

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

Bilancio di missione

2010



La Direzione Generale ringrazia tutti gli operatori
dell'Azienda USL di Imola
per aver contribuito al risultato di missione

1. Contesto di riferimento	pag. 6
1.1 Territorio	6
1.2 Ambiente	18
1.3 Popolazione	21
1.4 Condizioni socio-economiche	40
1.5 Osservazioni epidemiologiche	45
1.6 Stili di vita	55
1.7 Sicurezza	58
2. Profilo Aziendale	70
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	71
2.2 Impatto sul contesto territoriale	91
2.3 Livelli essenziali di assistenza	102
2.4 Ricerca e didattica	144
2.5 Assetto organizzativo	144
3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	150
3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	151
3.2 Universalità ed equità di accesso	152
3.3 Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti	167
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	175
3.5 Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo	190
4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	194
4.1 "Carta di identità" del personale	194
4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	201
4.3 Gestione del rischio e sicurezza	202
4.4 Formazione	204
4.5 Struttura delle relazioni con il personale e le sue rappresentanze	219
5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	226
5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi	227
5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità	247
5.3 La comunicazione interna aziendale	276
6. Governo della ricerca e innovazione	280
6.1 Le azioni aziendali per l'esercizio della governance della ricerca	282
6.2 Progetti sanitari nel piano telematico regionale	287
6.3 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	291
6.4 Alta formazione	291
6.5 Accreditemento istituzionale	298
7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	300
7.1 L'Ospedale di Montecatone: un'eccellenza che avanza	300

Il resoconto di attività riportato in questo Bilancio di Missione 2010 dell'Azienda Usl di Imola consente di tratteggiare il profilo di una Azienda sanitaria che, negli ultimi anni, è stata protesa a realizzare la migliore allocazione e combinazione produttiva delle proprie risorse al fine di garantire i bisogni di salute della propria popolazione di riferimento, nel rispetto di quei principi di universalismo dell'assistenza, di uguaglianza, di equità, di solidarietà, di rispetto della dignità della persona, su cui si fonda il servizio sanitario nazionale, frutto di un orientamento largamente condiviso e che continua a rappresentare tuttora uno dei pilastri fondamentali dei diritti civili e sociali e un patrimonio collettivo da difendere con volontà, forza e coerenza.

Il nostro Paese si trova oggi a fronteggiare una trasformazione globale sotto la spinta di diversi fattori, che vanno dalla riduzione delle risorse disponibili all'allungamento dell'aspettativa di vita, dalla modifica della struttura sociale all'indebolimento della coesione sociale, con conseguente indebolimento delle reti di supporto informale ed aumento del disagio. Tutto ciò richiede un sempre maggior sforzo affinché sia garantita la tenuta del sistema socio-sanitario.

Occorre consolidare un nuovo modo di essere del governo della salute pubblica, che deve trovare nella buona gestione e nel buon uso delle risorse da parte dell'Azienda Sanitaria, nella responsabilità dei professionisti e nel governo clinico, gli strumenti di gestione per un servizio sanitario efficiente, umano, di qualità, sicuro, capace di fornire prestazioni in maniera appropriata, al fine di garantire l'inderogabile diritto alla salute del cittadino nel rispetto della dignità e della libertà della persona.

Un sistema che partendo dai bisogni di salute del cittadino, visti nella loro globalità, e attraverso un più ampio coinvolgimento e partecipazione, non solo delle istituzioni locali, ma anche dei professionisti, delle organizzazioni sociali, delle associazioni di tutela dei cittadini, delle organizzazioni sindacali e dei vari soggetti economici presenti sul territorio, porti a fare scelte e ad assumere decisioni di politica sanitaria e sociale più coerenti con l'evoluzione del quadro programmatico, al fine di rafforzare il sistema sanitario locale, sia in termini di qualità dei servizi offerti, che per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria, nonché a consolidare il rapporto di fiducia tra cittadini e servizio sanitario.

