concorre il numero degli interventi in urgenza, quasi raddoppiato, dai 40 del 2004 ai 71 del 2005.

Tabella 67 - Percentuale degli interventi di protesi d'anca effettuati entro i 180 giorni dalla prenotazione

Intervento	Casi con datapren	% Casi con T.A. <= 30 gg	% Casi con T.A. <= 90 gg	% Casi con T.A. <= 180 gg	% Casi con T.A. oltre 180 gg
Revisione di sostituzione dell'anca	26	23,1%	19,2%	30,8%	26,9%
Sostituzione totale dell'anca	148	9,5%	29,7%	20,9%	39,9%
Sostituzione parziale dell'anca	1	100,0%			
Totale complessivo	175	12,0%	28,0%	22,3%	37,7%

Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali critiche

Il presidio dei tempi di attesa continua a rappresentare una delle sfide più complesse per la realtà sanitaria. L'eterno conflitto tra la domanda crescente, la difesa della appropriatezza, le dimensioni finite delle risorse da destinarvi, il sollecito delle rappresentanze della Comunità, rappresenta uno dei banchi di prova più difficili per ogni Direzione Aziendale.

L'indice di performance per le prestazioni critiche ha raggiunto, nell'anno 2005, il valore medio complessivo del 63 % circa, in termini di numero casi in cui le prestazioni in questione sono state erogate entro i tempi definiti dalla Regione Emilia Romagna. Tale dato è stato calcolato sulla base dell'ultima rilevazione validata dalla Regione medesima, a ottobre 2005.

In termini generali, si può affermare che l'incremento dell'offerta dimostra, ancora una volta, di essere inefficace nel governare un fenomeno così complesso. Ed è altrettanto vero che molte azioni strutturali messe in atto nel corso del 2005 richiederanno qualche tempo per dispiegare tutto il loro potenziale: a partire dalla attivazione del Centro Servizi Ambulatoriale, operativo dalla primavera dello scorso anno; vanno ricordati poi lo scorporo dei controlli dalle agende, in ragione di un percorso di presa in carico primario che, come già ricordato, viene attuato dalla gran parte delle strutture eroganti, e il già citato overbooking, che ha interessato solo alcune delle prestazioni più critiche.

Recupero della funzione istituzionale del Pronto Soccorso

Nel corso del 2005 l'accesso ai diversi "box" di Pronto Soccorso operanti presso il Presidio è andando ulteriormente incrementando; su questo andamento ha, almeno parzialmente, inciso il comportamento dei residenti del nuovo bacino di Medicina. La cosa importante è che, nonostante questo incremento, le variabili utili per misurare l'appropriatezza abbiano manifestato un miglioramento, a partire dalla

percentuale dei codici bianchi e verdi trattati dagli stessi "box", che si richiedeva scendesse al di sotto del 70% e che si è stabilizzata, per la prima volta, su un valore al di sotto di tale soglia (vedi tabella 68).

Tabella 68 - Andamento degli accessi in Pronto Soccorso e percentuale dei codici bianchi e verdi (confronto tra 2004 e 2005)

Descrizione ambulatorio di P.S.	2005			2004		
	Totale referti con codice bianco / verde	Totale referti	% codici bianchi e verdi	Totale referti con codice bianco / verde	Totale referti	% codici bianchi e verdi
AREA PS	27.503	43.924	62,6%	27.046	42.940	62,99%
GINECOLOGIA	2.851	3.780	75,4%	2.779	3.509	79,20%
OCULISTICA	3.632	3.771	96,3%	3.650	3.790	96,31%
ORTOPEDIA	5.301	5.861	90,4%	5.306	5.708	92,96%
PEDIATRIA	4.763	5.718	83,3%	4.203	5.212	80,64%
Totale complessivo	44.050	63.054	69,9%	42.984	61.159	70,28%

Analogamente la tabella 69 evidenzia come, nonostante l'incremento degli accessi in Pronto Soccorso, la percentuale di tali accessi che si trasforma in ricovero (indice di filtro, appunto) riesce ad essere contenuta: al di sotto del 16% previsto per la sola area PS; al di sotto del valore osservato nel 2004, prendendo in considerazione tutte le attività di pronto soccorso presenti presso il nosocomio. È questa una ulteriore dimostrazione di come i volumi degli accessi non abbiano compromesso le variabili di appropriatezza clinica.

Tabella 69 - Andamento dell'indice di filtro dei diversi "Box" di Pronto Soccorso (confronto tra 2004 e 2005)

Box di Pronto Soccorso	2004			2005		
	Numero Referti	di cui con esito "Ricoverato"	Indice di Filtro	Numero Referti	di cui con esito "Ricoverato"	Indice di Filtro
AREA PS + Osservazione in Medicina D'Urgenza	45.690	6.902	15,11%	46.445	7.081	15,25%
GINECOLOGIA	3.509	1.448	41,27%	3.780	1.451	38,39%
OCULISTICA	3.790	16	0,42%	3.771	8	0,21%
ORTOPEDIA	5.708	94	1,65%	5.861	121	2,06%
PEDIATRIA	5.212	478	9,17%	5.769	511	8,86%
Totale complessivo	63.909	8.938	13,99%	65.626	9.172	13,98%

3.3. Centralità del cittadino

Miglioramento dell'integrazione Ospedale – Territorio. I percorsi dei pazienti

Per il Progetto Leggeri si rimanda a quanto già detto nell'ambito degli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia Romagna.

L'implementazione del percorso del paziente fratturato è stata differita all'esercizio corrente, anche prevedendo l'attivazione dell'Orto-geriatria, tassello fondamentale dell'intera progettualità.

Miglioramento qualitativo dell'ADI

Gli obiettivi inerenti questo capitolo prevedevano che i casi seguiti in ADI, con la collaborazione del Medico di Medicina Generale, superassero il valore dello 0,18% della popolazione dell'intero bacino aziendale. Il valore osservato supera lo 0,25%, garantendosi, con ciò,

un'ampia copertura anche del nuovo territorio di Medicina. Un ulteriore obiettivo prevedeva di incrementare la percentuale di casi di maggiore complessità seguiti dai servizi: come dimostrato dalla tabella 70, che riassume le dimensioni dell'attività in ADI in un confronto tra gli anni 2004 e 2005, tale obiettivo appare felicemente conseguito.

Tabella 70 - Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (confronto tra 2004 e 2005)

Contratti attivi di assistenza domiciliare integrata	ANNO 2004					ANNO 2005				
	Bassa intensità (1° livello)	Media intensità (2° livello)	Alta intensità (3° livello)	TOT.	% ADI media ed alta intensità	Bassa intensità (1° livello)	Media intensità (2° livello)	Alta intensità (3° livello)	TOT.	% ADI media ed alta intensità
	21	133	173	327	93,6%	12	109	185	306	96,1%

Le stesse caratteristiche quali-quantitative delle prestazioni infermieristiche sul territorio hanno osservato un salto molto positivo nel corso del 2005, come dimostrato dalla tabella 71, che evidenzia come i casi più complessi siano stati ben oltre il 73% atteso in sede di negoziazione e come, nel 2005, ci sia stato un incremento del numero di interventi domiciliari del 12% circa, rispetto all'anno antecedente.

Tabella 71 - Attività servizio infermieristico domiciliare: aspetti quantitativi e qualitativi

Tipo di assistenza per livello di intensità	ANNO 2004						ANNO 2005					
	Bassa intensità(*)		Media intensità(**)		Alta intensità (***)		Bassa intensità		Media intensità		Alta intensità	
	ASS. INF.	ADI 1	ASS. INF.	ADI 2	ASS. INF.	ADI 3	ASS. INF.	ADI 1	ASS. INF.	ADI 2	ASS. INF.	ADI 3
Prest. infermieristiche per tipo di assistenza, eccetto prelievi	9.481	372	4.162	6.584	12.195	7.915	4.296	398	2.772	6.638	19.604	10.538
Numero prelievi per tipo di assistenza	4.448	46	222	401	292	511	6.072	34	236	328	658	657
TOTALE prestazioni per livello di intensità	14.347		11.369		20.913		10.800		9.974		31.457	
TOTALE prestazioni e % dei livelli di intensità 2 e 3			32.282		69%				41.431		79%	
TOTALE prestazioni di tutti i livelli di intensità			46.629		100%				52.231		100%	

Bassa intensità(*) - di 1 accesso alla settimana
Media intensità()** 1 accesso alla settimana
Alta intensità (*)** + di 1 accesso alla settimana

Implementazione del percorso del paziente nefrologico

Nel mese di maggio, in anticipo rispetto alla data prevista di settembre, sono state attivate due nuove opzioni dell'offerta aziendale indirizzata alla patologia nefrologica: l'ambulatorio pre-dialisi, teso alla gestione dei pazienti con insufficienza renale, conclamata ma non drammatica, al fine di differire l'ingresso in dialisi; la dialisi peritoneale, utile per assicurare modalità dialitiche di più facile gestione e di maggior gradimento per quegli assistiti che, pur necessitando di un trattamento, sono ancora in grado di evitare l'emodialisi.

Sviluppo della presa in carico del paziente ambulatoriale

La ricognizione effettuata nell'ambito del Dipartimento Medico ha consentito di osservare come la totalità delle discipline internistiche preveda meccanismi strutturati di presa in carico dei pazienti ambulatoriali, articolati per singoli ambulatori o per specifiche patologie. Tali meccanismi, anche se non sempre formalizzati, consentono di considerare raggiunto l'obiettivo che era stato chiesto a questo specifico Dipartimento e, soprattutto, garantiscono percorsi meno burocratici e onerosi a quei pazienti che, dopo la prima valutazione ambulatoriale, risultino avere necessità di ulteriori tappe diagnostiche, nell'ambito della stessa disciplina; la programmazione di questi controlli attiene direttamente ai professionisti che hanno effettuato la prima valutazione.

Redazione del progetto per la riorganizzazione del Centro Antidiabetico

Il previsto progetto per la riorganizzazione del Centro Antidiabetico è stato redatto nei tempi previsti. Le caratteristiche distintive del progetto prevedono il progressivo affidamento dei pazienti in carico ai relativi Medici di Medicina Generale. Ciò con lo scopo di destinare le finite risorse del Centro al trattamento ed al coordinamento dei pazienti affetti dalle principali complicanze della patologia: dai disturbi circolatori e neurologici periferici, alla insufficienza renale, alla retinopatia. L'implementazione del progetto riorganizzativo, comunque non prevista per l'anno trascorso, è stata comunque rallentata dalla forte dialettica a carattere sindacale che ha riguardato la categoria dei MMG.

Redazione del percorso del paziente con ictus

Tutte le strutture aziendali interessate, dalla Medicina Riabilitativa alle discipline internistiche, hanno concorso alla redazione del percorso per il paziente con ictus, corredato di tutte le necessarie soluzioni organizzative e strutturali, a partire dalla delineazione di una stroke unit e dalle relative necessità, quali-quantitative, di risorse strutturali ed umane. Lo stesso progetto è stato inviato in Regione ampiamente nei tempi, rispetto alla data prevista del giugno 2005. L'implementazione del percorso è oggetto degli impegni condivisi con il budget 2006.

Redazione del primo segmento del percorso del paziente demente

Nel corso del 2005 tutti gli attori coinvolti, nell'ambito internistico, così come in quello psichiatrico, con la eccezione della medicina del territorio, sempre per le citate ragioni sindacali, hanno condiviso i primi momenti di un percorso per la diagnosi del paziente con manifestazioni borderline. Tali momenti sono finalizzati ad individuare le strutture di effettiva competenza per la gestione di questa patologia nelle fasi preliminari delle sue manifestazioni, evitando, ad esempio, che gli assistiti vengano impropriamente indirizzati alle soluzioni psichiatriche.

Implementazione dei progetti di miglioramento dipendenti dagli esiti dei questionari sulla qualità percepita

Le diverse aree dipartimentali del nosocomio erano impegnate, nell'anno passato, nella definizione di precisi percorsi, utili per correggere le criticità relative evidenziate dal questionario sulla qualità percepita dai pazienti ricoverati presso il Presidio. Tali criticità, pur sempre relative, quindi in un ambito, comunque, di ampia soddisfazione dell'utenza, emergevano principalmente nei capitoli della informazioni sulle situazioni cliniche ai pazienti e in quello della condivisione con gli stessi pazienti delle scelte terapeutiche e

diagnostiche. Solamente il dipartimento internistico ha prodotto una propria riflessione ed una successiva proposta in questi ambiti. I restanti dipartimenti di degenza si sono mossi entro l'argomento, più ampio, sempre importante, della cartellonistica informativa.

Miglioramento dei percorsi informativi sui servizi

Nel corso del 2005 si è proceduto ad una costante revisione del materiale informativo delle singole strutture complesse, in ragione del progressivo mutare dei diversi aspetti organizzativi (figure dei responsabili, professionisti impegnati, aspetti dell'offerta). Un lavoro più complesso, ed in via di completamento solo nell'anno in corso, è stata la rivisitazione di tutta la cartellonistica aziendale, offerta anche negli idiomi più frequenti per le nuove popolazioni della crescente immigrazione (vedasi, comunque, quanto più estesamente è descritto nel capitolo 5).

Rispetto delle tappe e dei tempi previsti per l'Accreditamento

Nel corso del 2005 la realtà dipartimentale per la quale era prevista la specifica visita della commissione regionale, ovvero il Dipartimento di Salute Mentale, ha superato brillantemente la prova, conseguendo anche precisi elogi per alcune delle categorie dell'agire organizzativo: la condivisione e l'informazione sulle politiche, la formazione finalizzata alle linee di sviluppo quali-quantitative dipartimentali, la valutazione dei professionisti, la gestione e la manutenzione dei flussi informativi utili per misurare le diverse dimensioni dell'attività.

Le restanti strutture aziendali hanno proceduto lungo il percorso che porta all'Accreditamento, secondo una gradualità misurata proprio sulla distanza dalla tappa ultima, quella della visita ispettiva, soddisfacendo comunque gli obiettivi specifici negoziati: per qualcuno questo significava disporre di tutta la documentazione utile a superare la visita di Accreditamento, nei primi mesi del corrente anno; per altri voleva dire, invece, la semplice formalizzazione dei manuali della qualità.

3.4. Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Questo capitolo si compone di numerose pagine, tra loro spesso legate solo dal poter essere classificabili nell'ambito dei più complessivi percorsi di miglioramento qualitativo dell'Azienda.

Vi verranno descritti, pertanto, gli andamenti di indicatori di appropriatezza clinica; analogamente vi troveranno alloggio le descrizioni dei percorsi di miglioramento organizzativo, che hanno riguardato, principalmente ma non esclusivamente, il Dipartimento Amministrativo e Tecnico.

Ugualmente vi saranno comprese le composite occasioni di riadattamento strutturale della logistica nosocomiale, oltre ad aspetti di metodologia della prevenzione.

Miglioramento/mantenimento dell'appropriatezza

Tra le diverse unità di misura del grado di appropriatezza, quella più frequentemente utilizzata per la degenza ordinaria è quella dei DRG potenzialmente inappropriati secondo la Normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza del novembre 2001. L'impegno richiesto ai professionisti del nostro nosocomio era, per il 2005, quello di

mantenere i livelli di appropriatezza registrati negli anni precedenti. Ciò è realmente avvenuto, come evidenziato dalla tabella 72 e dal grafico 34, dai quali risulta come la percentuale di DRG potenzialmente non appropriati sia rimasta sostanzialmente costante rispetto al passato più recente, consentendoci di conservare una ottima collocazione rispetto al benchmarking regionale (grafico 35).

Tabella 72 - Andamento dei DRG potenzialmente non appropriati secondo normativa LEA

	2003		2004		2005	
	Casi	Casi %	Casi	Casi %	Casi	Casi %
DRG LEA	1.907	13,0%	1.734	12,2%	1.800	12,8%
DRG non LEA	12.731	87,0%	12.490	87,8%	12.253	87,2%
Totale complessivo	14.638	100,0%	14.224	100,0%	14.053	100,0%

Grafico 34 - Andamento dei DRG potenzialmente non appropriati secondo normativa LEA

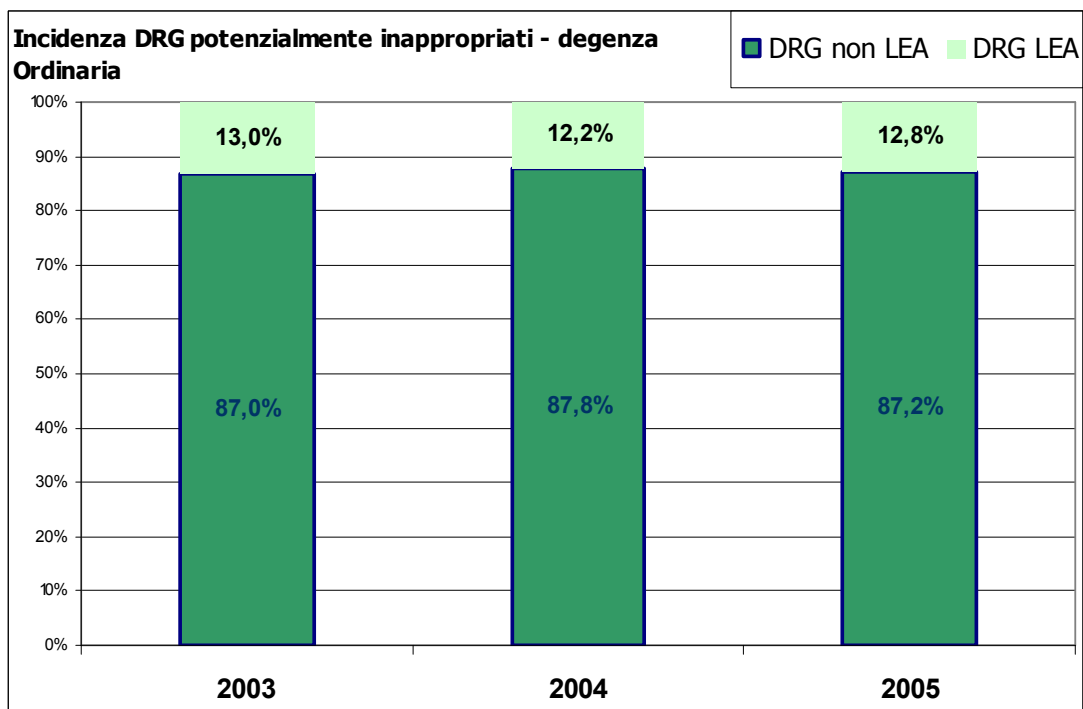
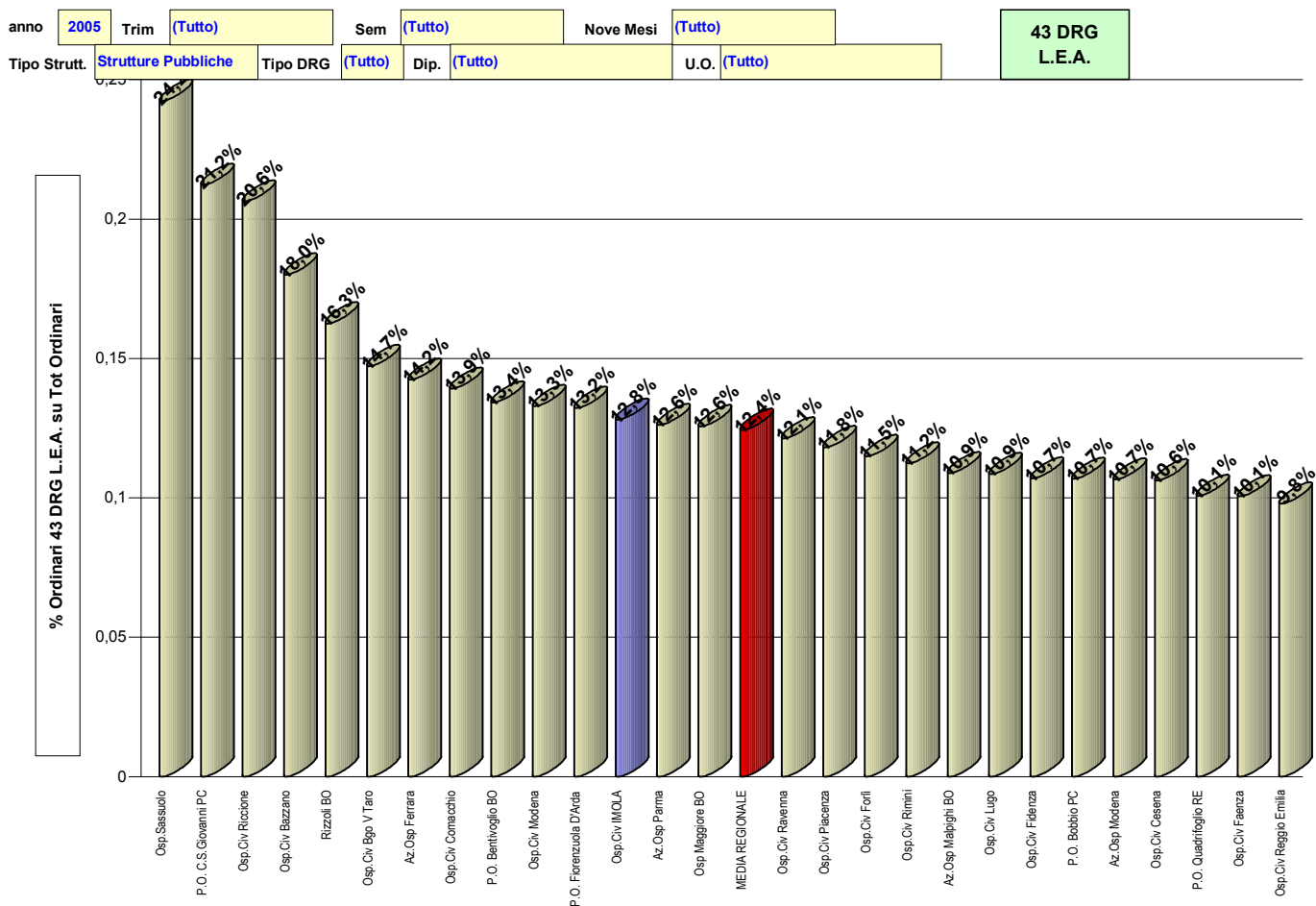