In tale ottica si colloca il percorso di programmazione strategica che l'Azienda Usl di Imola, con il coinvolgimento degli enti locali, ha avviato per il triennio 2010-2013.

Il Piano Strategico Aziendale (PSA) si pone come la "stella polare" della nostra Azienda nei prossimi anni e ne ridefinisce il ruolo nel contesto sociale, geografico e culturale del Nuovo Circondario Imolese rafforzandone competenze ed autonomia, e garantendole piena titolarità di ruolo all'interno dell'Area Vasta Emilia Centro di cui è parte. Il processo di riorganizzazione vuole orientare sempre più la propria azione di gestione come Azienda per la salute, fondando la propria mission non solo sulla cura, ma soprattutto sulla prevenzione, sullo sviluppo di politiche che favoriscano migliore qualità di vita, inclusione sociale, educazione e formazione, all'interno di una rete di servizi complementari ed integrati.

Il documento, che ha visto partecipi alla stesura i soggetti istituzionali che ai diversi livelli contribuiscono alla governance allargata (Nuovo Circondario Imolese, Ufficio di Piano e di Supporto), è stato sottoposto ad un percorso di condivisione attuato all'interno all'Azienda Sanitaria, con il coinvolgimento diretto delle componenti professionali del Collegio di Direzione e dei Comitati di Dipartimento, e con una comunicazione diffusa a tutti i dipendenti attraverso gli strumenti informativi interni, che ha infine permesso la raccolta di diversi contributi, frutto di una profonda riflessione interna.

Contemporaneamente non è mancato un ampio coinvolgimento delle componenti esterne istituzionali e non (Consigli Comunali, Comitato Consultivo Misto, organizzazioni sindacali, stakeholder, ecc...) a cui il piano è stato presentato prima dell'approvazione definitiva proprio per poter accogliere proficui stimoli del mondo esterno all'Azienda, che delle sue azioni è contemporaneamente mandatario e destinatario. Il risultato è un piano che cerca di coniugare l'ambizione delle strategie con la fattibilità delle stesse, e che rappresenta la strada che l'Azienda USL di Imola, insieme ai suoi professionisti e all'intera comunità, intende percorrere per completare il suo processo di risanamento, ammodernamento e sviluppo.

Una visione strategica della sanità che pertanto deve porsi al passo con i tempi e con i cambiamenti sempre più veloci della Medicina e della Scienza, delle nuove tecnologie e che, nel contempo, deve essere attenta ai mutamenti generazionali, epidemiologici, economici che condizionano i bisogni delle persone e le loro nuove domande di salute.

È questa la Sanità a cui guardare e che va ulteriormente ben governata perché possa conquistare nuovi traguardi e capacità di rispondere sempre più alle esigenze di salute dei cittadini, quali principali destinatari del sistema, il cui diritto alla salute deve essere garantito in tutte le sue fasi: prevenzione, cura, integrazione sociale.

Maria Lazzarato

1. Contesto di riferimento	pag. 6
1.1 Territorio	6
1.1.1 Collocazione geografica, viabilità e flussi di mobilità sanitaria	10
1.2 Ambiente	18
1.2.1 Fonti di inquinamento	18
1.3 Popolazione	21
1.3.1 Struttura demografica della popolazione residente	21
1.3.2 Aspettativa di vita	26
1.3.3 Natalità	28
1.3.4 Anziani e grandi anziani	30
1.3.5 Stranieri	32
1.3.6 Famiglie	36
1.3.7 Soggetti in condizione di marginalità potenzialmente portatori di bisogni	37
1.4 Condizioni socio-economiche	40
1.4.1 Mercato del lavoro	40
1.4.2 Tenore di vita	44
1.5 Osservazioni epidemiologiche	45
1.5.1 Mortalità	46
1.5.2 Mortalità per grandi cause	48
1.5.3 Malattie infettive	52
1.6 Stili di vita	55
1.6.1 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	55
1.6.2 Attività fisica	55
1.6.3 Abitudine al fumo	56
1.6.4 Consumo di alcol	56
1.6.5 Tossicodipendenze	57
1.6.6 Stato di salute percepito	58
1.7 Sicurezza	58
1.7.1 Incidenti stradali	58
1.7.2 Infortuni sul lavoro	63
1.7.3 Infortuni domestici	66

1. Contesto di riferimento

Il primo decennio del nuovo millennio ha innegabilmente aperto una fase sempre più marcata di disuguaglianze sociali. Mutuando quanto recentemente commentato dal Presidente dell'Istat, in un periodo in cui anche la comunicazione ufficiale del dato si caratterizza sempre più ed a pieno titolo, come elemento indispensabile di una società democratica, persistono purtroppo ancora nel 2010, anche in questa società definita "della conoscenza", differenziazioni preoccupanti, tra chi sa e chi non sa. Questa prima sezione del Bilancio di Missione 2011, si inserisce, senza presunzione, in questa prospettiva di ampliamento della "conoscenza locale" fruibile non solo dai cittadini del nostro territorio ma anche da tutti gli altri *stakeholders*.

In funzione della mancata disponibilità, all'atto della presente redazione, dei dati regionali all'01/01/2011, per non disperdere l'ultima fotografia circondariale, si sono modificati, in alcune rappresentazioni, gli archi temporali di riferimento, posizionandoli al 31 dicembre dei rispettivi anni. Il confronto tra ambiti territoriali, rilevabile dal sito regionale, non viene comunque modificato (seppur con rare ed irrilevanti differenze dovute ai successivi controlli qualità da parte delle anagrafi comunali) perché naturalmente, quanto fotografato nelle precedenti edizioni al 1 gennaio, altro non è che il 31 dicembre dell'anno precedente.

Accanto all'imprescindibile ruolo informativo-statistico ricoperto dalle banche dati regionali site nei portali tematici della RER (Salute e Statistica) e dell'Agenzia Sanitaria, ci si è avvalsi in questa Sezione, dei dati tratti dalla modulistica ufficiale ISTAT, messa a disposizione dai vari Uffici Anagrafe Comunali. Sempre prezioso anche l'apporto del *Profilo di Comunità della Provincia di Bologna*, (aggiornato in proiezione P.A.L. 2011), elaborato dall'Ufficio di Piano Provinciale e dalla Giunta del Nuovo Circondario Imolese, utilizzato in misura minore rispetto allo scorso anno, perché mancante di alcune aree. Per il PSC del Circondario Imolese, si sono utilizzati invece, alcuni supporti informativi della passata edizione. Tutto ciò a dimostrare ancora una volta la forte valenza di rete sinergica esistente tra i vari Enti di questo territorio.

1.1 Territorio

Il rafforzamento del *welfare* all'interno della nostra Regione, passa gioco forza, anche dallo stretto rapporto tra territorio ed ubicazione dei servizi sanitari. Pur tuttavia, questa relazione sarebbe messa fortemente in crisi, se l'area di offerta, non godesse di forme infrastrutturali (leggasi prevalentemente forme di viabilità, ma non solo), capaci da un lato, di rendere maggiormente fruibili i percorsi assistenziali ospedalieri e territoriali, e dall'altro, di rendere "indolore" eventuali razionalizzazioni necessarie per fini programmatori. Proprio queste

infrastrutture, di sovente, si trasformano in volani per l'attrattività ed anche il nostro specifico ambito territoriale non sfugge a questa regola. Infatti le condizioni geo-morfologiche dell'ambito territoriale aziendale, hanno un notevole impatto sia sull'estensione dell'area di influenza dei centri sanitari ospedalieri e distrettuali, sia sulle possibilità di corrispondere ad una precisa funzione assistenziale organicamente distribuita. L'estensione territoriale della AUSL di Imola, con i suoi 787 Km², rappresenta un'area di confine tra l'Emilia e la Romagna, incuneata tra i territori bolognese da una parte e ravennate-ferrarese dall'altro. Sette Comuni su dieci sono attraversati - particolare non di poco conto in funzione di quanto citato in premessa - da due direttrici importanti in ordine alla viabilità: la Statale Selice-Montanara per l'asse nord-sud e la Statale Via Emilia per l'asse est-ovest, a cui si aggiunge l'autostrada A14 importante nodo di traffico non solo regionale ma anche nazionale.