Grafico 35 - Confronto in benchmarking tra l'AUSL di Imola e le principali strutture di ricovero regionali rispetto ai DRG potenzialmente non appropriati secondo LEA



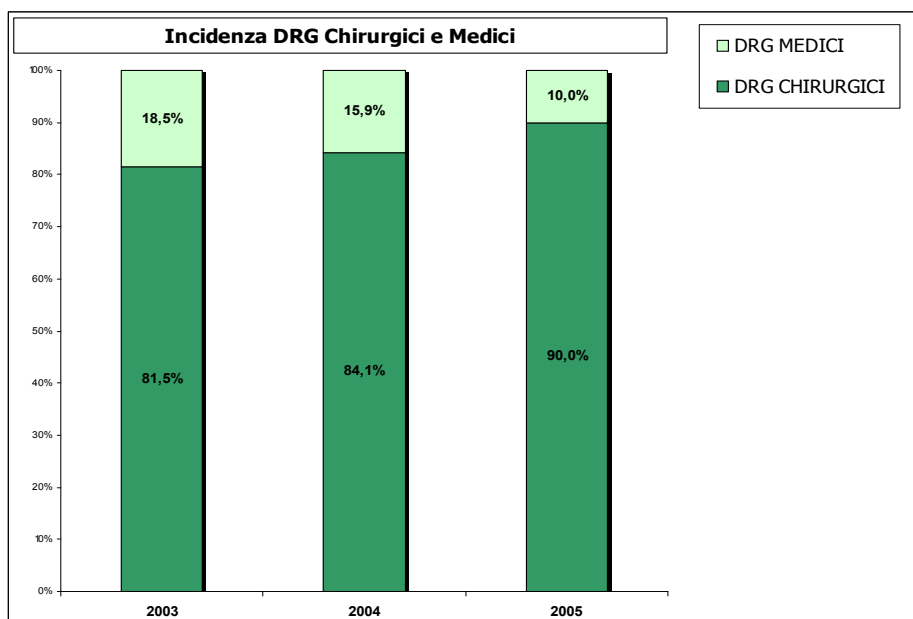
Riduzione dei ricoveri per DRG medici in ambito chirurgico

Una delle variabili della appropriatezza che si era chiesto al Dipartimento Chirurgico di migliorare era quella dei DRG medici, particolarmente per i ricoveri ordinari e programmati; la percentuale di tali ricoveri impropri, tanto più se elevata, è in grado di condizionare la funzione istituzionale prima dello stesso Dipartimento: quella chirurgica. In ragione di scelte organizzative delle singole discipline, soprattutto dalla Unità operativa di Otorino, tale percentuale è scesa, rispetto agli anni antecedenti, ben oltre il valore atteso del 17,5% (escludendo l'Unità Operativa di Urologia vista la situazione di interregno che stava vivendo) per posizionarsi sul 10% circa (vedi la tabella ed il grafico che seguono).

Tabella 73 - Trend DRG medici (ordinari e programmati) in ambito chirurgico nell'intervallo 2003-2005

	2003		2004		2005	
	Casi	Casi %	Casi	Casi %	Casi	Casi %
DRG CHIRURGICI	3.100	81,5%	2.956	84,1%	2.760	90,0%
DRG MEDICI	706	18,5%	558	15,9%	306	10,0%
Totale complessivo	3.806	100,0%	3.514	100,0%	3.066	100,0%

Grafico 36 - Trend DRG medici (ordinari e programmati) in ambito chirurgico nell'intervallo 2003-2005



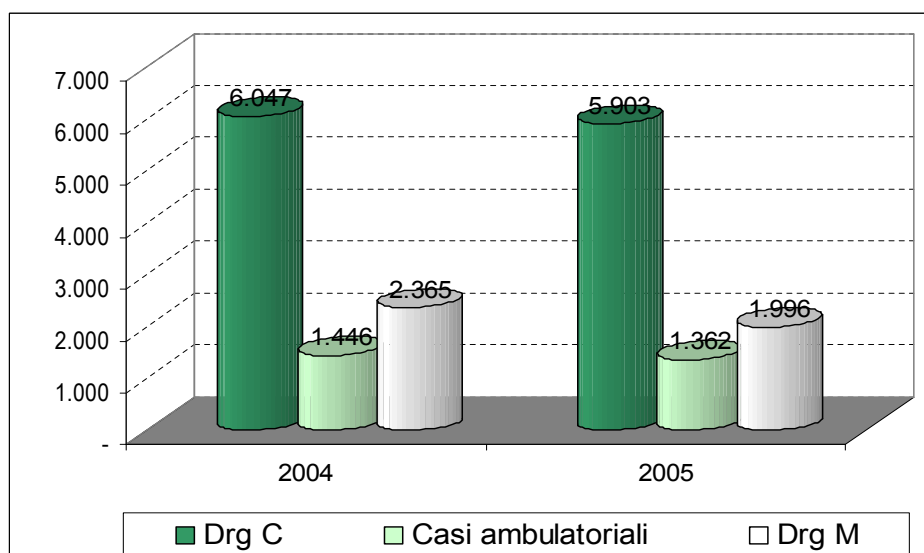
Incremento degli indici di day surgery e dei regimi brevi

Anche queste variabili sono utili indicatori di appropriatezza dell'ambito chirurgico e, per entrambe, erano stati previsti precisi valori attesi, sempre misurati al netto della particolarità della Urologia. Ciò che si è osservato, come del resto già segnalato, è una lieve riduzione dell'attività chirurgica complessiva, con la già nota riduzione critica dei DRG medici (tabella 74 e grafico 37).

Tabella 74 - Attività chirurgica e incidenza DRG medici del Dipartimento Chirurgico (eccetto Urologia)

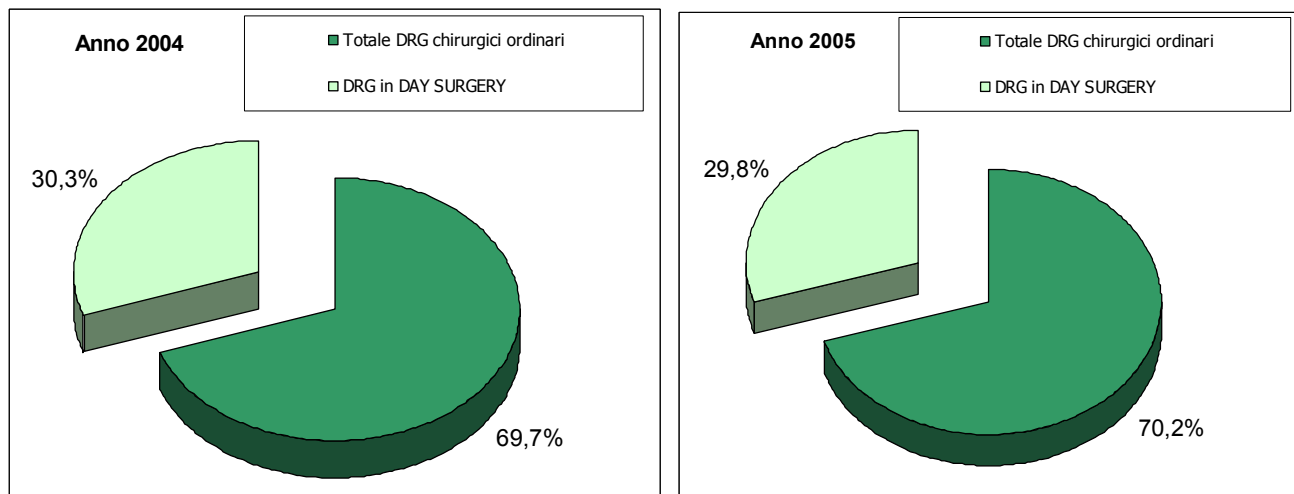
	2004	2005	Var %
Drg C	6.047	5.903	-2%
Casi ambulatoriali	1.446	1.362	-6%
Totale	8.086	7.693	-5%
Drg M	2.365	1.996	-16%

Grafico 37 - Attività chirurgica e incidenza DRG medici del Dipartimento Chirurgico (eccetto Urologia)



Questo andamento coincide con una sostanziale stabilità, nel 2005 rispetto al 2004, della percentuale di DRG chirurgici effettuati con solo ricovero diurno (indice di day surgery), vedi grafico seguente.

Grafico 38 - Incidenza della day surgery sul totale degli interventi in regime di ricovero (indice di day surgery) per gli anni 2004 e 2005



Se, poi, al dato degli interventi in ricovero uniamo quello degli interventi trasferiti dalla day surgery al regime ambulatoriale, consentendoci così di calcolare una incidenza di regimi brevi più reale, quanto si osserva, nel 2005, è una percentuale complessiva di regimi brevi del 44,2%, in continuità con il valore 2004 e di poco al di sotto del valore atteso del 46% (vedi tabella seguente).

Tabella 75 - Incidenza complessiva dei regimi brevi nell'attività chirurgica del Dipartimento Chirurgico (eccetto Urologia), confronto tra 2004 e 2005

	Anno 2004	Anno 2005	Var %
Drg C in Day Surgery	1.884	1.850	-2%
Casi ambulatoriali	1.446	1.362	-6%
Drg C totali	6.047	5.903	-2%
Incidenza casi in regime breve	44,4%	44,2%	-0,2%

Rispetto dei risultati economici negoziati

Miglioramento/mantenimento dell'efficienza operativa e gestionale

Le singole équipes delle diverse realtà dell'Azienda hanno conseguito risultati soddisfacenti nel rispetto dei parametri economici negoziati. I diversi Dipartimenti del Presidio hanno assicurato volumi di spesa per beni economici e servizi usualmente entro il range condiviso con il budget. Solo per alcune aree (Dipartimento Chirurgico, DSM) si è osservata una qualche criticità nei volumi della distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione.

Va ricordato, però, che solo nel Dipartimento Medico, nel corso del 2005, è stata implementata la nuova modalità di distribuzione diretta centralizzata, che ha alleggerito i reparti, incentivando la pratica della distribuzione in dimissione e nel corso delle visite ambulatoriali. Una particolare voce dei costi, quella per le prestazioni laboratoristiche in degenza, ha manifestato sensibili scostamenti dai valori attesi,

costruiti secondo principi di continuità con l'anno precedente: gli stessi scostamenti sono particolarmente evidenti per il Dipartimento Chirurgico e per il Dipartimento Medico (vedi tabella 76).

Tabella 76 - Volumi degli esami di laboratorio per degenti: confronto tra i vari Dipartimenti nel 2004 e 2005

	ANNO 2004	PROIEZIONE 2005	Var. %
Dipartimento Chirurgico	1.507	1.879	25%
Dipartimento Medico	216.194	235.342	9%
DEU	100.684	100.291	0%

Progetti di miglioramento / mantenimento efficienza operativa: drata media di degenza, indici di produttività, peso DRG, tassi di utilizzo, etc.

Non vi è dubbio che i parametri che interpretano la vasta categoria dell'efficienza operativa siano molteplici. Il dovere della sintesi ci impone di fare riferimento a poche variabili, tutte raccolte in un'unica tabella (tabella 77), dalla quale si evince come i volumi produttivi della realtà ospedaliera abbiano mostrato, nel 2005, una relativa continuità con il passato degli anni precedenti. Buono l'andamento delle variabili oggetto di precisa negoziazione: il peso medio DRG aumenta nel 2005, ad indicare una casistica più complessa trattata dalle nostre strutture di degenza; la degenza media scende in modo moderato, riposizionandosi sui valori del 2003.

Tabella 77 - Andamento della casistica trattata in ricovero ordinario

Dati	2003	2004	2005	Scostamenti 2005-2004	
				valore assoluto	%
<i>N.ro Casi</i>	14.638	14.224	14.053	-171	-1,2%
<i>Peso medio DRG</i>	0,935	0,957	1,018	0	6,4%
<i>Punti DRG</i>	13.693	13.609	14.304	695	5,1%
<i>Degenza media</i>	7,9	8,1	7,9	-0,2	-2,3%

Realizzazione del processo di programmazione e budget con i MMG

L'intero processo che doveva esitare nella negoziazione di un budget con i Medici di Medicina Generale non ha visto la sua conclusione nell'anno 2005 ma solamente nei primi mesi del 2006. Gli ostacoli, alla felice conclusione di questo percorso, risiedono principalmente nel carattere di particolare conflittualità assunta dal confronto sindacale e nella indicazione espressa dalla stessa Regione Emilia Romagna, di stare al passo con la più lenta realtà metropolitana.

Riorganizzazione del DAT

Il processo di riorganizzazione del Dipartimento Tecnico ed Amministrativo è già in atto da un paio di anni. Superata con successo la fase della reingegnerizzazione progettuale dello stesso Dipartimento, nel corso del 2005, si sono concretizzate tutte le tappe previste. Principalmente risultano correttamente soddisfatti tutti gli aspetti di ricollocazione logistica delle diverse Unità Operative dipartimentali. Questo aspetto strutturale ha poi cominciato a influenzare le vere e proprie scelte organizzative, esemplificate dall'accorpamento di alcune segreterie.

Formulazione del progetto del nuovo DEA

Di pari passo con il procedere delle opere murarie, la negoziazione 2005 aveva richiesto ai professionisti dell'Azienda, principalmente a quelli afferenti al Dipartimento Emergenza Accettazione, un primo contributo per la definizione delle modalità per l'utilizzo degli spazi.

Presentazione di un progetto tecnico per un diverso utilizzo delle strutture socio-sanitarie in psichiatria

Quanto atteso è stato oggettivamente garantito: sono stati, infatti, redatti precisi percorsi per la fruizione degli ambienti, per la gestione comune delle risorse infermieristiche, per l'implementazione di un nuovo servizio aziendale, ovvero una terapia semi-intensiva. Le ipotesi descritte si sono estese anche alla predisposizione di un piano formativo, in particolare indirizzato alle figure di area infermieristica, utile per rendere più rapidamente operative le stesse progettualità messe a punto.

La richiesta, indirizzata al Dipartimento di Salute Mentale e al Distretto, aveva lo scopo di riprogettare l'utilizzo delle strutture socio-assistenziali, gestite in collaborazione con il terziario sociale della città; in queste strutture, oggi, sono collocati gli ex residenti degli Ospedali Psichiatrici. Il progressivo venir meno della domanda, nella sua tipologia attuale, obbligava, infatti a individuarne una nuova modalità d'uso, indirizzata alla soddisfazione dei nuovi bisogni della Comunità, a partire dal capitolo delle demenze. L'analisi effettuata a tutt'oggi, particolarmente ricca proprio sul versante epidemiologico, rappresenta una prima fase della necessaria riflessione. La costruzione di una proposta più articolata è stata, quindi, differita all'anno in corso.

Miglioramento appropriatezza prescrittiva di farmaci e diagnostica

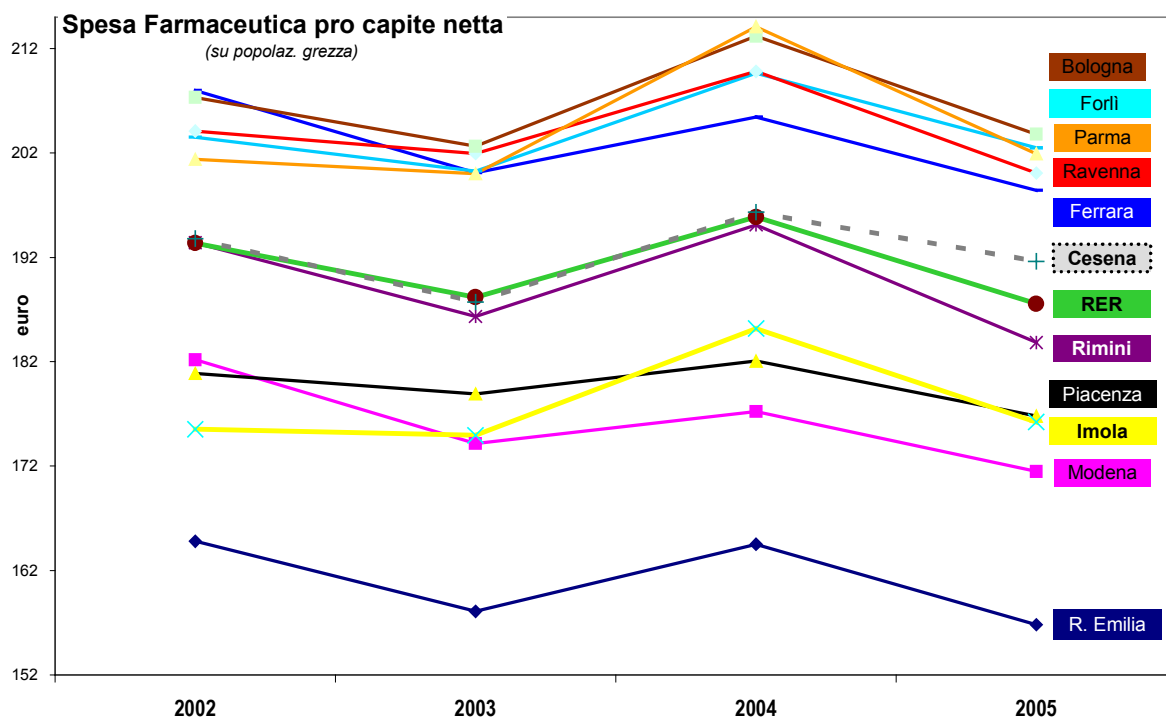
Tra le diverse voci di spesa, quella che aveva manifestato il trend di crescita più preoccupante nell'anno 2004 era stata la farmaceutica convenzionata. Si era, soprattutto, osservato un incremento, discordante con realtà aziendali omologhe, per alcune categorie di farmaci (statine, farmaci agenti sulla secrezione gastrica, oftalmologici, farmaci per il sistema respiratorio).

È stato, perciò, necessario prevedere veri e propri percorsi formativi e momenti di condivisione di precisi criteri di appropriatezza prescrittiva, validi nell'intero ambito aziendale, comprese le strutture ospedaliere; questi provvedimenti risultavano già parzialmente attivati sul finire del 2004. Tali aspetti metodologici sono, però, divenuti, nell'anno appena finito, impegni precisi per tutte le diverse professionalità coinvolte.

La spesa farmaceutica

Era, ad esempio, previsto che la nostra spesa farmaceutica presentasse un decremento complessivo, tale da collocarla almeno entro i primi tre posti di uno specifico ranking regionale. Ciò è quanto si è realmente manifestato: la nostra spesa farmaceutica convenzionata è scesa del 3,84% nel corso del 2005 (rispetto al valore medio regionale del 3,07%) collocandoci, effettivamente, sul terzo gradino del podio dei più virtuosi in Regione. Va comunque aggiunto che nei primi otto mesi dell'anno la nostra Azienda era quella con il risparmio più sostanzioso dell'intero panorama regionale, e che le prescrizioni hanno continuato comunque a crescere, a testimoniare come la principale responsabilità del risparmio risiede nella modificazione dei prezzi dei farmaci e quanto sia particolarmente difficile il presidio nel lungo periodo della materia.

Grafico 39 - Andamento della spesa farmaceutica pro-capite degli ultimi quattro anni



Un ulteriore obiettivo riguardava la necessità che si riconquistassero i nostri livelli di eccellenza quanto a spesa pro-capite: quanto atteso era, anche in questo caso, il posizionamento entro le prime tre performance regionali. Il risultato in questione è stato conseguito, come esplicitato dal grafico 39. Anche in questo caso va ricordato come, soprattutto in ragione di quanto avvenuto negli ultimi mesi dell'anno, il posizionamento al terzo posto sia stato difficoltoso, costantemente insidiato da una realtà, però, particolare come Piacenza.