La popolazione residente nel Nuovo Circondario Imolese al 31/12/2010, ammonta, a 131.984 unità di cui 64.542 maschi (48,9%) e 67.442 femmine (51,1%). Dalla Tabella 1.1 si può notare, come a fronte di una quasi sovrapposibilità in collina del totale dei due generi, in pianura esiste una prevalenza femminile di circa 2.500 unità.

L'80,7% della popolazione circoscrizionale vive nei Comuni di Imola (52,37%), Castel San Pietro Terme (15,68%) e Medicina (12,63%), anche se curiosamente, nell'ultimo periodo, tutti i tre centri con il maggior numero di residenti hanno riscontrato un leggerissimo calo del loro peso %, a testimonianza del fatto che nel corso del 2010 altri comuni sono cresciuti maggiormente. Da rilevare come, il territorio medio-piccolo del comune di Dozza, in funzione della propria posizione altamente "strategica", indotta dalla forte connessione/relazione alle reti di viabilità verso la polarità bolognese ed alla contiguità con Imola, continui a proporre un forte "richiamo", che tradotto in cifre risulta essere di circa + 100 residenti in ragione d'anno. Un'entità territoriale che si candida nel giro di pochi anni, a raggiungere la soglia dei 7.000 residenti. Questa numerosità demografica spalmata su una superficie limitata, produce una densità abitativa ben al di sopra della media regionale, seconda nel circondario, solo a quella del capoluogo di riferimento.

Tabella 1.1 - Superficie e densità demografica nei Comuni dell'A.USL di Imola al 31/12/2010 e confronto 2009

COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE kmq	DENSITÀ DI POPOLAZIONE Pop/kmq	POPOLAZIONE			2010 Peso% su Totale AUSL	2009 Peso% su Totale AUSL
			M	F	Totale		
Pianura							
IMOLA	204,94	337,25	33426	35690	69.116	52,37%	52,42%
MORDANO	21,46	220,18	2.412	2.313	4.725	3,58%	3,52%
MEDICINA	159,11	104,80	8.185	8.490	16.675	12,63%	12,60%
CASTEL GUELFO	28,55	149,95	2.138	2.143	4.281	3,24%	3,22%
TOTALE 1 (pianura)	414,06	228,95	46.161	48.636	94.797	71,82%	71,76%
Collina							
CASTEL S. PIETRO	148,48	139,34	10.171	10.518	20.689	15,68%	15,75%
DOZZA	24,24	268,81	3.254	3.262	6.516	4,94%	4,91%
CASALFIUMANESE	81,97	42,43	1.736	1.742	3.478	2,64%	2,63%
BORGO TOSSIGNANO	29,12	114,11	1.645	1.678	3.323	2,52%	2,53%
FONTANELICE	36,57	52,53	967	954	1.921	1,46%	1,46%
CASTEL DEL RIO	52,56	23,97	608	652	1.260	0,95%	0,97%
TOTALE 2 (collina)	372,94	99,71	18.381	18.806	37.187	28,18%	28,24%
TOTALE GENERALE	787	167,71	64.542	67.442	131.984	100%	100%
Prov. Bologna (2009)		265,86					
RER (2009)		195,83					
ITALIA (2009)		199,75					