Gli indici di consumo delle prestazioni ambulatoriali

L'appropriatezza è sempre stata una delle discriminanti per l'agire della Azienda USL di Imola: i suoi principi l'hanno sempre ispirata, sin dalle fasi della pianificazione strategica. In questo senso, laddove si richiedeva alle diverse responsabilità aziendali di presidiare il capitolo dei tempi di attesa, si faceva contemporaneamente richiesta di prestare attenzione proprio alla appropriatezza, evitando una esplosione della domanda, impossibile da soddisfare con le soluzioni organizzative a disposizione, salvo compromettere l'erogazione, nei tempi e nei modi adeguati, proprio delle prescrizioni più giustificate. La tabella che segue mostra l'andamento di un indicatore indirettamente interpretato come indice di appropriatezza: l'indice di consumo. La lettura di questa tabella dimostra come gli indici di consumo imolesi siano genericamente tra i più bassi dell'intera Regione, particolarmente nel caso delle prestazioni laboratoristiche.

Tabella 78 - Indici di consumo per prestazioni ambulatoriali: confronto con le restanti realtà aziendali e con i valori medi regionali

Azienda USL di residenza	Indice di consumo standardizzato (senza laboratorio)	Indice di consumo standardizzato laboratorio
PIACENZA	2.737	10.370
PARMA	3.209	9.999
REGGIO EMILIA	3.675	9.431
MODENA	3.173	9.882
BOLOGNA	4.166	11.110
IMOLA	3.112	9.110
FERRARA	3.913	9.641
RAVENNA	3.313	11.217
FORLÌ	3.585	9.061
CESENA	3.544	11.303
RIMINI	2.801	10.675
TOTALE R.E.R.	3.489	10.266

Conclusione del percorso formativo per i professionisti aziendali

I risultati osservabili nelle tabelle che precedono sono stati ottenuti grazie all'importante impegno formativo cui si è accennato poco più sopra; un impegno che ha visto la diffusa responsabilizzazione sia di precisi gruppi di coordinamento, particolarmente per il capitolo della prescrizioni farmacologiche, sia di tutti i professionisti aziendali. Ad esempio: ha superato il valore atteso il numero delle iniziative di informazione sulle caratteristiche che ci diversificavano, dalle altre realtà regionali, nei consumi di alcune particolari categorie farmaceutiche; analogo ampio sviluppo hanno avuto le occasioni di condivisione di precisi criteri prescrittivi.

Revisione di linee guida (ossigenoterapia domiciliare, uso degli antidepressivi)

Durante l'anno di esercizio 2005, unitamente al completamento di precise progettualità già ampiamente descritte nel capitolo relativo al miglioramento della integrazione tra Ospedale e Territorio, sono state riviste, o primitivamente redatte, alcune importanti linee guida:

- la linea guida sulle modalità di prescrizione della ossigenoterapia domiciliare, utile per assicurare, in modo omogeneo, tale prescrizione e per aumentare le probabilità di accuratezza e di appropriatezza nelle stesse prescrizioni;
- le linee guida per la ricetta dei nuovi farmaci antidepressivi: in realtà tale ultimo prodotto, che, come abbiamo visto, rientrava nell'ambito del Progetto regionale Leggieri, non è stato completato, proprio in ragione della difficile relazione "sindacale" con i MMG.

Conclusione dei percorsi di auditing sulla appropriatezza delle diagnostiche (Diagnostiche cardiologiche, Ecodoppler)

Già abbiamo ricordato la definizione di linee guida sull'utilizzo delle indagini doppler. A questa definizione si è aggiunta una esperienza di audit clinico, finalizzato a valutare l'impatto delle nuove linee guida: come abbiamo già ricordato nelle pagine "regionali" il grado di inappropriatezza formale (ovvero relativa alla modalità ed alla coerenza con le linee guida, con cui la richiesta veniva compilata) è sceso dal 38% al 25%.

Al contrario, l'analogo auditing previsto per le diagnostiche cardiologiche, e che avrebbe dovuto comportare nuove modalità per

**Le ristrutturazioni
edilizie**

l'individuazione delle priorità nell'erogazione delle stesse prestazioni, non è stato completato, soprattutto per la più volte ricordata mancata collaborazione dei professionisti del territorio.

Interventi strutturali

Già si è detto del procedere secondo programma delle opere edilizie relative al nuovo lotto ospedaliero. Ma gli obiettivi aventi un carattere di profondo intervento sugli immobili non si esaurivano con il capitolo dei nuovi investimenti; riguardavano, invece, numerosi interventi di manutenzione, destinati a tutte le strutture sanitarie operanti ad Imola, a Castel San Pietro Terme ed a Medicina. Il loro grado di avanzamento è stato rispettoso di quanto previsto dal cronogramma di pianificazione, in particolare:

- la ristrutturazione del sesto piano dell'Ospedale Santa Maria Della Scaletta ha superato la fase della progettazione, mentre la gara d'appalto è stata indetta proprio sul finire dell'anno;
- la realizzazione di quindici nuovi ambulatori presso la sede di Castel San Pietro, da destinarsi alle attività libero professionali, è in una fase ancora successiva, essendo già stati assegnati i lavori, che sono cominciati nello scorso settembre;
- si trovano in una fase avanzata anche i lavori per la realizzazione del CUP e del Centro Prelievi a Medicina, che hanno visto l'avvio nel mese di ottobre;
- sempre nella sede di Medicina erano previsti importanti lavori di adeguamento impiantistico: anche in questo caso i lavori sono iniziati nel mese di ottobre, rispettando il programma previsto.

**Le nuove scelte
logistiche**

Nuove soluzioni organizzative sono state implementate nel corso dell'anno 2005, anche in diretta continuità con le ristrutturazioni effettuate nell'anno precedente. Tra queste spiccano:

- l'avvio dell'Hospice, con il trasferimento della struttura che ne rappresentava il primitivo embrione, l'Unità Intensiva di Cure Integrate Oncologiche, dalla sede provvisoria imolese a quella definitiva castellana; l'intervento non è però consistito nel solo trasferimento del Servizio, ma si è caratterizzato anche per una ridefinizione della sua mission e per l'adeguamento dei posti letto.
- l'implementazione della nuova struttura integrata messa a disposizione delle attività di chirurgia in regimi brevi, che, avviata nel corso dell'anno, è divenuta immediatamente operativa per le Unità Operative di Chirurgia, Otorino e Oculistica.

Sviluppo di un sistema per la gestione del rischio clinico

Era obiettivo dell'anno 2005 la definizione di un modello per la gestione del rischio clinico. Il modello proposto prevede che si realizzi una gestione unificata delle categorie del rischio clinico, della prevenzione e della protezione, ed è assolutamente specifico della realtà imolese, non esistendo analoghe soluzioni in altre realtà aziendali. Proprio per la sua specificità ha trovato particolare attenzione da parte dei referenti regionali del rischio clinico.

Vista la fase iniziale che sta vivendo la stessa implementazione del sistema, la modellistica, cui fa attualmente riferimento, è in continuità con quella storica aziendale. In particolare, i report specifici, condivisi con i professionisti delle diverse aree sanitarie, che sono stati prodotti nel corso del 2005 riguardano:

- le cadute in degenza: per tale variabile si è osservato, nel 2005, un lieve incremento rispetto all'anno precedente, particolarmente nelle Unità Operativa di area internistica (nella interpretazione del dato non va dimenticato l'incremento del numero e della complessità dei ricoveri osservato in tale area);
- le lesioni da decubito: l'incidenza del fenomeno risulta essere largamente al di sotto al 10%, con la sola eccezione dell'Hospice (12%) e con una comprensibile maggiore rilevanza nelle lungodegenze, rispetto ai reparti per acuti; i dati osservati appaiono positivamente inferiori a quelli raccontati dalla poca letteratura internazionale sull'argomento;
- le infezioni ospedaliere: non è stato prodotto un vero e proprio studio di incidenza ma solo una rilevazione secondaria alle segnalazioni delle Unità Operativa; i dati segnalano una percentuale di infezioni della ferita chirurgica nello 0,7% circa di tutti gli interventi, con una percentuale ovviamente più alta per gli interventi "sporchi" della Chirurgia;
- l'incident reporting in sala operatoria: l'avvio dell'indagine, che, vale la pena ricordarlo, consiste nella raccolta delle segnalazioni di eventi avversi manifestatisi in sala, fatta dagli stessi professionisti, risale al 2003; quanto era previsto per l'anno 2005 era l'estensione del progetto alle sale parto, dopo una intensa esperienza formativa. Il report di sintesi prodotto dalla Regione Emilia Romagna colloca l'Azienda imolese all'interno dei valori medi regionali.

Mantenimento dei buoni tassi di copertura per gli screening ed implementazione dei nuovi percorsi previsti

La nostra realtà aziendale si è sempre contraddistinta per una alta copertura delle popolazioni "bersaglio" attraverso i percorsi di screening. Nell'anno 2005 erano previste due novità relative a tali percorsi, che hanno avuto un diverso grado di concretizzazione:

- *lo screening mammografico*. Le finalità negoziate nello scorso anno riguardavano il grado di copertura della popolazione "bersaglio" di Medicina; in particolare, nell'anno 2005 si è completata la convocazione delle utenti interessate di quel bacino geografico e, attualmente, la copertura di quella popolazione si sovrappone a quella, storicamente alta, del vecchio bacino aziendale. La copertura del campione interessato è, ad Imola, dell'82,5%, rispetto ad un valore medio regionale del 72,7%. Le relative criticità osservate per questo percorso di screening concernevano, invece, la percentuale delle pazienti che raggiungono il tavolo operatorio in tempi adeguati, dopo la diagnosi. Da questo punto di vista rappresenta una tappa miliare la scelta di acquisire una nuova tecnologia radiografica, il Mammotome, utile per eseguire, contemporaneamente, diagnosi e

biopsia, garantendo così una accelerazione dei tempi.

- *lo screening per le neoplasie del colon retto*. Trattandosi del primo anno di svolgimento dello screening, il fatto che circa il 56% dei residenti abbia risposto all'invito rappresenta un valore di assoluta eccellenza. Il confronto regionale gratifica gli sforzi dei professionisti imolesi: il valore medio regionale è, infatti, del 43% e la nostra Azienda è seconda solo al 58% di Reggio Emilia. Le uniche relative criticità, che vanno interpretate alla luce della nuova importante mole di lavoro che lo screening ha comportato per le équipe interessate, si registrano sull'indice di performance per le diagnostiche di approfondimento, nel caso di positività del test del sangue occulto: entro i previsti trenta giorni è stato effettuato il 46% dei clismi opachi ed il 74% delle visite gastroenterologiche e delle colonscopie.

Mantenimento degli alti tassi di copertura per le vaccinazioni

Le campagne vaccinali oggetto di particolare attenzione nell'anno 2005 erano fondamentalmente due:

- *la vaccinazione antinfluenzale*, per la popolazione ultrasessantaquattrenne, per la quale era prevista una copertura, particolarmente sfidante, del 75%; un risultato che è stato sfiorato, con un dato complessivo del 73,91%, che non è certo un valore abituale nell'ambito regionale.
- *la vaccinazione trivalente, morbillo – parotite – rosolia*, per la popolazione pediatrica. La copertura del campione "bersaglio" è stata, in questo caso, del 98,4%, superiore al 95% negoziato ed al valore medio regionale del 93,4%.

Mantenimento indici di rischio

Già da qualche anno il Dipartimento di Sanità Pubblica sta presidiando alcuni capitoli della prevenzione, più marcatamente critici rispetto agli aspetti epidemiologici. Nell'anno 2005 era previsto lo sviluppo di progetti di intervento finalizzati ad abbassare gli indici di rischio (ovvero la probabilità, in ragione dell'esistenza o meno di particolari fattori causali, che si verificano eventi avversi) in alcuni settori. In particolare dovevano essere presidiati:

- gli infortuni del comparto edilizia;
- gli aspetti di trasparenza dell'etichettatura delle carni, nel territorio di Medicina;
- le possibili cause di infortuni delle friggitorie;
- gli infortuni in circostanza di lavoro di alcune importanti imprese del territorio comprensoriale.

Le ricognizioni effettuate dal Dipartimento, l'intervento di sollecito alla correzione dei fattori di rischio osservati, la misurazione delle possibilità di eventi avversi dopo l'intervento correttivo, erano tutte le tappe di questo importante processo preventivo; quanto si è osservato era quanto era stato preventivato: ovvero il miglioramento di tutti questi indici di rischio.

È solo una apparente paradosso il fatto che, proprio nel settore dell'edilizia, cui era destinato parte dello sforzo dipartimentale, si sia osservato un lievissimo incremento del tasso di infortuni (dal 7,63 per mille al 7,92 per mille). Ciò testimonia sia del diverso significato

statistico-epidemiologico delle due variabili, indici di rischio e tassi di infortuni, sia della dipendenza di queste manifestazioni da parametri quasi mai sotto il governo esclusivo delle istituzioni preposte ai controlli.

Sviluppo degli investimenti in tecnologie informatiche ed attrezzature biomediche

Le possibilità che una Azienda sanitaria ha di vincere la sfida con le dinamiche complesse del "mercato della salute", dipendono fortemente da quanto si riesce ad investire in formazione e tecnologia. Rinviando il ragionamento sulla formazione a quanto descritto nelle pagine di altri capitoli, vogliamo qui limitarci alla rendicontazione su quanto avvenuto nella nostra Azienda, relativamente agli investimenti in tecnologia ed informatica.

Le tecnologie biomediche

Le risorse destinate all'acquisizione di nuove tecnologie ed al rinnovo di quelle obsolete, ammontano, complessivamente, a più di 2,5 milioni di euro. Questa cifra si compone, a sua volta, di due frazioni: quella relativa agli investimenti provenienti direttamente dai bilanci aziendali e quella derivante dalla ricca solidarietà sociale del tessuto civile ed economico della nostra Comunità. Nella tabella 79 sono illustrate le modalità secondo le quali tali risorse si sono distribuite tra le diverse articolazioni aziendali. Spicca l'elevata percentuale delle risorse destinate al Dipartimento Chirurgico (35%), cui fa seguito il Dipartimento Medico.

La tabella 80 illustra, poi, le principali tecnologie acquisite nel corso del 2005. Vi spiccano le cifre destinate alla contingenza, rappresentata dal malfunzionamento del tubo catodico della TAC, quelle finalizzate ad aggiornare le strumentazioni della Urologia, affinché potesse meglio esprimere le sue potenzialità produttive e professionali e quelle indirizzate alla Gastroenterologia, perché il difficile percorso dello screening delle neoplasie del colon retto fosse sostenuto da una adeguata dotazione strumentale.

Ci sono, poi, diversi modi per giudicare l'importanza e la "qualità" assoluta dei numeri appena raccontati; uno di questi, che consente di valutare abbastanza bene in che misura le nuove tecnologie abbiano effettivamente fornito un decisivo supporto al processo di miglioramento progressivo degli indici aziendali, è quello di misurare il "grado di conversione", ovvero la percentuale di attrezzature, rinnovate o di nuova acquisizione, rispetto alle dotazioni complessive aziendali: il costo per l'acquisizione delle nuove tecnologie rappresenta il 15,5% dell'intero valore patrimoniale delle attrezzature biomediche dell'Azienda.

Tabella 79 - Sintesi degli investimenti in attrezzature biomediche nel 2005

Destinatari dell'investimento	Totale investimento aziendale 2005	Donazioni	Totale Generale	%
Presidio Ospedaliero	€ 23.090	€ 0	€ 23.090	1
Dip. Chirurgico	€ 649.938	€ 236.863	€ 886.801	35
Dip. Medico	€ 441.204	€ 177.084	€ 618.288	24
Dip. Emerg. Acc.	€ 425.828	€ 93.413	€ 519.241	20
Dip. Servizi	€ 332.890	€ 0	€ 332.890	13
Distretto	€ 154.822	€ 0	€ 154.822	6
Totali Generali	€ 2.027.773	€ 507.360	€ 2.535.133	100

Tabella 80 - Principali attrezzature acquisite nel 2005 e loro costo relativo

Area Dipartim.	Divisione/Servizio	Apparecchiatura fornita	Quantità	Costo complessivo anno 2005
Chirurgica	Ginecologia ostetricia	Colonna per Laparoscopia Ginecologica	1	45.000,00
Chirurgica	Oculistica	Microscopio Operatorio	1	59.000,00
Chirurgica	Urologia	Ottiche e strumentario	1	49.937,52
Distretto	Genetica Medica	Sistema automatico preparazione campione analisi cariotipi	1	28.800,00
Distretto	Poliambulatori	Riunito odontoiatrico	1	33.750,00
Emergenza Urgenza	Cardiologia	Apparecchio Rx portatile con amplificatore di brillantezza	1	70.000,00
Emergenza Urgenza	Cardiologia	Poligrafo	1	60.000,00
Emergenza Urgenza	Pronto soccorso	Ecotomografo CONSIP	1	39.576,72
Emergenza Urgenza	Rianimazione	Pompa per infusione farmaci anestetici	10	32.000,00
Medica	Gastroenterologia	centralina argon plasma e bisturi elettrico	1	30.000,00
Medica	Gastroenterologia	Colonscopio olympus 145 L	4	66.000,00
Medica	Gastroenterologia	Fonte Luminosa e videoprocessore	1	36.000,00
Presidio Ospedaliero	Reparti e/o Servizi vari	Ottiche in sostituzione per reparti chirurgici	10	50.000,00
Servizi	Anatomia Patologica	Microscopio Ottico	2	24.000,00
Servizi	Radiologia	Sostituzione tubo radiogeno TAC	1	86.765,00

Le tecnologie informatiche

Al di là dell'elevata percentuale di rinnovo/adeguamento del parco macchine aziendale (sono stati distribuiti, nei diversi servizi aziendali, un complessivo di: 171 computer, 107 stampanti, 10 portatili, 4 server) l'obiettivo principale, in questo campo, era l'implementazione di un nuovo sistema informativo-informatico finalizzato alla gestione dell'intero processo di ricovero: il sistema IPERICO.

Il nuovo strumento, attraverso il quale gestire le ospedalizzazioni, le compilazioni delle schede SDO (con supporto tecnico per una compilazione qualitativamente adeguata), le lettere di dimissione, le anamnesi dei pazienti, le refertazione delle diagnostiche, le richieste di consulenze e di esami, gli interventi manutentivi, le richieste di materiali e farmaci, è stato realmente implementato nei tempi attesi. Il suo pieno utilizzo ha reso necessaria una fase preliminare di tipo formativo, che ha interessato una frazione molto ampia del personale medico ed infermieristico del Presidio.

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

Premessa

Anche nel corso dell'anno 2005 l'azienda ha proseguito nella valorizzazione delle competenze professionali di ciascuno e nella ricerca di un clima collaborativo tra tutti gli operatori.

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

La provenienza dei dipendenti dell'azienda è prevalentemente locale; pertanto il livello di partecipazione ed il senso di appartenenza alla stessa sono naturalmente elevati. I dipendenti a tempo indeterminato, alla data del 31.12.2005, sono 1.730.

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

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

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

Collegio di Direzione

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

Il collegio si riunisce mediamente ogni 30 giorni

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

Attività nelle quali è stato coinvolto il Collegio di Direzione

In attesa della direttiva regionale (approvata all'inizio dell'anno 2006 con deliberazione G.R.86/2006) per l'adozione dei nuovi Atti aziendali e per la definizione del Regolamento per il funzionamento del Collegio di Direzione, le Direzioni Generali che si sono succedute al governo dell'Azienda U.S.L. di Imola hanno convocato il Collegio per n° 52 volte (da ottobre 2000 al 31 dicembre 2005) e, come si può evincere dai verbali delle riunioni, il Collegio stesso è stato coinvolto per le seguenti attività/funzioni/competenze:

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

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

*Delibere inerenti
Organizzazione su
base dipartimentale
aziendale
N. 245/1997
N. 517/1997
N. 55/1998
N. 848/1999
N. 201/2001
N. 362/2001
N. 39/2003*

Coordinamento dei Dipartimenti

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

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

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

Governo Clinico

*Delibera di
approvazione della
"L'Organizzazione
della Direzione
Sanitaria aziendale
finalizzata al governo
clinico" 87/2003*

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

In ambito Aziendale il riferimento è a strutture di supporto già costituite (Uffici di Staff) che assicurino, fra le proprie attività, il supporto alla Direzione Sanitaria e a quei professionisti impegnati nei temi specifici del Governo Clinico.

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

Nello sviluppo della politica di Governo Clinico, il Collegio di Direzione costituisce luogo di promozione, indirizzo e coordinamento delle strategie complessive: è "Organo Aziendale con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori" (art.3 LR 29/2004).

il Direttore Sanitario rappresenta la figura che, essendo parte integrante del processo decisionale strategico, si confronta con il Direttore Generale

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

Delibera di approvazione Regolamento CESU 98/2004

Funzione trasversale all'Azienda

e gli Staff Aziendali per rappresentare e portare a sintesi le necessità di "governance" clinica con le risorse e funzioni presenti.

Il Direttore di Dipartimento diviene figura centrale nella funzione di gestione delle risorse economiche e degli aspetti della qualità clinica (la pratica professionale).

Il Dipartimento stesso diventa l'interfaccia tra il governo generale dell'Azienda (la Direzione strategica) ed il governo clinico operativamente praticato, nell'ambito dei propri indirizzi, delle proprie responsabilità e della propria autonomia.

In questo modo l'Azienda assume una diretta responsabilità, riconducibile al Direttore Sanitario, del miglioramento continuo della qualità dei Servizi e della salvaguardia degli standard di assistenza, creando un contesto nel quale possa fiorire l'eccellenza.

Il Dipartimento sviluppa nel trattamento del paziente una pratica medica orientata alla medicina basata sull'evidenza, all'audit clinico, alle linee guida, all'Accreditamento e alla gestione e comunicazione del rischio.

Il concetto di "Governo clinico" implica il convergere di una serie di leve di tutto il sistema in una prospettiva di rivisitazione critica degli elementi strutturali, organizzativi, professionali, culturali dell'assistenza erogata a qualsiasi livello.

In altre parole si tratta di un sistema di governo che responsabilizza politici, manager, professional e cittadini, finalizzato a definire la qualità, assicurare le responsabilità ed implementare il miglioramento in modo reciprocamente controllabile da parte dei vari stakeholder del sistema assistenziale, basandosi sulle seguenti premesse:

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

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

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

Area Efficacia Clinica (CESU)

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

Quest'Area si occupa di percorsi assistenziali che coinvolgono più di un Dipartimento, diversi professionisti dei Servizi Territoriali ed in particolare i Medici di Medicina Generale.

Fornisce supporto e competenze alla Commissione Terapeutica Locale, al

	<p>Comitato Infezioni Ospedaliere ed al Comitato Etico. Su indicazione del Direttore Sanitario i componenti della CESU partecipano a commissioni, gruppi aziendali ed interaziendali, per affrontare tematiche specifiche per le quali è richiesta la loro competenza/consulenza.</p>
Funzione per il Dipartimento	<p>Il Direttore di Dipartimento si avvale della CESU quale supporto per l'esercizio delle attività di governo clinico. Il Referente dipartimentale della CESU raccoglie le esigenze del Dipartimento e delle Unità Operative e formula la proposta di lavoro al Comitato di Dipartimento.</p>
Sviluppare competenze e ruoli delle professioni sanitarie	<p>Nel corso dell'anno 2005 la CESU ha ottenuto i seguenti risultati:</p> <ul style="list-style-type: none">– sono state potenziate le competenze necessarie per svolgere attività formativa EBM di Base, (allo stato attuale sono stati formati n. 5 docenti interni);– è stata completata la formazione E.B.M. di Base all'interno del Presidio Ospedaliero e parzialmente nel Distretto;– sono stati effettuati n. 1 Corso pre-core curriculum con docenti interni;– è stato ripetuto il Corso formativo su "Evidence Based Nursing" con docenti interni;– è proseguita la formazione del gruppo EBM Avanzato con un totale di n.3 incontri. <p>Nel 2005 l'attività CESU si è caratterizzata per il progressivo trasferimento delle conoscenze EBM da un piano formativo-teorico ad un piano prettamente applicativo:</p> <ul style="list-style-type: none">– si è concluso il percorso clinico-organizzativo del tumore polmonare ed è stato avviato quello relativo all'asma bronchiale;– si è proceduto alla revisione dell'antibiotico-profilassi in Chirurgia;– sono proseguiti, nell'ambito del gruppo EBM avanzato, i lavori dei sottogruppi intraaziendali per l'utilizzo appropriato dei farmaci ad alto costo e/o a largo impiego.
Attività di Audit	<p>Nell'aprile 2005 è stato elaborato da parte di un Gruppo multidisciplinare di professionisti delle AUSL di Imola e di Bologna, un rapporto contenente i risultati di un audit di verifica e valutazione sull'utilizzo della PET in una casistica consecutiva di pazienti assistiti dall'Oncologia di Imola. Il Gruppo in particolare ha valutato:</p> <ul style="list-style-type: none">– la concordanza tra le indicazioni per un uso appropriato della PET, sec. le LL.GG. elaborate dal CEVEAS e dalla RER, e le motivazioni per le quali veniva richiesto l'esame,– la performance della PET rispetto alle metodiche tradizionali,– e l'impatto dell'esito dell'indagine sull'iter terapeutico dei pazienti studiati.
Audit Organizzativo o Verifica di Accredimento	<p>Nell'ambito dell'Accreditamento Istituzionale il 2005 ha dato l'avvio alle verifiche nei Dipartimenti di Salute Mentale e di Emergenza Accettazione sul possesso dei requisiti generali e specifici richiesti ai sensi della DGR 327/2004, secondo le priorità definite dall'Assessorato alla Sanità Regione Emilia-Romagna. L'intero percorso di Accredimento del DSM e del DEA ha permesso di descrivere e verificare la capacità di leadership, governo e pianificazione dei processi erogativi ed i risultati della pratica clinica e dell'attenzione al paziente (come risulta dai rispettivi Manuali per l'Accreditamento prodotti entro l'anno 2005 e dalla relazione di <i>autovalutazione ex post</i> obbligatoriamente stilata per la RER in previsione delle visite ispettive programmate).</p>

4.2. Gestione del rischio e della sicurezza

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

Gestione del rischio (626)

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

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

Sono redatti e progressivamente aggiornati dal Servizio i seguenti documenti:

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

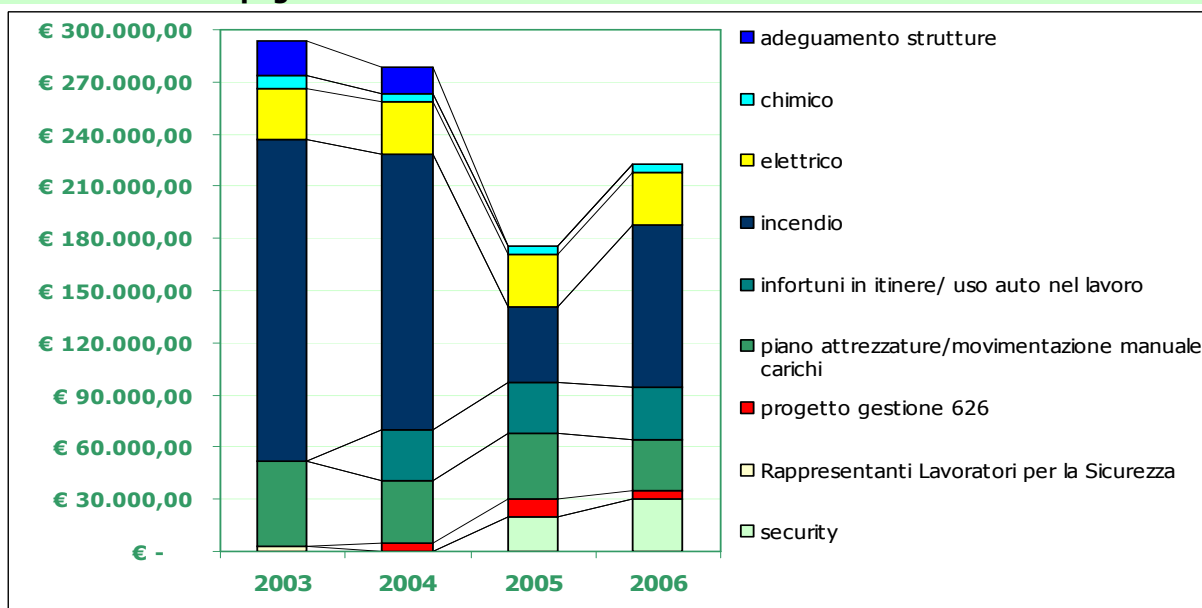
Mediamente sono destinati ad interventi di miglioramento della sicurezza sui luoghi di lavoro circa € 250000 annui, oltre ai quali si consideri che ogni nuovo acquisto o investimento strutturale garantisce la coerenza ed adeguatezza al disposto normativo.

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

Le più significative attività svolte ed i conseguenti risultati raggiunti nel corso del 2005 corrispondono a:

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

Grafico 40 - Piano delle azioni 2003-2006 per il miglioramento della sicurezza nei luoghi di lavoro - Sintesi impegno economico



Andamento infortunistico

Dati Statistiche infortuni

Rapporto annuale sull'andamento infortunistico dal 2000 al 2005

Il totale aziendale di tutti gli infortuni occorsi nell'anno 2005 è di 179. Annualmente vengono elaborati i dati relativi agli infortuni sul lavoro, ; la reportistica ha una profondità storica di 9 anni. Si riporta di seguito un sunto schematico dell'andamento dal 2000 al 2005 che dimostra un andamento sostanzialmente stabile e con tendenza in diminuzione in termini di durata media e quindi di gravità.

Tabella 81 – Riepilogo infortuni con indici e rapporto con n.ro dip. Ore lavorate

ANNO	NUMERO DIPENDENTI	ORE LAVORATE	GG. ASSENZA TOT.	DURATA MEDIA	TOT INFORTUNI	INFORTUNI RISCHIO BIOL.	INFORTUNI MOVIM. MANUALE CARICHI	INFORTUNI DIVERSI	INFORTUNI IN ITINERE	INDICE DI FREQ. ANNUA	INDICE DI GRAVITA'	INDICE INCIDENZA	INDICE INCID. RISCHIO BIOL.	ASSENZA MEDIA
2000	1675	2.539.593	1982	11,39	174	58	11	86	19	0,069	780	10,39	3,46	1,18
2001	1663	2.023.506	1875	10,14	185	70	9	90	16	0,091	927	11,12	4,21	1,13
2002	1640	1.963.782	2289	13,46	170	50	15	90	15	0,087	1166	10,37	3,05	1,40
2003	1637	2.405.622	2648	13,65	194	71	25	82	16	0,081	1101	11,85	4,34	1,62
2004	1666	2.479.921	2294	13,90	165	58	15	76	16	0,067	925	9,90	3,48	1,38
2005	1761	2.519.643	2201	12,30	179	67	18	81	13	0,071	874	10,16	3,80	1,25

LEGENDA

DURATA MEDIA INFORTUNIO:
INDICE FREQUENZA ANNUA:
INDICE DI GRAVITA':
INDICE INCIDENZA:
INDICE INCIDENZA RISCHIO BIOLOGICO :
ASSENZA MEDIA PER ADD.:

GG.TOTALI INFORTUNIO\N° TOTALE INFORTUNI
N° INFORTUNI*1.000.000\ ORE LAVORATE
GG.TOT. INFORTUNIO*1.000.000\ORE LAVORATE
N° INFORTUNI\TOTALE DIPENDENTI*100
N° INFORTUNI R. BIOLOGICO\TOTALE DIPENDENTI*100
GG.TOTALI ASSENZA\N° ADDETTI

Sorveglianza Sanitaria

1° causa di inidoneità alla mansione

Disturbi del sistema muscolo scheletrico

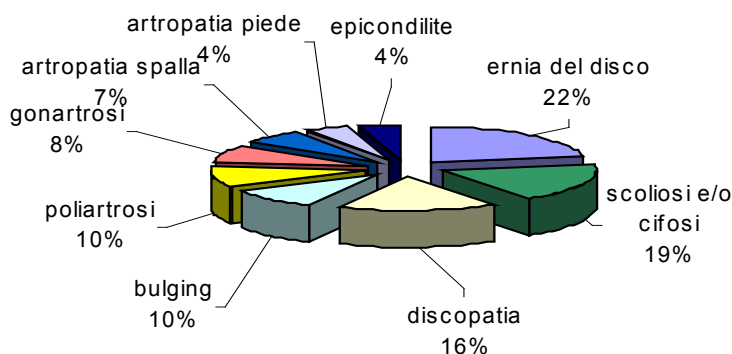
Sorveglianza sanitaria

L'apparato muscolo-scheletrico si conferma l'apparato più colpito, con particolare riferimento al rachide; le spondilo-artropatie funzionali (SAP) riscontrate mantengono la prevalenza di circa il 30% di cui oltre la metà di 2° e 3° livello. Al fine di ridurre il rischio sono state attivate alcune misure: Valutazione del rischio MM pazienti nei reparti ospedalieri secondo criterio MAPO, classificazione degli ambienti di lavoro con una

sanitaria
anno 2005
sintesi dei risultati
obiettivi e proposte

mappatura a colori, censimento ausili, acquisizione ausili minori e maggiori (da completare), acquisizione barelle regolabili in altezza, sostituzione delle ruote dei letti di degenza, formazione, follow up dello stato di salute.

Grafico 41 - Prevalenza patologie muscolo-scheletriche ASP (Anno 2005)

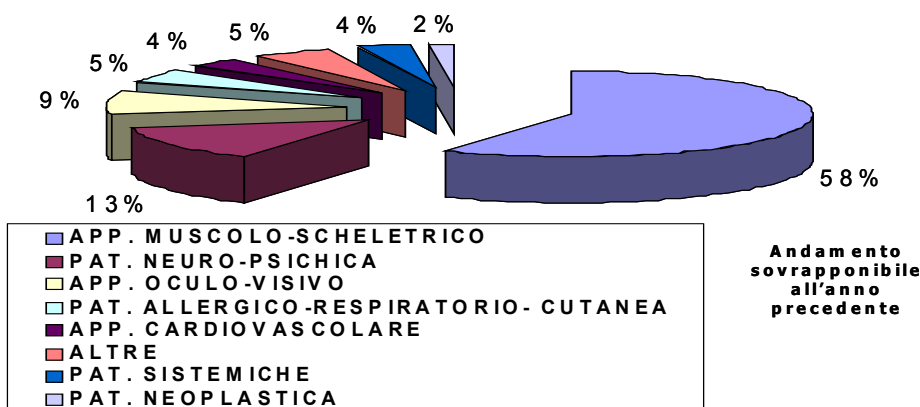


2° causa di inidoneità alla mansione

La Fondazione di Dublino (III indagine europea sulle condizioni di lavoro) riconosce come problemi più frequenti: mal di schiena 33%, stress 28%, dolori muscolari collo e spalle 23%

La 2° causa di inidoneità alla mansione è rappresentata dalle patologie neuro-psichiche. La prima considerazione da farsi è che le trasformazioni del mondo del lavoro e l'insorgenza di nuovi rischi, in particolare psico-sociali (stress, depressione o ansia, ecc.) sono causa e rappresentano ben il 13% dei problemi di salute legati al lavoro, un quarto dei quali comporta un'assenza dal lavoro pari o superiore alle due settimane. Pertanto l'azienda intende intraprendere un percorso di analisi e pianificazione strategica del sistema di prevenzione aziendale, partendo dalla "sicurezza", dai "problemi di salute" e dai "bisogni formativi".

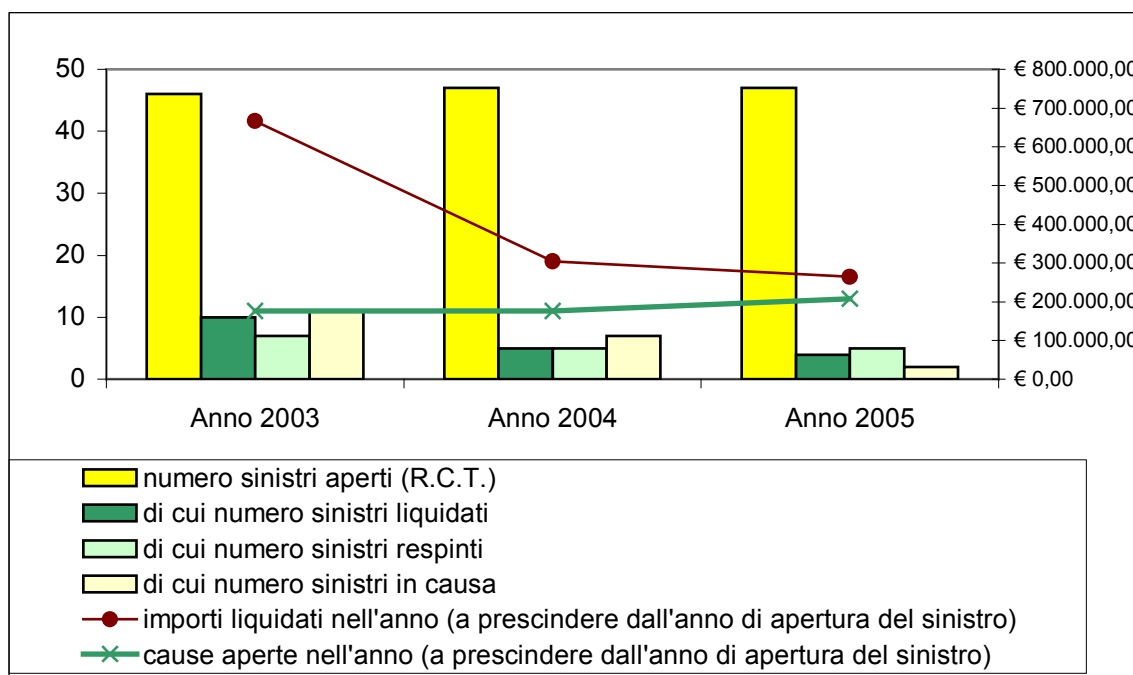
Grafico 42 - Idonei con Limitazioni distribuzione per patologia al 31/12/05



Livello di contenzioso con la "clientela"

Il livello di contenzioso con la clientela si mantiene costante negli anni, in dimensione contenuta, il valore del liquidato è invece di molto variabile data la durata, non predefinibile e non standardizzabile, delle singole cause; il numero delle cause aperte nell'anno è comunque in lieve incremento

Grafico 43 – Livello di contenzioso con la clientela



4.3. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

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

- Valutazione delle posizioni
- Valutazione della performance

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

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

Sistemi premianti

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

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

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

Il sistema di incentivazione è definito da:

- Regolamento del nucleo di valutazione: modello integrato di

Principi generali

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

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

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

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

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

Definizione degli obiettivi

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

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

La negoziazione si divide in:

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

Negoziare

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

Tabella 82 - Fasi del processo di negoziazione aziendale - Gantt generico

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

Rispetto dei tempi nel processo di programmazione e valutazione

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

Ruolo del Nucleo di Valutazione

Il NV supporta direttamente la negoziazione a livello delle Articolazioni e dei Dipartimenti, garantendo il rispetto metodologico e il rispetto della coerenza degli obiettivi assegnati con le indicazioni strategiche. Acquisisce le schede di budget di tutte le realtà aziendali e ne effettua la validazione.

Strumenti di Valutazione

La valutazione è effettuata mediante alcuni strumenti metodologici quali:

Scheda obiettivi "A"

– scheda obiettivi "A": modello utilizzato per definire gli obiettivi dei responsabili di struttura complessa o semplice con gestione di risorse, dell'area comparto di ciascuna unità operativa, delle singole posizioni organizzative del comparto;

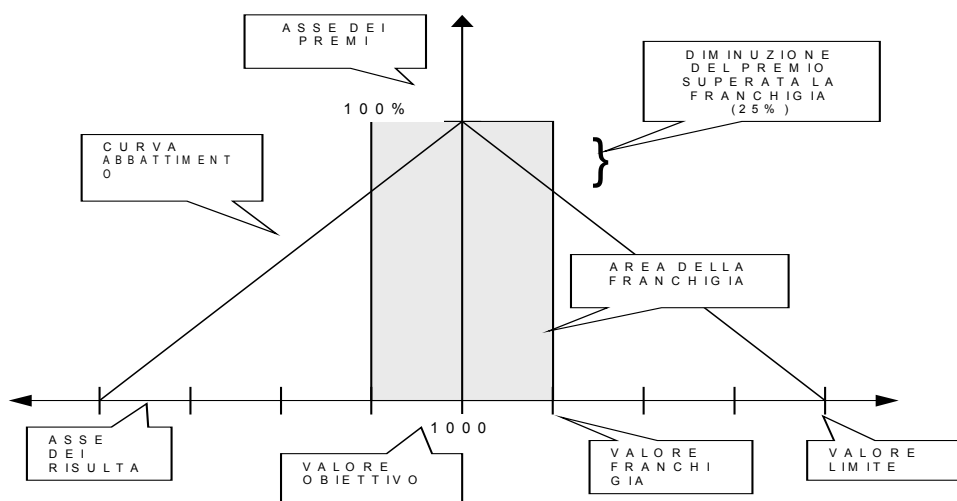
Scheda di calcolo dei risultati ottenuti "B"

– scheda di Calcolo "B": la determinazione del grado di raggiungimento degli obiettivi si realizza attraverso criteri stabiliti, utilizzando il modello della scheda di calcolo;

Scheda risorse "C"

– scheda risorse "C": per ciascuna struttura complessa ovvero semplice con gestione di risorse è definita una scheda di risorse assegnate.