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

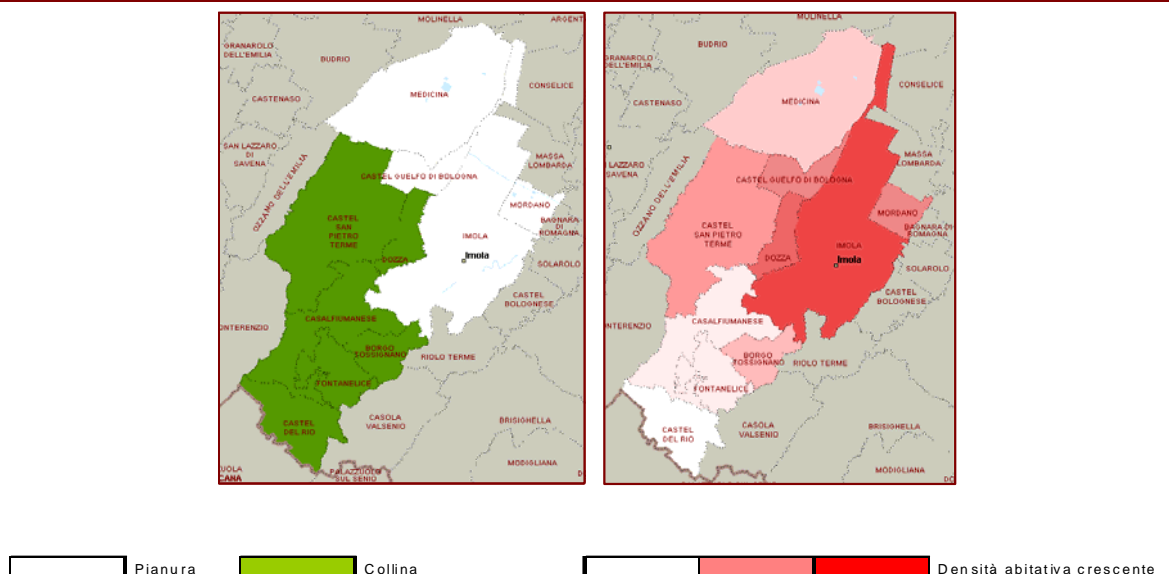
Sezione 1. Contesto di riferimento

Sulla base del sistema circoscrizionale statistico, la ripartizione del territorio aziendale vede la presenza delle sole zone altimetriche di collina e di pianura (Tabella 1.1). In riferimento a queste ripartizioni, adottanti il criterio della inscindibilità della superficie comunale (in caso di compresenza di zone diverse), si rileva una densità demografica in aumento per i comuni della pianura, giunta al 31/12/10 a circa 229 abitanti residenti su kmq (+2 ab/kmq rispetto 2009), con un valore massimo registrato nel Comune di Imola (337,25 ab/kmq) ed un valore minimo nel Comune di Medicina (104,80 ab/kmq). A questa, fa riscontro una densità molto più bassa in collina, pari a 99,71 ab/kmq, in aumento di 0,5 ab/kmq nel confronto con l'anno precedente. Qui un'altra densità territoriale, quella delle imprese, legata indissolubilmente alla geomorfologia territoriale, l'indice di differente attrattività dei piccoli comuni rispetto ai maggiori (siti in pianura) e non ultimo le distanze dai poli nevralgici, continuano a giocare, in questo periodo di particolare congiuntura economica, un ruolo forte, con Comuni che registrano valori molto diversi tra loro, che vanno da un massimo riscontrabile a Dozza (268,81 ab/kmq) ad un minimo di Castel del Rio (23,97 ab/kmq). L'analisi complessiva di questo indicatore, che fornisce una misura del grado di "affollamento" di una determinata area, evidenzia come la popolazione tenda a collocarsi prevalentemente nei grandi centri di pianura o in aree limitrofe, caratteristica generalizzabile a buona parte del contesto nazionale (zone totalmente riconosciute montane escluse). Infatti nel confronto con gli altri ambiti territoriali inseriti nella tabella di cui sopra, si nota come la densità della popolazione residente nell'intero territorio aziendale, sia non troppo distante dalla media regionale (195,93 ab/kmq) e nazionale (199,75 ab/kmq), ma lontana da quella relativa alla provincia di Bologna, che naturalmente risente della forte agglomerazione del capoluogo bolognese.