Grafico 44 – Metodo di calcolo del premio in relazione al raggiungimento degli obiettivi



Criteri per la determinazione del grado di raggiungimento degli obiettivi

La valutazione annuale dei risultati di gestione

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

Sistemi di valutazione della performance professionale

Modalità di utilizzo dei risultati della valutazione nei percorsi di carriera

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

Valutazione di I istanza

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

- Iter valutazione di prima istanza. I responsabili di struttura interni al dipartimento, sulla base anche dei report, predispongono una breve relazione relativa al raggiungimento degli obiettivi negoziati, nella quale sono documentati i risultati raggiunti e motivati gli scostamenti rilevanti ai fini del sistema premiante e la sottopongono al direttore di dipartimento che procede alla valutazione di prima istanza redigendo una relazione sulla base della scheda di budget, alla quale va allegata la relativa scheda di calcolo con la percentuale di raggiungimento degli obiettivi. Tale relazione deve pervenire al NV il primo trimestre dell'anno successivo a quello a cui si riferisce la valutazione insieme a un'istruttoria descrittiva realizzata utilizzando la scheda di budget, alla scheda di calcolo completata con i risultati raggiunti. La valutazione di I istanza dei responsabili di articolazione e di Dipartimento viene effettuata dal NV su mandato del Direttore Generale.

Valutazione di II istanza

- Iter valutazione di seconda istanza. Il NV, sulla base delle relazioni predisposte dai direttori di dipartimento, procede, se ritenuto opportuno, all'effettuazione di interventi di incentivazione...

Effetti sul sistema premiante	<p>opportuno, all'effettuazione di incontri di chiarimento con i responsabili di UO e, se richiesto, attiva la seconda istanza sentendo i dirigenti di struttura, complessa e semplice, che hanno riportato una valutazione non condivisa, in presenza del valutatore di I istanza.</p> <ul style="list-style-type: none">- Il NV sulla base degli elementi acquisiti e applicando i criteri stabiliti, propone all'azienda le valutazioni effettuate e gli eventuali effetti sul sistema premiante. Viene fatta salva la possibilità da parte della Direzione Aziendale di attribuire ai Dirigenti con mandato fiduciario (Articolazioni e Dipartimenti) un punteggio ulteriore a quello emergente dalle valutazioni sopradette, non superiore al 20% di quanto emerge dalla specifica scheda di calcolo. Per i Dirigenti che assommano la responsabilità di una UO con quella della struttura complessa sovraordinata (esempio: unità Operativa e relativo Dipartimento) il salario di risultato deve intendersi complessivamente impegnato nel giudizio della responsabilità più alta.
Contraddittorio	<ul style="list-style-type: none">- I dirigenti di struttura che hanno riportato una valutazione negativa possono richiedere di essere ulteriormente sentiti dal NV, entro trenta giorni dal ricevimento del giudizio sull'andamento gestionale del precedente esercizio.
Valutazione individuale	<ul style="list-style-type: none">- Alla relazione i responsabili di struttura, semplici o complesse, devono allegare la valutazione dei dirigenti componenti dell'équipe interessata.
Valutazione obiettivi comparto	<ul style="list-style-type: none">- Relativamente al personale del comparto. Per le posizioni organizzative la valutazione è effettuata annualmente dal NV analogamente a quanto previsto per i dirigenti a mandato fiduciario. Per gli appartenenti alle équipes delle strutture complesse la valutazione attiene al Responsabile del Dipartimento in collaborazione, nelle aree sanitarie, con i Responsabili infermieristici delle UO e degli stessi Dipartimenti, pesando il contributo dei singoli professionisti agli obiettivi della équipe.
I Progetti Straordinari	<p>La seconda istanza è affidata al NV ed è effettuata su richiesta di una delle parti. Per i responsabili infermieristici di Dipartimento e di Articolazione la valutazione è effettuata rispettivamente dal Responsabile di Dipartimento o di Articolazione, sulla base degli specifici obiettivi affidati. La seconda istanza è, anche in questo caso compito del NV.</p> <p>Con i progetti straordinari si vuole dare risposta a problematiche emerse acutamente nel corso dell'anno, tali da mettere in crisi il raggiungimento delle finalità aziendali. La loro presentazione si realizzerà solo nel caso di reale necessità. I singoli progetti dovranno descrivere con chiarezza gli operatori e le professionalità interessate, il peso percentuale del contributo delle singole figure impegnate, i risultati che ci si attendono ed i relativi indicatori, utili alla lettura del loro raggiungimento.</p>

4.4. Formazione

Area Formazione

Il Polo Formativo viene identificato quale struttura operativa e di supporto alla Direzione Scientifica.

Le Aree di attività proprie del Polo Formativo maggiormente significative sono:

Corsi di Laurea

- collaborare alla realizzazione e gestione, per gli aspetti di competenza, dei Corsi di laurea relativi all'Area delle Professioni Sanitarie;

Corsi formazione post base

- collaborare con le Università per il tirocinio curricolare degli studenti;
- progettare e coordinare e gestire corsi di formazione post base di Area Infermieristica;

Corsi formazione iniziale

- coordinare, gestire e valutare i corsi di formazione iniziale per il personale di supporto all'assistenza infermieristica (O.S.S.);

Riqualificazione

- coordinare, gestire e valutare, in collaborazione, ove previsto, con Enti formativi, i percorsi relativi alla riqualificazione sul lavoro del personale OTA e AdB;

PAF e accreditamento ECM

- Formazione continua;

- Elaborazione del PAF annuale sulla base del fabbisogno formativo espresso dalle diverse strutture Aziendali;

- Garantire l'accREDITamento di tutti gli eventi formativi realizzati in Azienda rivolti a personale dipendente e/o esterno attraverso procedura Ministeriale o Regionale;

- Gestire ed implementare la banca dati Aziendale relativa ai dati sulla Formazione aziendale, garantendo la copertura dell'obbligo informativo interno ed esterno;

- Progettare, realizzare e gestire iniziative di carattere trasversale per il personale afferente al SIT nonché iniziative a carattere aziendale trasversale;

Agenzia Sanitaria Regionale

- Garantire l'accREDITamento degli eventi formativi realizzati dall'Agenzia Sanitaria Regionale, attraverso procedura Regionale garantendo il rispetto dei requisiti richiesti per l'accREDITamento ECM degli eventi formativi realizzati.;

Catalogo Offerte formative

- Organizzare e gestire i corsi proposti per conto dell'Azienda nel "Catalogo delle offerte formative" annuale elaborato in collaborazione con le Aziende sanitarie della provincia di Bologna;

- Promuovere e realizzare tipologie di formazione diversificate: FAD formazione a distanza.

Il piano formativo 2005

Attività svolta nel 2005

Le iniziative formative realizzate nel corso dell'anno 2005 sono state:

Formazione Universitaria

- Coordinamento di n. 2 anni di corso del C.L. Infermieristica.

- Collaborazione alla gestione degli altri corsi di Laurea ospitati presso il Polo Formativo ovvero n.2 anni di corso del C.L. in Educazione Professionale e n. 3 anni di corso del C.L. in Tecniche della Prevenzione nei luoghi di vita e ambienti di lavoro.

- Collaborazione e supporto alla gestione del C.L. in Fisioterapia ospitato presso Montecatone.

- Effettuazione di attività di orientamento in uscita degli studenti frequentanti i quinti anni degli Istituti Superiori del territorio Imolese relativamente ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie ospitate;

- Codirezione, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna e l'Università di Bologna, del Master di 1° livello Area Infer. Area geriatria Ospedaliera e Territoriale.

Formazione "di tipo

- professionale" AL e SUL lavoro**
- Codirezione e attivazione in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna e l'Università di Bologna del Master di 1° livello "Infermiere di Sanità Pubblica e di Comunità".
 - Coordinamento e gestione n. 3 corsi di riqualifica sul lavoro rivolti a personale AdB.
 - Coordinamento e gestione n. 2 corso di prima formazione per OSS.
 - Coordinamento e gestione di n. 2 corsi per l'acquisizione di competenze spendibili per l'ottenimento della qualifica OSS rivolti a studenti Istituto Superiore.
- Formazione continua**
- Elaborazione del PAF annuale.
 - Realizzazione n. 183 eventi aziendali trasversali che hanno coinvolto circa n. 3194 partecipanti (comprese le iniziative da Catalogo 2005).
 - Accredimento n. 357 eventi di formazione interna aziendale (tipologia residenziale e/o formazione sul campo).
 - Accredimento n. 26 eventi per conto dell'Agenzia Sanitaria R.E.R.;
 - Accredimento n. 5 eventi per Montecatone.
 - Progettazione, organizzazione e gestione di n. 9 eventi rivolti ad Enti esterni (Comune, Associazioni).
- Formazione a favore di esterni**
- Coordinamento e realizzazione n. 39 corsi per il Progetto Pronto Blu e gestione delle n. 197 persone in carico per tale progetto afferenti a 27 Ditte/Aziende/Enti.
 - Coordinamento dell'attività di informazione/supporto ai professionisti interni per l'elaborazione del Catalogo Provinciale delle offerte formative 2005.

Grafico 45 - Percentuale copertura crediti ECM per categoria professionale anno 2005 (rapporto di lavoro dipendente)

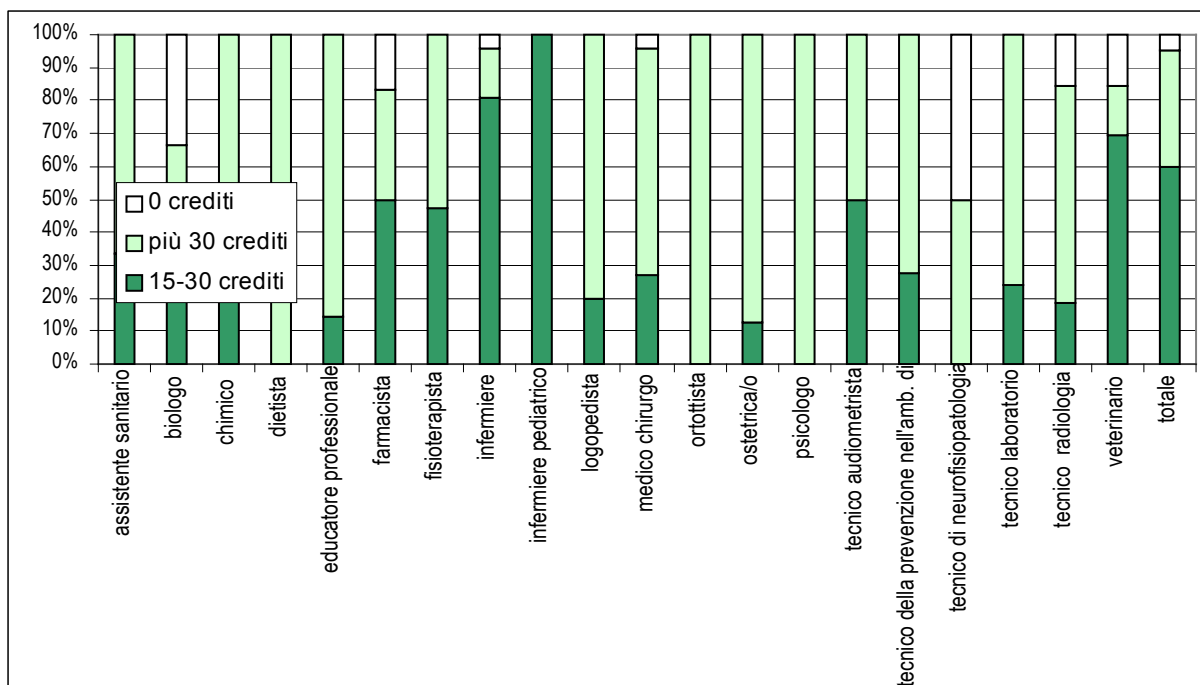
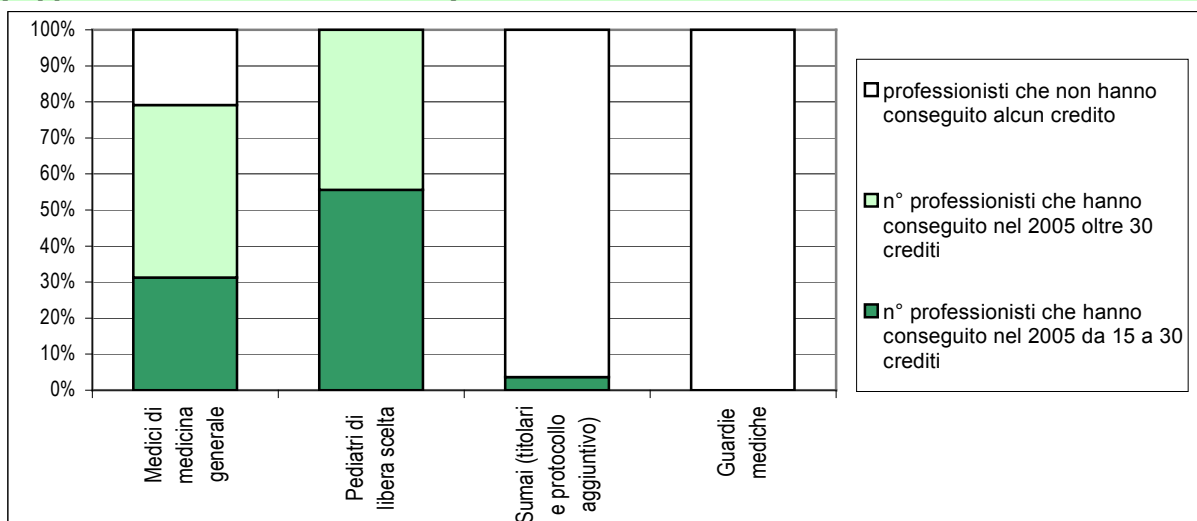


Grafico 46 - Percentuale copertura crediti ECM per categoria professionale anno 2005 (rapporto di lavoro convenzionato)



4.5. Sistema informativo del personale

Caratteristiche generali del sistema informativo aziendale

Sistema gestionale integrato

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

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

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

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

Sistema Praxi

Grado di Utilizzo Sistema Informativo al fine della Valutazione del Personale

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

Archiviazione Ottica matricolare

Utilizzo del sistema

Le posizioni matricolari di ciascun dipendente sono state archiviate mediante un sistema di archiviazione documentale informatizzato indicizzato, al momento non sostitutivo (le posizioni cartacee di archivio

informativo ai fini
dell'applicazione degli
istituti contrattuali

sono comunque conservate agli atti presso l'archivio della U.O. Risorse Umane).

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

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

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

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

Tavoli di relazioni
sindacali "decentrati"

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

In quella sede sono stati svolti molti incontri (47 nel triennio 2003/2005), dove ci si è confrontati su temi attinenti, in particolare, all'organizzazione del lavoro (dalla definizione dei turni di lavoro, all'utilizzo del personale, alla individuazione di regole gestionali condivise) individuando, in molti casi, soluzioni concordate ai problemi gestionali sul tappeto.

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

Accordi aziendali
2003/2005 per Aree di
contrattazione

Prova ne sia il numero di Accordi aziendali siglati nel triennio 2003/2005 nelle tre diverse Aree di contrattazione:

- Area Comparto: n. 36 (tavolo centrale) + n. 7 (tavoli decentrati)
- Area Dirigenza Medica e Veterinaria: n. 5
- Area Dirigenza SPTA: n. 5

In particolare, nell'Area della Dirigenza medica e veterinaria si è rinnovato l'Accordo sulla retribuzione di risultato e sul trattamento economico di posizione di una parte rilevante della Dirigenza, mentre nell'Area Comparto sono stati siglati, nel corso del biennio trascorso, n.

7 Accordi sulla dotazione organica, in particolare del settore infermieristico e tecnico, connesso allo sviluppo ed all'implementazione di nuovi settori di attività.

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

Locali destinati alle
OO.SS. Rappresentative

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

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

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

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

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Premessa

Nel corso del 2005 il Servizio Informazione e Comunicazione aziendale ha svolto un'attività variegata raggiungendo molti degli obiettivi prefissati all'inizio dell'anno, e modificandone alcuni in corso d'opera, in adeguamento con le esigenze che emergevano in Azienda.

Strategicamente si è tentato di mantenere un coordinamento il più ampio possibile di tutte le attività di comunicazione interna ed esterna aziendale, cercando di rafforzare all'interno il concetto di questo servizio come di uno strumento utilizzabile da tutte le Unità Operative aziendali che esprimessero esigenze razionali ed opportune di visibilità esterna.

Un obiettivo raggiunto grazie all'ulteriore rafforzamento dei rapporti con i servizi aziendali, che ha reso il servizio un punto di riferimento forte per tutte le attività di comunicazione esterna ed in parte anche interna alla nostra Azienda.

Il 2005 è stato un anno di consolidamento dei rapporti con i cittadini e con le loro rappresentanze, grazie ad un'intensa attività dell'Urp e del Comitato Consultivo Misto degli Utenti.

Il piano di comunicazione aziendale è stato lo strumento della programmazione annuale e anche il riferimento per monitorare lo stato di avanzamento delle attività e il raggiungimento degli obiettivi.

Fra le prospettive del 2006, si prevede una specifica comunicazione sull'innovazione tecnologica e scientifica, sia all'interno che all'esterno dell'azienda sanitaria, per sviluppare conoscenza e condivisione.

5.1. La comunicazione per l'accesso ai servizi

URP

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha proseguito nei propri compiti istituzionali di raccolta e registrazione delle segnalazioni, tramite sistema informativo regionale "Segnalazioni URP SANITA'" e di evidenziazione all'interno dell'Azienda delle criticità nella qualità percepita dall'utente. Nel 2005 l'ufficio ha registrato un importante aumento di fiducia e di accessi: oltre a gestire le 282 (rispetto alle 251 del 2004) segnalazioni di problemi e di elogio, l'URP ha fatto 231 prestazioni complesse cioè interventi di "Assistenza URP". Si tratta di un significativo incremento rispetto alle 172 prestazioni complesse del 2004 e rappresentano la presa in carico diretta dei cittadini per accesso a strutture ospedaliere regionali e nazionali, per agevolazioni relative ad handicap, aiuto nella gestione a domicilio di anziani e invalidi, ausili, rimborsi di cure, pratiche di adozione, trasporti ect.

Per svolgere al meglio questo ruolo gli operatori URP nel 2005 hanno svolto una formazione specifica "Conoscere per mediare" e "La comunicazione scritta". Sempre nel corso del 2005 l'URP ha adeguato le sue procedure alla recente normativa sulla privacy.

Sportelli informativi
(portinerie, SPRE,
Sportello unico distretto)

L'attività di informazione sull'accesso si sviluppa capillarmente tramite la rete dei referenti URP e la rete dei punti informativi. La rete dei referenti URP è formata dai professionisti che in ogni articolazione, oltre alla loro attività, svolgono il prezioso compito di garantire un costante rapporto tra URP e le proprie unità operative e di fornire dirette informazioni agli utenti. La rete dei punti informativi è formata dai professionisti, portieri

	<p>e centralinisti, che garantiscono il sistema di informazioni diffuso e capillare. Presso l'Ausl di Imola sono presenti 18 punti di interfaccia informativa (ivi compreso l'URP e gli Sportelli Unici Distrettuali). E' preciso impegno dell'URP coordinare i punti informativi attraverso un costante miglioramento dei canali di comunicazione interna. Nel corso del 2005 l'URP ha realizzato e distribuito l'elenco telefonico interno. Gli operatori di front office hanno svolto una formazione specifica sulla comunicazione/relazione avviato nel 2005 che si concluderà nel 2006.</p>
Riorganizzazione segnaletica aziendale	<p>Nel 2005 è stato attivato il rifacimento completo della segnaletica interna ed esterna aziendale, che troverà piena attuazione nel corso del 2006 in tutti i luoghi aziendali.</p>
Sito Web	<p>Nel 2005 il sito web aziendale è divenuto uno strumento di comunicazione diretta con gli utenti, in particolare per l'accesso ai servizi e per i contatti con l'URP. Durante questo anno si è svolta una formazione specifica rivolta ai referenti delle componenti aziendali per l'aggiornamento dei contenuti. Per il 2006 è in programma il potenziamento delle pagine. La rassegna stampa aziendale giornaliera è presente sul sito già dall'ultimo trimestre 2005.</p>
Numero Verde Regionale	<p>Ad Imola il Numero Verde Regionale è gestito dall'URP. Gli operatori hanno creato e mantengono aggiornata la banca dati delle prestazioni e dei servizi erogati dall'azienda. Ad oggi sono registrate circa 3.500 prestazioni con tutte le indicazioni utili (nel 2004, 3000 dati): luoghi, modalità di accesso e di erogazione. Questi dati sono a disposizione del call center regionale che risponde alle chiamate degli utenti di tutto il territorio regionale.</p> <p>L'URP di Imola, aperto 9 ore al giorno, risponde alle chiamate complesse di secondo livello, quando il call center regionale trasferisce la chiamata di utenti che hanno bisogno di specificazioni e di approfondimenti locali. La banca dati del numero verde aziendale viene curata dall'URP grazie ad un costante rapporto con tutte le unità operative. Nel corso del 2005 la banca dati dell'Ausl è stata aggiornata con le prestazioni specialistiche aziendali non collegate e con i luoghi di erogazione.</p>
Carta dei Servizi	<p>La Carta dei Servizi dell'Ausl di Imola, prodotta nel 2001, è a tutt'oggi in distribuzione presso tutti i punti informativi aziendali. Il CCM ha dato indicazioni e criteri per l'aggiornamento previsto nel 2006.</p>
Guida Degenza, schede informative reparto e Guida Ospedale di Castel San Pietro Terme	<p>La Guida alla Degenza è un opuscolo informativo distribuito a tutti i cittadini che vengono ricoverati in Ospedale, che contiene informazioni generali per l'accesso, il soggiorno e la dimissione. Ciascuna Unità Operativa dispone poi di specifiche schede informative (15 schede reparti ospedalieri + 1 scheda spedalità tradotta in arabo e francese) con i dati essenziali di reparto (referenti medici ed infermieristici, orari visite, numeri telefonici,...). Nel 2005 è stata completata la revisione della Guida alla degenza l'aggiornamento di tutte le schede informative, oltre alla realizzazione ex novo della Guida al Dipartimento di Salute Mentale. La stampa e la distribuzione della Guida alla degenza ospedaliera è però prevista per il primo trimestre 2006. Nel 2005 è stato inoltre realizzato e prodotto un dvd e un opuscolo informativo sull'Ospedale di Castel San Pietro Terme.</p>
<i>"Quanto è stato soddisfatto del materiale consegnato alla dimissione (lettera di dimissione, opuscoli, fogli</i>	<p>Il questionario di valutazione della qualità percepita del ricovero ospedaliero 2005 alla domanda "Quanto è stato soddisfatto del</p>

informativi, dieta o comportamenti da seguire)?”

materiale consegnato alla dimissione (lettera di dimissione, opuscoli, fogli informativi, dieta o comportamenti da seguire)?” mostra che il 89% dei rispondenti è “molto/abbastanza soddisfatto” dei materiali informativi consegnati, mentre il 9,1% si dichiara per niente o poco soddisfatto. Nel 2005 questi fondamentali materiali informativi all’utenza sono stati revisionati e ristampati con aggiornamento delle informazioni.

5.2. La comunicazione per la gestione individuale dell’assistenza

Ospedale senza dolore

L’Azienda ha partecipato al progetto regionale “Ospedale senza dolore”, in particolare somministrando il questionario proposto dalla Regione per la rilevazione della prevalenza del dolore nei pazienti ricoverati. Si è costituito il Comitato Ospedale Senza Dolore, che ha svolto una serie di incontri nei quali sono state definite le modalità di rilevazione del dolore ed è stata svolta una formazione a 30 operatori. La risposta alla domanda del questionario di valutazione della degenza 2005 *“Quanto è stato soddisfatto dell’informazione ricevuta in merito al trattamento del dolore?”* rileva che il 73,7 % degli intervistati dichiara di essere stato molto o abbastanza soddisfatto delle informazioni ricevute su questo tema. Alla domanda *“Se ha avuto dolore durante il ricovero, è stato soddisfatto dell’attenzione e del trattamento ricevuto per alleviarlo?”* il 93,1% dei dimessi ha risposto molto o abbastanza.

“Quanto è stato soddisfatto dell’informazione ricevuta in merito al trattamento del dolore?”

Formazione

Nel PAF 2005, piano formativo aziendale, sono stati proposti numerosi e importanti percorsi di formazione volti al miglioramento delle conoscenze e delle competenze relazionali per la gestione individuale dell’assistenza. Ben 1919 le presenze, di professionisti di diversi profili, che hanno partecipato a 51 corsi con contenuti di comunicazione – relazione-ascolto dei cittadini, dei pazienti e delle loro famiglie.

Questionario di rilevazione della soddisfazione dei degenti

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

Il metodo, ormai consolidato, del recall telefonico a qualche giorno dall’invio postale, da parte dei volontari del CCM che informano il destinatario sull’importanza del questionario e lo invitano a rinviarlo per posta, ha portato a percentuali di risposta estremamente alte: 48% nel 2002, 55,5% nel 2003, 64,7% nel 2004, 51,4% nel 2005. Al di là degli ottimi risultati in termini di soddisfazione percepita, è importante sottolineare che questo strumento, utilizzato in modo sistematico e continuativo, fornisce all’Azienda informazioni essenziali per intraprendere un percorso di miglioramento, ponendosi come strumento di ascolto fondamentale e anche come strumento di integrazione interna e di partecipazione per il grande numero di figure che partecipano al progetto. Quest’anno per migliorare l’accessibilità linguistica agli stranieri è stata curata la traduzione in più lingue delle informazioni alla compilazione ed è stato offerto un supporto linguistico per la lettura del questionario a cura delle associazioni di volontariato del territorio che

Consenso Informato

tutelano gli extracomunitari.

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

Una serie di domande del questionario di valutazione della soddisfazione dei degenti anno 2005 riguardano il tema dell'informazione fornita in ospedale e costituiscono indicatori significativi. In particolare il linguaggio dei medici è considerato "molto/abbastanza facile da capire" nel 93,25 dei casi, la spiegazione dei benefici del trattamento è molto o abbastanza facile da capire nel 89,2% dei casi; i disturbi conseguenti alle terapie e ai trattamenti sono stati comunicati in modo semplice o abbastanza semplice da capire nel 78,4% dei casi, mentre non sono stati comunicati o lo sono stati in modo incomprensibile per il 21,6% dei rispondenti. Nel 77,3% dei casi i medici hanno parlato in maniera comprensibile ai degenti dei condizionamenti che il loro stato di salute avrebbero portato alla loro vita quotidiana, infine, rispetto al grado di coinvolgimento nelle decisioni terapeutiche, il 11,5% non desidera essere coinvolto, e tra i restanti il 66,8% è soddisfatto del coinvolgimento.

Lettera dimissioni e informazioni su come gestire la terapia a casa

Sulla completezza e chiarezza della comunicazione del personale di reparto su come gestire la terapia a casa i degenti rispondenti al questionario di valutazione della soddisfazione 2005 ritengono di avere avuto informazioni di facile comprensione in più del 92,3 % dei casi.

Materiali informativi per target

Periodicamente vengono aggiornati o prodotti materiali informativi diretti a particolari fasce di utenza. Nel 2005 sono stati realizzati materiali illustrativi ed informativi diretti a: malati oncologici (ambulatorio di psicooncologia) e giovani (opuscolo Spazio giovani). I target di utenza hanno poi ricevuto informazione dell'avvio di specifici progetti a loro indirizzati attraverso materiali divulgativi (familiari di persone dementi, , corso donne in menopausa, nonni e nonne, corsi per gestanti e puerpere, consigli per donne con problemi di incontinenza, informazioni per le mamme in ostetricia, corso per genitorialità; dolore in degenza).

5.3. La comunicazione per le scelte di interesse della comunità

Comitato Consultivo Misto

Il Comitato Consultivo Misto degli Utenti dell'AUSL di Imola è nato nel settembre 1995. E' un organismo dell'Azienda Sanitaria, composto in maggioranza da membri designati dalle organizzazioni ed associazioni di tutela e di volontariato operanti nell'ambito sociosanitario e, in minoranza, da operatori interni individuati dall'Azienda Sanitaria o da eventuali esperti con specifiche competenze. Esprime una partecipazione attiva e propositiva: accoglie le istanze dei cittadini e delle associazioni e svolge un ruolo consultivo su proposte, progetti e attività aziendali di interesse per i cittadini. Indicatore di efficacia è l'alta partecipazione dei membri alle riunioni (la media di presenze in ogni incontro è stata di 21,3 unità, pari al 82% dei 26 componenti il CCM,

	<p>una partecipazione che manifesta l'alto grado di coinvolgimento e l'interesse per i lavori svolti); l'alta frequenza delle riunioni plenarie (11 riunioni nel 2005) ed i risultati di attività (vedasi relazione di attività 2005). Per il 2006 il CCM ha già sviluppato un preciso piano di attività che ha tra i propri obiettivi primari la creazione di un legame più forte con la cittadinanza.</p>
Gruppi di lavoro misti: esperti aziendali e cittadini competenti su particolari tematiche definite in sede di CCM.	<p>Nel 2005 si è registrata un'intensa attività dei gruppi di lavoro misti: Assistenza Non Sanitaria; Carta dei Servizi; Salute Mentale; Pronto Soccorso; Analisi attività MMG e Medici Continuità Assistenziale; Immigrazione; Reclami. I gruppi di lavoro Salute Mentale e Immigrazione hanno prodotto documenti specifici della loro attività e presentato le proposte di miglioramento in sedute plenarie del CCM.</p>
Piano per la salute	<p>Dal gennaio 2005 il governo del PPS ha sottolineato la necessità di programmare un percorso selettivo da perseguire che permettesse di raggiungere obiettivi concreti operando su tre macro aree:</p> <ol style="list-style-type: none">1 gruppo "Incidenti stradali e inquinamento ambientale"2 gruppo "Dipendenze /Mondo della scuola"3 gruppo "Comunicazione". <p>La comunicazione interna trasversale ed esterna ha avuto una funzione centrale nell'attività del PPS, per cui si è mantenuto un rapporto di informazione costante ai cittadini del percorso attraverso i media locali e non. Elaborazione del libro e CD degli atti del Convegno "Mobilità? Quanto basta per vivere meglio".</p> <p>Partecipazione all'open day del circuito imolese durante la manifestazione Ciclopica, e alle feste del Saggio di Educazione Stradale della Polizia Municipale del Circondario Imolese (Saggio: a Castel del Rio dei Comuni della Vallata, a Castel San Pietro e a Imola).</p> <p>Presenza in Internet del PPS accorpato a quello dell'AUSL di Imola, per aumentare l'aggiornamento, la partecipazione e l'interesse verso il PPS da parte dei cittadini.</p> <p>Pubblicazione della rivista provinciale "Star meglio con cadenza mensile.</p> <p>Partecipazione all'iniziativa rivolta all'integrazione degli extra-comunitari "Gentes oltre i confini 2005".</p> <p>I rappresentanti del PPS hanno partecipato a riunioni , seminari, convegni sia come relatori che come discenti.</p>
Immagine Coordinata/Applicazione Logo SSR	<p>Nel corso del 2005 sono stati raggiunti buoni, seppur gradualmente, risultati nell'applicazione del nuovo logo regionale su tutti i materiali dell'azienda. Il logo, disponibile con il manuale di utilizzo nella home page dell'intranet aziendale, è stato applicato ai materiali cartacei, alla carta da lettere, ed alla segnaletica interna ed esterna in corso di rifacimento su tutte le strutture aziendali. La modulistica interna è stata opportunamente rivista, in linea con le direttive regionali. Lo stesso è stato fatto per quanto concerne le auto aziendali.</p> <p>L'obiettivo finale è garantire un'immagine coordinata dell'Azienda, coerente sia internamente che esternamente, facilmente riconoscibile da parte dei cittadini e strettamente collegata a quella del SSR.</p>
Campagne informative	<p>Ogni anno l'Azienda, oltre ad aderire e collaborare alle campagne informative promosse dalla Regione Emilia Romagna e dal Circondario o</p>

dai Comuni del territorio, prevede nel Piano Annuale di Comunicazione aziendale lo sviluppo di specifiche campagne di informazione, che nel 2005 sono state 10. Tra le più significative ricordiamo: "Disturbi cognitivi. La cooperazione tra servizi socio sanitari per il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie"; "Chiamata di soccorso 118"; "Progetto odontoiatria"; "Attivazione ambulatori di continuità assistenziale", "Codici colore Pronto Soccorso" (cartellonistica in 7 lingue); "Lotta alla zanzara tigre" (in collaborazione con il Circondario Imolese); Informativa sui piani di studio dei corsi universitari"; Promozione (interna all'Ausl) della vaccinazione antinfluenzale.

**Attività di formazione-
informazione nelle
scuole**

L'attività di formazione-informazione nelle scuole medie inferiori e superiori del territorio viene svolta ogni anno. In particolare i temi affrontati sono quelli dell'educazione alla sessualità-affettività, con progetti sviluppati dall'equipe del Consultorio Familiare-Spazio Giovani, della donazione di organi e sangue, con incontri in cui gli operatori dell'URP, i sanitari dell'anestesia e rianimazione ed i volontari di AIDO e AVIS interagiscono con i ragazzi e quelle che su varie tematiche che vengono sviluppate dal Dipartimento di Sanità Pubblica, come attività specifica di questa articolazione o nell'ambito del Piano.

Media

L'attività di informazione e formazione nei confronti dei cittadini si esplica attraverso i diversi media: quotidiani, settimanali, riviste specializzate, radio e televisione e web. Particolarmente rilevante l'appuntamento settimanale Carlino Salute, che vede ogni settimana la pubblicazione su "Il Resto del Carlino – Imola" di una pagina di educazione alla salute o di informazione sui servizi aziendali. L'Ufficio Stampa nel corso del 2005 ha prodotto 220 comunicati stampa con una pubblicazione su almeno 1 testata di oltre il 99,5% e del 99% circa su più di una testata. Convocato 15 conferenze stampa e realizzato 12 eventi. Di particolare rilevanza la campagna promozionale per l'Ospedale di Castel San Pietro Terme che ha visto la produzione e la messa in onda di un filmato di circa 30 minuti sulla storia e l'attualità di questo stabilimento ospedaliero. Inoltre è proseguita la collaborazione alla redazione della rivista StarMeglio, mensile di prevenzione, promozione ed educazione alla salute del Dipartimenti di Sanità Pubblica della Provincia di Bologna.

**Incontri diretti con la
cittadinanza**

Ogni anno, in collaborazione con associazioni di volontariato e istituzioni vengono svolti incontri di educazione alla salute. Gli incontri pubblici svolti in pomeridiana, festiva o serale in collaborazione con Associazioni di volontariato o promosse dai Comuni o dai Servizi sono stati nel 2005 molto numerosi. In particolare l'Ufficio ha sostenuto intensamente l'attività di promozione informativa e culturale dell'Associazione Alzheimer, pubblicando un opuscolo informativo sui servizi disponibili sul territorio, ed organizzando nel 2005 incontri informativi per la popolazione che hanno ottenuto un ottimo riscontro nella popolazione. Anche con AUSER Imola sono stati organizzati 2 cicli di incontri informativi pomeridiani/serali per un totale di 6. A questi si sono aggiunti il convegno annuale AIDO Imola, e numerosi incontri pubblici richiesti direttamente da Amministrazioni comunali locali o dalla Regione ER. Nel corso dell'anno sono anche stati organizzati 4 concerti all'interno degli ospedali che costituiscono la sperimentazione di un progetto che si desidera sviluppare più compiutamente nel corso del 2006. E' già in corso la definizione degli incontri per il 2006. Per quanto riguarda la

convegnistica di carattere medico scientifico, sono stati 5 i convegni più rilevanti che hanno visto la partecipazione, non solo di professionisti, ma anche della cittadinanza e delle associazioni socio sanitarie del territorio.

5.4. La comunicazione interna aziendale

Sito intranet

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

Il sito intranet è stato gestito completamente per quanto riguarda la home page, ma si sono rilevate criticità nel lay out che sono già state portate all'attenzione del servizio competente per essere risolte nel 2006. La rassegna stampa aziendale giornaliera è sul sito intranet.

Biblioteca/accesso documentazione scientifica

In questi ultimi anni la riqualificazione del Servizio di Biblioteca aziendale è avanzata soprattutto grazie all'utilizzo dell'informatica e del web, che ha portato alla razionalizzazione del patrimonio ed alla conversione di gran parte delle riviste scientifiche da formato cartaceo in formato elettronico. La fruizione capillare delle risorse informative è stata facilitata dalla creazione di un'apposita pagina intranet. Si è potenziata la rete di collaborazione con altre biblioteche nazionali e regionali e si è partecipato al progetto "Biblioteca medico scientifica Metropolitana On line", con l'implementazione di un catalogo virtuale di oltre 2000 riviste on line e 10 banche dati medico-scientifiche. Si è aderito al consorzio GOT, costituito da 12 Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna e presieduto dalla Soprintendenza ai Beni Librari e Documentari, per l'acquisizione e la gestione aggregata di risorse informative selezionate e valutate, l'armonizzazione e la razionalizzazione degli acquisti e la formazione continua del personale della biblioteca. Ciò ha consentito la diffusione di corrette metodologie di ricerca delle migliori prove di evidenza scientifica disponibili ed una positiva ricaduta nei servizi aziendali. Si è implementata la sezione "Biblioteca" sul sito internet dell'Azienda. Nel 2005 gli accessi alla biblioteca sono stati 480 ed i collegamenti a riviste e banche dati sul catalogo virtuale della biblioteca 4600.

Convention aziendale

Dal 2003 è stato attivato lo strumento della convention aziendale annuale attraverso cui si intende promuovere tra tutti i dipendenti la condivisione della mission aziendale ed il senso di appartenenza. Nel corso di queste riunioni plenarie, la direzione informa gli operatori sull'andamento aziendale nei vari settori (bilancio, risultati di attività, innovazioni, obiettivi, progetti, ecc), ma soprattutto viene stimolato un proficuo dibattito interno. Nel 2005 sono stati oltre 300 i partecipanti. L'adesione, valutata in termini quanti-qualitativi (numero partecipanti, grado di attenzione, numerosità e qualità degli interventi) costituisce

**Incontri con personale
target**

..... indicatore del raggiungimento dell'obiettivo. La Direzione aziendale
..... mantiene fisso l'impegno di effettuare questi incontri con cadenza
..... periodica. Sono allo studio nuove modalità di ascolto e partecipazione
..... interna per il 2006.

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

6. Ricerca e innovazione

Premessa

Coerentemente con la strategia regionale e in continuità con gli interventi dell'anno precedente, l'Azienda ha portato avanti una serie di azioni sinergiche volte a creare un ambiente favorevole alla ricerca applicata, alla valorizzazione delle competenze professionali, al trasferimento delle innovazioni e all'adozione di interventi di provata efficacia nell'operatività dei propri servizi. Le iniziative intraprese partono dal presupposto che l'innovazione, intesa non solo in senso tecnologico ma anche culturale, formativo e organizzativo, è una risorsa fondamentale per realizzare e governare un modello di sanità pubblica di qualità e sostenibile sotto il profilo organizzativo e economico.

6.1. Creazione della infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

Sviluppo infrastruttura locale e integrazione tra i vari sotto-sistemi aziendali

Le direttrici lungo le quali, nel 2005, si è indirizzato l'impegno aziendale per lo sviluppo dell'infrastruttura locale sono la formazione e l'integrazione tra attività innovative e di ricerca e pratica assistenziale.

La priorità assegnata alla formazione si fonda sull'evidenza che il successo degli obiettivi di innovazione dipende, in primo luogo, dalla accettazione dei cambiamenti da parte delle persone e richiede che un'opera preliminare di motivazione, convincimento e adesione si affianchi alle iniziative dirette delle strutture organizzative ed alle metodologie di supporto formativo, manageriale e professionale.

In altri termini, nella realtà sanitaria assistenza, ricerca e innovazione sono elementi strettamente complementari. Anche se dal punto di vista dell'azione organizzativa la dimensione culturale è la più significativa, è difficile descriverla in modo analitico, proprio per la particolarità e la specificità di questo dato in ogni singola realtà operativa. Può essere utile, in ogni modo, indicare alcuni punti di attenzione generali relativi a questa dimensione della vita organizzativa.

L'infrastruttura per la gestione delle attività formative aziendali vede la compartecipazione di più sottosistemi aziendali con funzioni e responsabilità differenti, regolamentate e rese trasparenti nel piano formativo annuale.

Alla Direzione generale e al Collegio di Direzione spetta la definizione del quadro di riferimento, la formulazione delle proposte per lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione, la valorizzazione delle risorse professionali e delle diverse tipologie di formazione.

Il Polo formativo deve garantire gli aspetti organizzativi del percorso e il raccordo informativo con le articolazioni aziendali. Infine, i Dipartimenti e le Unità operative devono individuare i fabbisogni formativi coerenti con gli indirizzi generali, con il coinvolgimento di tutti i professionisti nel rispetto dell'equità di accesso e compatibili con le finalità delle strutture nell'ambito del percorso di budget.

La descrizione dettagliata delle competenze di ciascun sottosistema aziendale, delle attività svolte in ambito formativo e dei risultati conseguiti è riportata al capitolo 4.

L'integrazione tra innovazione e pratica assistenziale è stata favorita

anche dalla partecipazione ai workshops PRIER 2005, in particolare nelle aree a più alto impegno assistenziale come quella cardiologica (efficacia degli stent coronarici medicati, utilità diagnostica della Tac Multistrato), oncologica (innovazione in radioterapia, uso appropriato dei farmaci oncologici, follow up nel tumore del seno, uso appropriato della Pet) infettivologica e di trattamento della patologia cerebrovascolare (ictus). Nell'ambito del PRIER è stata più volte ribadita la necessità di verificare che le metodologie e gli strumenti sviluppati dai gruppi di lavoro entrino a far parte del bagaglio operativo dei servizi sanitari e di monitorare le ricadute dei risultati acquisiti.