In un'ottica legata all'Area Provinciale o meglio alle "Aree Vaste", sarebbe opportuno il confronto su "aree urbane", interessante indicatore di concentrazione demografica, che travalica i confini meramente amministrativi dei comuni, in funzione dei processi di espansione creati dai centri superiori ai 50.000 abitanti.

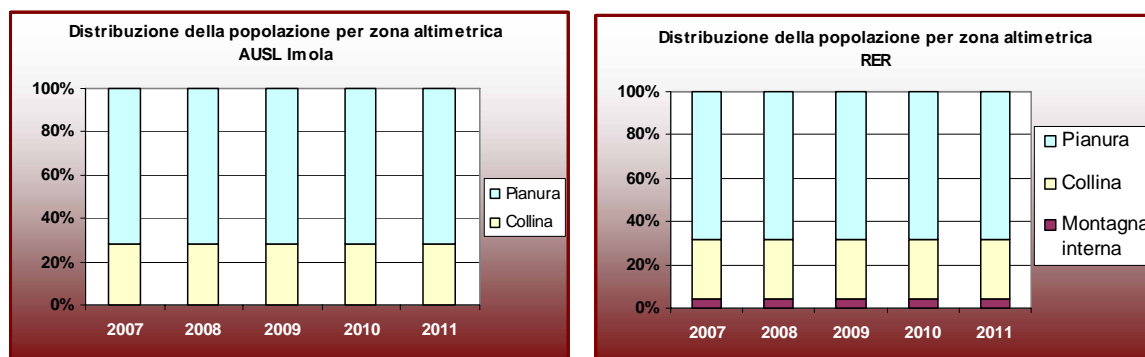
Confrontando la fotografia al 31/12/2010 con quella al 31/12/2004 (primo anno a 10 Comuni con l'arrivo del Comune di Medicina) mutuata dalle precedenti edizioni del BM, si segnala come, nonostante il quasi immutato "assorbimento" in termini percentuali della Pianura e della Collina (+0,09% della prima a discapito della seconda), l'apporto dei vari Comuni alla popolazione complessiva, sia invece mutato. Ad una contrazione della popolazione imolese sul totale del Circondario di un punto percentuale, hanno fatto riscontro l'aumento del Comune di Medicina (+0,8%) e di Castel Guelfo (+0,3% circa), realtà che assieme a Dozza hanno beneficiato maggiormente dei flussi migratori.

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



La distribuzione demografica nei territori aziendale e regionale (già comprensivo nel 2010 dell'Alta Valmarecchia), secondo le zone altimetriche rappresentate nel Grafico 1.3, lascia intravedere una sostanziale stabilità dei due livelli. Pur tuttavia, a partire dal 2010, sembra si inizi ad abbozzare a livello regionale, un lieve aumento % della collina a discapito della pianura, probabilmente collegato ai flussi di mobilità interna e migratori dell'ultima generazione, ma anche ad opere di rigenerazione urbana effettuata dai comuni pedemontani. Tale particolarità dovrà essere verificata nei prossimi anni al netto di quei circa 15.000 residenti dell'Alta Valmarecchia che, nel corso del 2010, hanno raggiunto lo "status" di residenti della Provincia Riminese, incidendo sull'aumento del peso complessivo della residenza collinare. La citata caratteristica non tocca il circondario imolese ove nel confronto ultimo anno disponibile con i precedenti, tale abbozzato ritorno alla collina, sembra essere non ancora iniziato.

Grafico 1.3 - Trend della distribuzione demografica nell'ambito dell'AUSL di Imola per zona altimetrica e confronto regionale. Periodo 2007-2011



Fonte: Anagrafi Comuni Nuovo Circondario Imolese e Regione E.R..