Alla luce di questo obiettivo assume particolare importanza l'attività di audit realizzata nel 2005 in Azienda per verificare e valutare l'impiego della PET in una casistica di pazienti oncologici seguiti localmente, come descritto in maggior dettaglio al capitolo 4.

L'audit è una metodologia ormai uscita dalla autoreferenzialità e dalla tradizione che lo vedeva praticato come strumento interno alla professione per diventare un metodo essenziale nei percorsi di valutazione d'impatto delle innovazioni nella pratica clinica. L'esperienza condotta potrà essere d'aiuto per l'ottimizzazione delle condizioni necessarie a sviluppare, in modo sistematico e continuato, la sorveglianza e il monitoraggio dei processi assistenziali operando congiuntamente sul versante organizzativo e su quello culturale.

Ricordiamo, infine, che l'atteggiamento culturale che sta alla base dell'accettazione dei cambiamenti e delle innovazioni nella pratica assistenziale quotidiana è facilitato dalle modalità di comunicazione e, in particolare, dalla capacità d'ascolto e di restituzione di feedbacks sia all'interno di singoli gruppi progettuali sia, in senso assai più ampio, tra servizi sanitari e mondo esterno.

Pertanto deve essere considerato rilevante anche in questo contesto l'impegno dedicato dall'Azienda nei processi di comunicazione interni ed esterni, descritti nei dettagli al capitolo 5.

Collaborazioni con altre aziende

Le collaborazioni intraprese nel 2005 hanno prevalentemente coinvolto altre Aziende Sanitarie e Ospedaliere intra-regionali ed hanno riguardato attività innovative in ambito oncologico, nell'area dell'integrazione socio-sanitaria e della continuità assistenziale ospedale-territorio e della gestione condivisa e informatizzazione dei servizi tecnici e amministrativi di supporto alla componente sanitaria.

Capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie

Anche nel 2005 gran parte delle attività svolte si sono basate sull'iniziativa e sulla volontà delle singole équipes/operatori in assenza di adeguate fonti di finanziamento, eccetto quelle regionali.

Si evidenzia, quindi, la necessità di facilitare l'accesso alle risorse destinate alla innovazione riconoscendo che i migliori risultati possono derivare dalla strutturazione di forme di cooperazione con le altre realtà sanitarie regionali/provinciali.

Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche

Il CESU, già descritto al paragrafo 4.1. e 4.3., costituisce l'unità di supporto alle valutazioni di appropriatezza delle innovazioni tecnologiche intese in senso lato, come presidi, procedure, farmaci e attrezzature.

E' disponibile in Azienda l'elenco ragionato, dettagliato e aggiornato di

tutte le tecnologie biomediche in uso, che rappresenta la struttura di base sulla quale possono essere fondate le valutazioni di appropriatezza delle acquisizioni e dell'utilizzo delle tecnologie biomediche.

Attività di formazione del personale

Il piano formativo 2005 ha visto la realizzazione di molteplici eventi descritti in dettaglio al paragrafo 4.4. a cui si rimanda per i dettagli.

La nostra Azienda inoltre coordina dal punto di vista tecnico-pratico e di tirocinio i seguenti quattro corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bologna:

- Infermieristica
- Educazione professionale
- Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
- Fisioterapia, quest'ultimo in collaborazione con il Montecatone Rehabilitation Institute s.p.a.

Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica

Le linee di indirizzo tracciate nel 2004 per garantire l'accessibilità alla informazione e alla documentazione scientifica e il corretto flusso della letteratura biomedica hanno costituito la cornice di riferimento dell'attività anche per il 2005.

Sono state quindi confermate l'adesione al progetto di modernizzazione regionale "Biblioteca medico-scientifica metropolitana on line" e la partecipazione al Gruppo Operativo per il trasferimento dei risultati della ricerca bibliografica nei Servizi Sanitari (G.O.T.), forma associativa tra la Soprintendenza Beni librari e Documentari IBC, l'Agenzia Sanitaria regionale, il CEVEAS e numerose altre Aziende sanitarie regionali.

E' inoltre da menzionare il contributo offerto dal progetto SOLE, più avanti descritto, per l'accesso alle biblioteche virtuali onde rendere effettivo e qualificato l'aggiornamento professionale degli Operatori distrettuali, in particolare dei MMG e dei PLS.

progetto SOLE

Attualmente la formazione del MMG e dei PLS è spesso frammentaria, episodica, basata su fonti non indipendenti e onerosa in termini di tempo e di spostamenti.

La rete telematica SOLE, in corso di sperimentazione nel 2005, permette alle aziende sanitarie di mettere a disposizione l'accesso a specifici siti internet contenenti informazioni aggiornate di medicina generale e offrendo fonti informative indipendenti e accreditate. Permette inoltre di partecipare alle iniziative di formazione a distanza per l'acquisizione di crediti formativi.

Nel 2005 la CESU, organismo di staff della Direzione generale è stata coinvolta in modo stringente nelle problematiche inerenti il Governo Clinico Aziendale ed ha attuato un progressivo trasferimento della propria operatività dal piano teorico-formativo a quello applicativo.

In risposta ai bisogni espressi dalla Direzione e dai professionisti, tale coinvolgimento si è manifestato, in particolare, nel supporto tecnico fornito ai diversi progetti aziendali finalizzati alla costruzioni di percorsi integrati e condivisi tra medici ospedalieri e territoriali per il perseguimento di cure più appropriate ed efficaci nell'ottica della continuità assistenziale. Ne sono esempi i percorsi per le malattie respiratorie e per l'utilizzo appropriato dei farmaci.

Come nell'anno precedente, alla CESU è stata demandata la responsabilità di organizzare e inserire i corsi proposti dall'Azienda nel

catalogo annuale delle offerte formative, elaborato in collaborazione con le altre Aziende sanitarie provinciali.

Supporto allo sviluppo di progetti e di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie

Nel corso del 2005 l'Unità di Supporto Amministrativo ai Servizi Sanitari ha strutturato e consolidato una funzione dedicata trasversale volta a garantire un adeguato supporto amministrativo e contabile a tutti i progetti di innovazione che interessano le articolazioni sanitarie.

Tale organizzazione ha consentito di svolgere con maggiore efficacia il ruolo di coordinamento amministrativo generale dei progetti di innovazione e di interloquire con competenza con tutti i soggetti finanziatori dei progetti.

Sostegno dell'integrazione tra diverse discipline/professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali

Vari progetti e attività formative interdisciplinari sono stati portati avanti nella logica dell'integrazione tra discipline diverse e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali. Di particolare rilevanza è il progetto SOLE - Sanità On LinE – che deriva direttamente dal Piano Telematico Regionale ed è affidato dal punto di vista gestionale alla nostra Azienda sanitaria. Il progetto prevede la realizzazione di strutture informatiche per facilitare la comunicazione ospedale-territorio e per sostenere l'organizzazione delle reti integrate di servizi prevista dal PSR, siano queste di tipo hub e spoke a prevalente carattere ospedaliero che di tipo network a prevalente carattere distrettuale.

La rete SOLE è strutturata in modo da consentire diversi servizi tra cui:

- Gestione e integrazione di tutto il ciclo informativo intercorrente tra prescrizione e referto;
- Ricostruzione della storia clinica del paziente attraverso l'accesso del medico di famiglia ai dati sanitari;
- Comunicazione tempestiva tra medico di famiglia e professionisti ospedalieri in caso di ricovero o di accesso dell'assistito al Pronto Soccorso.

6.2. Garanzie di trasparenza

Risorse organizzative finanziarie

Attività di ricerca, risorse organizzative e finanziarie e valutazione dei risultati

Nel 2005, analogamente all'anno precedente, le fonti dei finanziamenti esterni destinati alle attività di ricerca e innovazione sono state essenzialmente costituite dai canali istituzionali, in primo luogo dalla Regione Emilia- Romagna.

La nostra Azienda ha infatti partecipato a ben 9 progetti regionali di modernizzazione, in un caso con il ruolo di capofila progettuale, oltre al già citato progetto SOLE facente parte del piano Telematico della regione.

L'interesse si è indirizzato prevalentemente alle aree tematiche dell'oncologia e degli aspetti gestionali e organizzativi in sanità.

Non sono invece stati ottenuti nuovi finanziamenti dal Ministero della Salute - ricerca finalizzata ex artt. 12-12 bis.

Il panorama delineato indica la necessità di facilitare l'accesso a più canali di finanziamento delle attività di ricerca e, a tal fine, di dare più ampia diffusione alle azioni innovative intraprese e ai risultati raggiunti anche al di fuori della realtà strettamente sanitaria.

Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati

E' stato definito l'assetto di regole atte a fornire garanzie di trasparenza ai finanziatori, privati e non, dei progetti di innovazione scientifica e tecnologica, per rendere conto dei risultati raggiunti e per condividere con i cittadini, le associazioni e gli enti territoriali gli obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi resi.

Il regolamento, che riguarda sia il profilo relazionale che quello contabile-amministrativo delle donazioni, prevede l'attribuzione al Servizio Informazione e Comunicazione della gestione di tutti gli aspetti relazionali del processo, nell'ambito del quale acquisire anche gli elementi necessari ai competenti Uffici tecnici per i relativi adempimenti amministrativi. Il donatore interagisce così con un interlocutore aziendale unico e chiaramente identificato, competente nella complessiva programmazione aziendale ed in possesso della visione globale del processo.

Dall'inizio del 2002 non è più attivo in Azienda un Comitato etico e la valutazione bioetica delle attività di ricerca e innovazione è istituzionalmente demandata al Comitato etico della Azienda ospedaliera di Bologna.

**Valorizzazione ruolo
comitato etico**

7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Popolazione anziana

Premessa

Per il secondo anno la nostra Regione individua l'assistenza sanitaria rivolta alla popolazione anziana come obiettivo specifico di particolare rilevanza istituzionale. Questa sensibilità è dovuta oltre che alla attenzione per una area "fragile" della popolazione, alla numerosità della popolazione anziana non autosufficiente e delle famiglie coinvolte nell'assistenza.

La necessità di creare percorsi di presa in carico assistenziale per i portatori di patologie croniche invalidanti con problematiche assistenziali complesse impone di utilizzare ogni possibile sinergia, anche attraverso l'erogazione di servizi in forma strettamente integrata con quelli sociali. Lo strumento utilizzato per effettuare la presa in carico dell'anziano non autosufficiente, per mezzo della valutazione multidimensionale, del progetto assistenziale individualizzato, e del conseguente inserimento nella rete dei servizi è la commissione di Unità di Valutazione Geriatrica.

L'applicazione nella Azienda USL di Imola di quanto previsto dalla legge regionale 5/94 e dalle circolari applicative pervenute negli anni seguenti, ha permesso la realizzazione di servizi numerosi, differenziati per la intensità sanitaria, funzionanti a rete.

Tabella 83 - Popolazione anziana del territorio Aziendale - Anno 2005

Comune di residenza	65-69 anni	70-74 anni	75-79 anni	80 anni e oltre	65 anni e oltre	75 anni e oltre	Totale popolazione
BORGO TOSSIGNANO	153	169	117	211	650	328	3.259
CASALFIUMANESE	165	178	141	168	652	309	3.129
CASTEL DEL RIO	82	80	77	144	383	221	1.256
FONTANELICE	99	107	82	148	436	230	1.884
TOTALE	499	534	417	671	2.121	1.088	9.528
CASTEL GUELFO BOLOGNA	184	174	158	197	713	355	3.731
IMOLA	4.186	3.786	3.161	4.553	15.686	7.714	66.170
MORDANO	267	221	203	308	999	511	4.379
TOTALE	4.637	4.181	3.522	5.058	17.398	8.580	74.280
CASTEL S. PIETRO TERME	1.204	1.035	926	1.199	4.364	2.125	19.654
DOZZA	300	258	231	258	1.047	489	5.883
TOTALE	1.504	1.293	1.157	1.457	5.411	2.614	25.537
MEDICINA	855	834	682	910	3.281	1.592	14.715
TOTALE	7.495	6.842	5.778	8.096	28.211	13.874	124.060

7.1. Dimissioni Protette

Criteria fondamentali

L'organizzazione delle Dimissioni Protette risponde alle seguenti esigenze fondamentali:

- Individuare precocemente il paziente che necessiti di dimissione protetta.
- Comunicare al MMG il ricovero del suo assistito problematico
- Individuare i bisogni prevalenti del paziente, che rendono complessa la dimissione.
- Attivare esclusivamente le risorse necessarie ed appropriate per rispondere a tali bisogni, per erogare una risposta più rapida ed efficace (nel caso il paziente sia da ricoverare in struttura viene attivata direttamente l'UVG).
- Prevedere una organizzazione centralizzata che faccia capo ad un Punto Unico di accesso della domanda e che si faccia carico della conseguente attivazione della risposta, della organizzazione e monitoraggio del processo.

Punti di forza

A questo scopo è stato attivato il Punto Unico di accesso dotato di risorse umane e strumentali dedicate, che svolge anche funzioni di coordinamento ed integrazione con il territorio, in particolare per l'attività ADI.

Il processo della dimissione protetta, presenta i seguenti punti di forza:

- E' attivato all'inizio (e non alla fine) della degenza: in tal modo la valutazione dei bisogni è più approfondita, non c'è impatto sulla durata della degenza, è più precoce la comunicazione-condivisione con i parenti.
- E' costruito sugli attori della continuità assistenziale (fra i quali è sempre previsto il MMG), che sono reclutati in base al bisogno del paziente; facilita la loro partecipazione, definisce i ruoli, costruisce una rete di relazioni interprofessionali.
- Il Punto Unico è un riferimento certo e facilmente accessibile in ogni fase del processo, si fa carico dell'attivazione e monitoraggio del processo, della valutazione dei bisogni, del reclutamento e relazione fra gli attori.

Alla riorganizzazione delle dimissioni protette è stato dedicato uno specifico corso di aggiornamento obbligatorio per i MMG che quindi, nella loro totalità, hanno preso conoscenza delle nuove modalità organizzative del processo che, peraltro, era stato elaborato sotto forma di protocollo da un gruppo di lavoro multidisciplinare del quale facevano parte attiva anche alcuni MMG.

Indicatori di attività

Fra gli indicatori di attività segnaliamo:

nel corso del 2005 al Punto Unico sono pervenute 803 segnalazioni di cui 640 dall'Ospedale e 163 dal domicilio. Le segnalazioni che hanno dato esito alla attivazione della dimissione protetta ed alla conseguente attivazione di servizi territoriali sono state 650, di cui 501 erano relative a pazienti ricoverati.

L'esito delle 501 attivazioni di servizi per pazienti ricoverati risulta ripartito nel modo seguente: 208 visite della UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) per l'ammissione alla rete dei servizi, 169 attivazioni di servizi sanitari, 82 attivazioni di servizi sociali, 40 attivazioni di servizi sociali e sanitari, 2 UVH (Unità di Valutazione Handicap).

7.2. Assistenza domiciliare integrata (ADI)

*LR 25/1988
LR 5/1994
LR 29/1994*

*Criteri e direttive
D.G.R. n° 124 - 8
febbraio 1999*

Tipologie pazienti

L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I) riorganizzata sulla base dei riferimenti legislativi "storici" (L.R. 25/1988, L.R. 5/1994, L.R. 29/1994) e, soprattutto, dei criteri e delle direttive contenute nella D.G.R. n° 124 dell'8 febbraio 1999, è organizzata su un modello unico, basato su tre livelli di intensità delle cure erogate in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente: ADI I, II, III.

L'ADI si rivolge a specifiche tipologie di pazienti che trovano nella domiciliarità la forma di assistenza più appropriata:

- Pazienti affetti da patologie in fase terminale
- Pazienti affetti da patologie croniche
- Portatori di gravi disabilità
- Dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali (dimissione protetta).

Le condizioni suddescritte sono, in grande maggioranza, prevalenti fra la popolazione anziana.

Il modello è stato progettato da un gruppo di lavoro interdisciplinare che ha elaborato un protocollo operativo fondato su alcuni punti specifici:

- Sono esplicitati i criteri di elezione dei pazienti da assistere in ADI, basati su uno score di gravità, dedotto dall'ISM (Indice Severità di Malattia modificato).
- I criteri di gravità definiscono, anche i livelli di intensità assistenziale.
- Per ogni livello di intensità assistenziale sono indicate le risorse mediamente necessarie ad una assistenza appropriata
- Il MMG è sempre responsabile terapeutico ed il suo ruolo è grandemente valorizzato in tutto il processo
- E' prevista l'integrazione del MMG con figure professionali diverse: medici specialisti (con livelli di intensità assistenziale definiti dal bisogno del paziente: dalla semplice consulenza alla cogestione del caso, insieme al MMG), infermieri, assistenti sociali.
- Il Punto Unico di accesso garantisce l'attivazione, l'organizzazione, il monitoraggio del processo.
- Il Punto Unico valuta i bisogni del paziente e decide l'attivazione e la composizione dell'Equipe valutativa, che si reca al domicilio del paziente e/o in ospedale per definirne i bisogni e le risorse professionali e materiali necessarie all'assistenza, elaborando il PAI (Piano di Assistenza Individuale).
- L'Equipe valutativa definisce la composizione della Equipe professionale che erogherà l'assistenza domiciliare.
- Sono previste modalità facilitate di fornitura dei farmaci e dei presidi, che favoriscano la tempestività nella erogazione dei servizi.

Anche alla riorganizzazione dell' ADI è stato dedicato uno specifico corso di aggiornamento obbligatorio per i MMG che quindi, nella loro totalità, hanno preso conoscenza delle nuove modalità organizzative del processo.

Assistiti in ADI	Nel corso del 2005 sono stati assistiti in ADI (di I, II e III livello) 307 pazienti, di cui 210 casi di nuova attivazione. Le prestazioni infermieristiche erogate a pazienti in ADI sono state complessivamente 18.314.
Assistenza domiciliare ADP/ADPR	Una ulteriore forma di assistenza domiciliare è la ADP/ADPR rivolta a pazienti con problemi alla deambulazione e che, per questo, abbiano difficoltà a recarsi dal proprio medico. Per questi pazienti è il medico a recarsi a domicilio a cadenze definite, per monitorare patologie semplici, che non necessitino di una presa in carico integrata da parte di una equipe multiprofessionale. E' evidente che tali pazienti sono, soprattutto, anziani.
Assistenza Infermieristica domiciliare	Nel corso del 2005 sono stati seguiti a domicilio, con le modalità di ADP/ADPR 1105 pazienti. Esiste, infine, una forma di Assistenza Infermieristica domiciliare, nella quale l'unica figura professionale che porta assistenza al domicilio del paziente è l'Infermiere professionale, su indicazione e richiesta del MMG. L'assistenza infermieristica domiciliare ha, complessivamente, erogato 10.383 prestazioni di bassa intensità a 779 assistiti, 3.008 prestazioni di media intensità a 138 assistiti e 20.522 prestazioni di alta intensità a 490 assistiti.

7.3. Servizi Residenziali e Semiresidenziali - SAD

*Rete servizi per anziani non autosufficienti
Delibera G.R. 26
Luglio 1999 n. 1378*

Per quanto riguarda i servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti si conferma la tendenza alla riduzione del numero di domande di residenzialità definitiva, a fronte di una modifica della tipologia dei richiedenti caratterizzata da una sempre maggiore complessità sanitaria e da livelli elevati della non autosufficienza. L'andamento della domanda, analizzato e discusso con i Servizi Sociali e con i rappresentanti delle strutture convenzionate, trova in gran parte spiegazione nella diffusione dei servizi di assistenza domiciliare (formali ed informali).
Questo fenomeno ha prodotto liste di attesa per la residenzialità brevi (tra le 30 e le 50 domande per tutto il territorio), ed un tempo per l'ammissione in struttura degli anziani estremamente ridotto.
La dotazione dell'AUSL di Imola di posti protetti convenzionati residenziali e semi residenziali ed il numero di anziani previsti dalle convenzioni SAD (assistenza sociale domiciliare) alla fine del 2005 è riportato nella tabella seguente.