Dal punto di vista della dispersione abitativa, il 66% circa della popolazione circondariale vive nei 10 centri urbani dei Comuni, il restante 34% è distribuito tra Frazioni e case sparse.

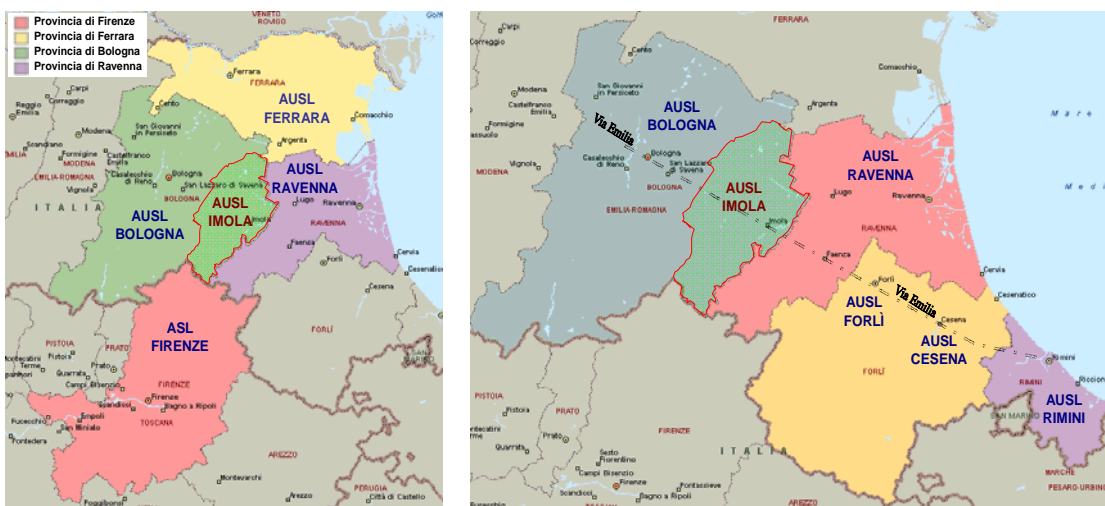
1.1.1 Collocazione geografica, viabilità e flussi di mobilità sanitaria

Il Nuovo Circondario Imolese, coincidente con il territorio della AUSL di Imola, confina: a ovest, con la Provincia di Bologna - di cui è parte – e quindi, “dal punto di vista sanitario”, con l’AUSL di Bologna; a nord, con la Provincia di Ferrara e l’AUSL di Ferrara; a est, con la Provincia di Ravenna e l’AUSL di Ravenna; a sud, con la Regione Toscana e l’Azienda Sanitaria di Firenze, che ha nell’Ospedale Nuovo del Mugello, il punto ricovero più vicino al nostro territorio.

Oltre ai confini in senso strettamente geografico, è da sempre fondamentale lo sviluppo del territorio regionale nella direzione segnata dalla via Emilia che, di fatto, realizza una conurbazione senza discontinuità lungo il suo asse. Anche le strutture sanitarie in capo all’Azienda Sanitaria imolese con in testa gli stabilimenti ospedalieri di Imola e Castel San Pietro Terme, privilegiano naturalmente questa collocazione, ipoteticamente disegnata su una complanare, che ha proprio come “asse portante”, la più importante via di comunicazione regionale. Tuttavia tali strutture, sono ben “bilanciate” dal punto di vista posizionale, dai Poli Sanitari di Medicina e Borgo Tossignano.

Tutto ciò all’interno di un disegno programmatico di rete di servizi, compatibile con l’evoluzione strutturale, tecnologica e non ultimo delle politiche energetiche, delineato non solo a livello regionale ma anche a livello di “Area Vasta Emilia Centro”. Quadro recepito a livello di azienda, nell’ultimo *Piano Strategico Aziendale*, documento di pianificazione aziendale fonte di indirizzi di governo ed organizzativi relativi al periodo 2010 – 2013.