Tabella 84 - Posti convenzionati e numero di anziani (al 31/12/ 2005)

Popolazione ultra 75 anni	Popolazione totale	Posti convenzionati	Parametro
13.874	124.060	Residenziali 496 (di cui 85 posti di RSA)	3,57 %
		Semiresidenziali 48	0,34 %
		Utenti in convenzione SAD 130	0,93 %

Tabella 85 - Collocazione dei servizi della rete sul nostro territorio

SERVIZI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE (SAD)			
Enti Gestori Convenzionati	Territorio di riferimento	N.ro casi in linea previsti dalla Convenzione	
Consorzio Servizi Sociali	Comuni di Imola, Castel del Rio, Fontanelice, Borgo Tossignano, Mordano, Dozza, Castel Guelfo, Sesto Imolese	75	
Istituzione Servizi Sociali CSPT	Comune di Castel San Pietro Terme	40	
Comune di Medicina	Comune di Medicina	15	
CENTRI DIURNI			
Enti Gestori Convenzionati	Strutture	Posti Autorizzati	Posti Convenzionati
Consorzio dei Servizi Sociali	Centro Diurno RSA di Imola	20	20
Istituzione Servizi Sociali CSPT	Centro Diurno per anziani di C.S.P.T.	16	16
Comune di Medicina	Centro Diurno per anziani di Medicina	16	12
STRUTTURE RESIDENZIALI PROTETTE			
Enti Gestori Convenzionati	Strutture	Posti Letto Autorizzati	Posti Letto Convenzionati
IPAB S. Maria Borgo Tossignano	Casa Protetta S. Maria Borgo Tossignano	43	40
	Casa Protetta S. Antonio Fontanelice	30	30
IPAB per Inabili al Lavoro di Imola	Casa Protetta di Imola (sede via Venturini, via Amendola)	195	185
	RSA Fiorella Baroncini	70	70 Di cui 7 temporanei
Casa Protetta Villa Armonia	Casa Protetta Villa Armonia	38	27
Istituzione Servizi Sociali CSPT	Casa Protetta la Coccinella	82	71
	Casa Protetta Toschi Dozza	23	15
Istituzione di Assistenza Riunite Medicina	Istituzione di Assistenza Riunite Medicina	57	43
GERSA	RSA Medicina	40	15

7.4. Progetto di miglioramento dell'assistenza

Indagine regionale	L' AUSL di Imola, assieme a quella di Forlì e Ravenna, partecipa con tutte le strutture del suo territorio al "Progetto azioni di miglioramento delle infezioni e delle lesioni da decubito nelle strutture residenziali per anziani" condotto dalla Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia Romagna.
Obiettivi di miglioramento	<p>Gli obiettivi principali del lavoro sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ridurre la frequenza di infezioni e di lesioni da decubito nelle strutture coinvolte nel progetto di intervento. - Valutare impatto e fattibilità di un modello di intervento che possa essere replicato in altre strutture delle tre Aziende o in altre AUSL della Regione Emilia Romagna. - Valutare la fattibilità e l'accuratezza di strumenti per il monitoraggio continuo delle infezioni e delle lesioni da decubito.

**Mandato dei gruppi di
miglioramento**

Il Progetto è iniziato nel 2001, ed ha riguardato tutte le residenze sanitarie assistite (RSA, 15 per un totale di 329 anziani) e un campione di case protette (CP, 34 per un totale di 1.597 anziani) delle tre Aziende Sanitarie (Forlì, Imola, Ravenna). L'indagine iniziale aveva l'obiettivo di stimare la prevalenza di due specifici eventi potenzialmente prevenibili - le infezioni acquisite nelle strutture e le lesioni da decubito - nonché analizzare i fattori a questi associati, relativamente alle caratteristiche sia del paziente, sia delle strutture.

I risultati dello studio hanno costituito la base di un progetto di miglioramento dell'assistenza, che ha impegnato tutto il 2003, il 2004, il 2005 e che prosegue tuttora.

Gli interventi previsti dal progetto sono passati attraverso la promozione di pratiche assistenziali che rispondono a criteri EBM, EBN attraverso la costituzione di gruppi di miglioramento costituiti dai professionisti.

Gli operatori dei gruppi di lavoro, per poter identificare le aree di non adesione a pratiche di "Evidence Based Medicine" e "Evidence Based Nursing" hanno partecipato a momenti formativi mirati a discutere le evidenze disponibili relative alle diverse aree selezionate come azioni di miglioramento.

Nel dettaglio, il mandato dei gruppi di miglioramento è stato il seguente:

- Identificare le aree di non adesione alle pratiche assistenziali dimostrate efficaci a prevenire/gestire in modo appropriato le infezioni e le lesioni da decubito. Per identificare le aree di non adesione, il progetto prevede sia momenti formativi, che l'esecuzione di rilevazioni ad hoc delle conoscenze/attitudini e pratiche degli operatori socio-sanitari.
- Identificare i motivi alla base della non adesione, attraverso il confronto nell'ambito di gruppi di lavoro costituiti dagli operatori responsabili del processo clinico-assistenziale nelle strutture coinvolte.
- Identificare delle macroazioni per rispondere alle criticità individuate e, nell'ambito di ciascuna macroazione, delle azioni specifiche.
- Messa in opera delle azioni identificate.

Tutti gli Enti Gestori delle strutture imolesi coinvolte nel progetto hanno aderito con il loro personale alle indagini, agli eventi formativi ed alle azioni di studio e di miglioramento che sono state svolte, in forma integrata con l'Azienda USL, su indicazione della Agenzia Sanitaria.

Nell'ambito del Progetto di Miglioramento sopra presentato è stata effettuata ripetutamente la classificazione degli ospiti, è stata rilevata la prevalenza di specifiche condizioni patologiche (infezioni e piaghe da decubito) e di alcuni processi assistenziali per mezzo della scheda RUG.

Successivamente alla classificazione degli ospiti, sono stati adottati nuovi protocolli di prevenzione e cura delle lesioni da decubito.

In tutte le strutture è stata regolarmente adottata la scala di Braden per l'individuazione degli anziani a rischio, è stato adottato uno strumento di rilevazione e verifica delle Lesioni Da Decubito.

E' stato composto un gruppo di lavoro per la revisione del documento consegna che faciliti, mediante l'utilizzo di una check list, l'osservazione del comportamento degli ospiti da parte degli operatori, in modo da rendere sempre più limitata ed adeguata la terapia con psicofarmaci e l'utilizzo di presidi di limitazione personale.

E' stato definito e sperimentalmente adottato uno strumento di rilevazione delle cadute al fine di individuare precocemente le situazioni

di rischio. E' stata effettuata una specifica formazione, per rafforzare le conoscenze sulle norme igieniche degli operatori delle strutture.

Tutto il personale delle strutture protette convenzionate è stato impegnato, nell'attuazione del progetto di miglioramento coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale. Le schede azioni relative alle conclusioni dei gruppi di lavoro, sono state implementate a partire dal gennaio 2004.

7.5. Rette Utente

Le Strutture del nostro territorio hanno dimostrato in questi anni una particolare sensibilità sociale nello studio e nella definizione della retta per l'utente. Il risultato è stato un contenimento dei costi che colloca le rette delle strutture imolesi tra le più basse della provincia, anche a fronte di elevati livelli assistenziali.

Tabella 86 - Retta Utenti

STRUTTURE PROTETTE CONVENZIONATE AUSL IMOLA		
Enti Gestori Convenzionati	Strutture	Rette utente 2005
IPAB S. Maria Borgo Tossignano	Casa Protetta S.Maria Borgo Tossignano	€ 41,07
	Casa Protetta S. Antonio Fontanelice	€ 42,82
IPAB per Inabili al Lavoro di Imola	Casa Protetta di Imola (sede via Venturini, via Amendola)	€ 44,47
	RSA Fiorella Baroncini	€ 48,25
Casa Protetta Villa Armonia	Casa Protetta Villa Armonia	€ 45,68
Istituzione Servizi Sociali CSPT	Casa Protetta la Coccinella	€ 39,50
	Casa Protetta Toschi Dozza	€ 39,50
Istituzione di Assistenza Riunite Medicina	Istituzione di Assistenza Riunite Medicina	€ 46,10
GERSA	RSA Medicina	€ 54,97

7.6. Contributi alle famiglie

Per quanto riguarda la risorsa contributi alle famiglie, per favorire l'integrazione delle risorse e l'omogeneità dei criteri, l'Ausl di Imola ha delegato la gestione dell'attività al Consorzio dei Servizi Sociali.

7.7. Progetto demenze

Progetti di
qualificazione
dell'assistenza al
paziente demente

Il Progetto regionale demenze nato come programma speciale del PSR 1999-2001 della regione Emilia Romagna ha progressivamente avviato un percorso che ha prodotto nella AUSL di Imola la creazione di un punto di riferimento specialistico per la diagnosi e la terapia: ambulatorio demenze o centro UVA (Unità Valutativa Alzheimer).

L'ambulatorio demenze è adiacente al Day Hospital Geriatrico per facilitare l'accesso privilegiato alla diagnostica strumentale e laboratoristica. La responsabilità dell'ambulatorio demenze è del direttore della divisione di Geriatria, le professionalità disponibili per le attività ambulatoriali previste, sono il geriatra, il neurologo, lo psicologo, l'infermiere professionale.

Nell'ambulatorio vengono effettuate le valutazioni neuro psicologiche di secondo livello che completano, se necessarie, la valutazione eseguita alla visita di accesso. Su appuntamento può essere presente la assistente sociale e il volontariato per la famiglia. Il reparto di Geriatria partecipa fattivamente, con i Medici che svolgono attività presso il Centro UVA,

all'UVG rendendo possibile una migliore continuità assistenziale. Nel 2005 presso l'ambulatorio demenze sono state eseguite 168 prime visite e 563 visite di controllo.

Il progetto regionale demenze ha indotto un percorso di miglioramento della continuità assistenziale nella presa in carico anche da parte dei Servizi Sociali: vengono fornite consulenze psicologiche, legali, ed assistenziali, in tutto il territorio. Sono stati svolti corsi di formazione rivolti ad operatori sociali e sanitari dei servizi socio sanitari, ed a familiari e a assistenti familiari straniere impegnate nell'assistenza a persone non autosufficienti. E' stato elaborato e realizzato sperimentalmente un progetto di animazione a domicilio. La diffusione di informazione e formazione per i care giver ha portato ad un elevato livello di sensibilità sociale per i malati e la loro famiglia.

Uno degli obiettivi più importanti perseguiti nell'ambito del Progetto Demenze è stato il progressivo miglioramento della qualificazione dei servizi della rete. La qualificazione dei servizi della rete è il risultato di tre fattori che inizialmente oggetto di enunciazione teorica, successivamente sono diventati fondamenti di una prassi consolidata. I tre fattori sono:

- a) L'organizzazione dell'assistenza secondo piani assistenziali personalizzati (PAI) puntualmente formalizzati e verificati.
- b) Il miglioramento strutturale degli spazi di vita, cura del colore, utilizzo di elementi e arredi che rafforzano l'orientamento ecc. (compatibilmente con la presenza di strutture anche non di nuova costruzione).
- c) La realizzazione di percorsi di formazione per il personale sanitario e sociale sia sugli aspetti tecnici della malattia che sugli aspetti relazionali.

L'AUSL di Imola partecipa attivamente a tutti i progetti di qualificazione dell'assistenza al paziente demente portati avanti dalle strutture convenzionate. Tale modalità è facilitata dalla scelta aziendale di garantire l'assistenza infermieristica alla rete territoriale in gran parte mediante personale dipendente AUSL.

La Fondazione della Cassa di Risparmio si è impegnata a finanziare una struttura specializzata per i malati di demenza, completa di arredi e attrezzature, per questo ha richiesto la creazione di un gruppo di lavoro a cui l'AUSL ha attivamente partecipato.

Il Progetto presentato prevede la costruzione di un nuovo padiglione contiguo alla Casa Protetta di Imola. La nuova struttura ospiterà circa 43 posti residenziali e circa 20 semi residenziali e sarà dotata di un giardino Alzheimer. Il progetto della costruzione è stato affidato ad un architetto con specifica esperienza del settore.

Al gruppo di lavoro hanno partecipato oltre all'Ausl di Imola, tecnici esperti della Fondazione, rappresentanti della Associazione Alzheimer, rappresentanti dell'IPAB per Inabili al Lavoro di Imola che gestirà la nuova struttura.

L'inizio dei lavori di costruzione è previsto per il 2006. Questa nuova struttura destinata ad accogliere pazienti portatori di demenza si prevede adottare un modello di assistenza individualizzata che curi in particolare gli aspetti riabilitativi. L'apertura di questo nuovo padiglione della Casa Protetta di Imola permetterà la chiusura del nucleo della Casa Protetta situato all'interno dell'ospedale vecchio di Imola.

La nuova struttura Alzheimer si colloca come uno dei nodi più importanti della rete socio sanitaria, per le indispensabili funzioni che assume di

completamento della rete dei servizi, di modello specialistico integrato dell'assistenza, e di polo di riferimento per la formazione specifica degli operatori sociali e sanitari.
Nella tabella successiva sono sintetizzati i dati di attività del consultorio relativi al 2005.

Tabella 87 - Attività del consultorio (Anno 2005)

Consultorio centro esperto – delegato	Utenza	Prime Visite			Progetto Cronos		Controlli		
	Popolazione anziana > 65aa	TOT	Di cui presi in carico	Di cui Non presi in carico	Pazienti Ammessi nell'anno	Pazienti ancora in trattamenti al 31.12	TOT	Di cui Cronos	Di cui altro
IMOLA	28.211	168	154	14	55	144	563	376	187

7.8. Assistenza ospedaliera del paziente anziano

Principi fondamentali
dell'assistenza
ospedaliera

L'anziano fragile è ad alto rischio di ospedalizzazioni ripetute. In particolare, gli ultrasettantacinquenni ricoverati in ospedale per patologie acute costituiscono ormai il 30-40% del totale dei ricoverati nei reparti internistici, malgrado questa fascia d'età rappresenti solo il 6,9% della popolazione totale.

L'assistenza ospedaliera agli anziani è basata sui seguenti principi fondamentali:

1. L'età avanzata non deve costituire controindicazione assoluta per trattamenti farmacologici, interventi di rianimazione, procedure chirurgiche e programmi di riabilitazione.
2. La riduzione del rischio di reazioni avverse da farmaci si ottiene riducendo il numero delle prescrizioni, somministrando esclusivamente sostanze sicuramente efficaci per le patologie che devono essere trattate in via prioritaria in quel particolare momento.
3. Alcune sindromi geriatriche, causa del ricovero o complicità della patologia che lo ha determinato, devono essere trattate o prevenute con interventi, anche non farmacologici, orientati a facilitare la comunicazione con il paziente, attenuare l'isolamento, correggere interferenze ambientali negative e ridurre l'handicap.
4. Per i pazienti anziani, nei quali una patologia acuta di pertinenza specialistica sia stata la causa del ricovero, deve essere facilitata una sinergia tra lo specialista di riferimento ed il geriatra, eventualmente anche attivando unità dedicate (es. OrtoGeriatría: basata sulla collaborazione tra geriatra e ortopedico determina una riduzione di mortalità, una riduzione delle complicanze e una minore tendenza a consultare altri specialisti ed una riduzione del consumo di farmaci.).
5. Per ottenere i migliori risultati possibili alla dimissione, l'équipe dell'Unità Operativa di Geriatría per Acuti deve interagire con l'UVG per stabilire il successivo piano individualizzato di assistenza. Devono essere studiati e realizzati programmi integrati di assistenza continuativa tra ospedale e servizi territoriali, con l'obiettivo di ridurre il fenomeno dei "letti bloccati" ed i reingressi nelle Unità Operative ospedaliere di Medicina Generale e di Geriatría.

Processi assistenziali
articolati in aree
fondamentali

L'organizzazione dei processi assistenziali deve prevedere l'articolazione in alcune aree fondamentali.

Area Intensiva

L'unità operativa per ACUTI deve farsi carico dei casi geriatrici ad alta intensività (quali ictus, gravi scompensi cardiaci e multiorgano) attraverso una gestione multiprofessionale, un buon livello di nursing ed alcune tecnologie di base. Nell'U.O. di Geriatria della Azienda USL di Imola sono stati ricoverati, nell'anno 2005, 1084 pazienti (985 nel 2004).

L'età media del 90,1% dei pazienti era superiore a 75 anni e un altro 9,3% aveva un'età compresa fra 65 e 74 anni. Il peso medio DRG è risultato di 1,044 (1,088 nel 2004). La degenza media è stata di 10,0 giorni nel 2005 (10,5 nel 2004).

Le patologie principali trattate, secondo i principali DRG, sono state:

- Insufficienza cardiaca, edema polmonare: 20,2%
- Polmoniti: 10,5%
- Disturbi cerebrovascolari, ictus, TIA, occlusioni carotidi: 9,1%
- BPCO: 3,2%
- IRC complicata: 3,0%
- Aritmie cardiache: 2,9%
- Infarto acuto del miocardio: 2,7%
- Neoplasie dell'apparato digerente: 2,7%
- Arteriopatie ostruttive e aterosclerosi complicate: 2,2%
- Anemie: 2,2%

Area Intensiva

Area Intermedia

Le Lungodegenze (LD) PostAcuti (PA) e Riabilitativa Estensiva (RE).

La Lungodegenza - PostAcuti (LDPA) assume un ruolo indispensabile nella gestione a breve/medio termine di pazienti che, superata la fase acuta della malattia, hanno bisogno ancora di assistenza medico-infermieristica non erogabile in altri regimi assistenziali.

La Lungodegenza - Riabilitazione Estensiva (LDRE) ha come obiettivo mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti e si caratterizza per un tempo compreso tra 1 e 3 ore di trattamento giornaliero, un alto livello di assistenza infermieristico - riabilitativa e un'inferiore necessità di sorveglianza medica.

Gli obiettivi della LDPA e della LDRE possono essere così sintetizzati:

1. Fornire assistenza qualificata e costi ridotti ai pazienti post-acuti non dimissibili.
2. Recuperare il massimo grado di autonomia funzionale perduta in seguito all'evento acuto, al fine di permettere un più facile inserimento nel proprio ambito familiare e sociale.
3. Accelerare il turn-over nei reparti per acuti.
4. Ridurre i ricoveri ripetuti.

Area Intermedia

I criteri di ammissione sono così definiti:

- paziente con malattia ad andamento cronico recidivante e ben definita sul piano diagnostico e che può necessitare solo di accertamenti di primo livello per il controllo della malattia;
- paziente con pregressa malattia acuta, stabilizzato, non autosufficiente, nel quale persiste la necessità di verifica medica quotidiana;
- paziente convalescente con esiti non stabilizzati di malattia;
- paziente destinato a trattamenti periodici ad elevata frequenza;

- paziente che necessita di assistenza internistica e di interventi riabilitativi di tipo estensivo.

Nelle strutture LDPA e LDPARE dell'Azienda USL di Imola, sono stati ricoverati 857 pazienti nell'anno 2005. La degenza media è stata di 22.33 giorni (21.76 nel 2004).

Le patologie principali trattate, secondo i principali DRG, sono state:

- Disturbi cerebrovascolari, ictus, TIA, occlusioni carotidi: 21,5%
- Insufficienza cardiaca, edema polmonare: 11%
- Polmoniti: 8%
- Fratture di Femore: 11,9%
- Demenze complicate: 5,8%
- Neoplasie dell'apparato digerente: 1,4%
- BPCO: 3,9%
- Arteriopatie ostruttive AA.II. complicate, amputazioni: 2,8%
- Neoplasie apparato respiratorio: 0,3%
- IRC complicata: 0,3%
- Ulcere distrofiche e da pressione della cute: 0,8%

Sono parte dell'area intermedia le consulenze geriatriche intraospedaliere e le sedute UVG per dimissioni protette.

Area della Continuità delle Cure

Area della Continuità delle Cure

- Ambulatorio Geriatrico: l'Attività Ambulatoriale e Domiciliare di Visita Geriatrica (effettuata da U.O. di Geriatria e da LDPA) è finalizzata ad una valutazione clinica multidimensionale, ad una valutazione di tipo certificativo per invalidità/assegno di accompagnamento e ad una valutazione per prescrizione presidi. Nel 2005 sono state eseguite 878 visite geriatriche ambulatoriali + 200 Visite Geriatriche Domiciliari. La U.O. LADPA effettua inoltre attività di Visita Cardiologica + Elettrocardiogramma di I livello indirizzata alle persone anziane (674 + 708 Elettrocardiogrammi ambulatoriali nel 2005).
- Day Hospital e Day Service: l'attività 2005 è stata di 75 percorsi diagnostici complessi come Day Service e di 141 ricoveri in Day-Hospital di tipo prevalentemente terapeutico indirizzati a:
 - Trattamento emotrasfusionale e/o marziale e.v. in pazienti affetti da anemia cronica da perdita, da IRC e da patologia ematologica.
 - Trattamento e percorso diagnostico (in collaborazione con il Centro di Analgesia) di "ulcere trofiche vascolari difficili".
- Centro Esperto per lo Studio delle Demenze (Centro Unità Valutazione Alzheimer, UVA) finalizzato ad attività di Valutazione Neuropsicologica: vengono eseguite circa 170 prime visite all'anno e circa 560 visite di controllo.
- Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e Valutazione multidimensionale (VMD) (effettuate in collaborazione da U.O. di geriatria e LDPA): finalizzata ad attività di valutazione del paziente anziano per l'ammissione ai servizi della rete e ad attività di tipo certificativo. Nel 2005 sono state eseguite 1000 valutazioni U.V.G. territoriali e 210 valutazioni U.V.G. per dimissioni protette, di cui 2 per pazienti non dimissibili.

Consulenze geriatriche presso le Case Protette e la RSA.