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



Per l’AUSL di Imola, l’importanza dei confini determinati dalla via Emilia è confermata dall’evidenza dei flussi di mobilità sanitaria (Figura 1.7), concentrati prevalentemente sulla direttrice est-ovest, ma con piccoli volumi in aumento anche sulla direttrice nord-sud.

La fotografia tratteggiata dal PSC 2008 e successivo aggiornamento, evidenzia naturalmente l’asse della via Emilia, la via Selice-Montanara e due strade perpendicolari alla stessa via Emilia,

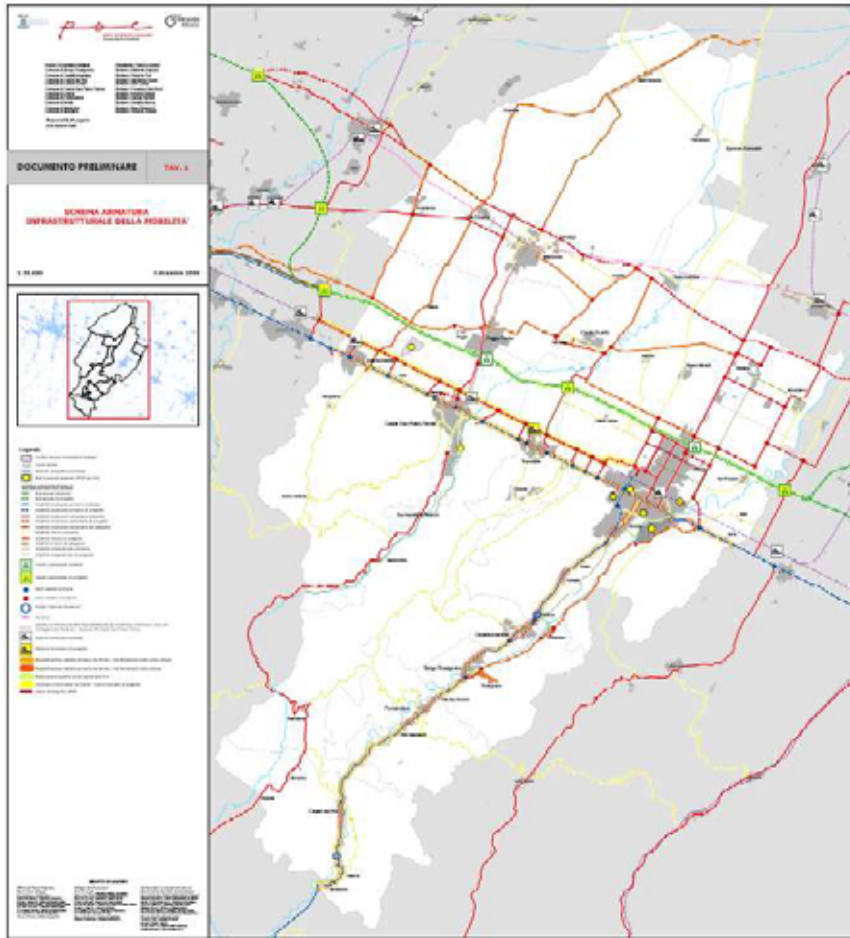
che da Castel San Pietro Terme e da Toscanella raggiungono l'autostrada. La A14 ha due caselli che insistono nel territorio circondariale: quello di Castel San Pietro Terme movimentata oltre 3 milioni di mezzi in un anno; quello di Imola supera i 4,6 milioni annui. Le analisi condotte sulla viabilità, sull'uso spesso locale che viene fatto di questa arteria autostradale (la più vecchia d'Italia) sulla mancanza di collegamenti idonei con il capoluogo e su tangenziali progettate e ad oggi costruite in parte, evidenziano come il tessuto viabilistico risulti inadeguato e superato.

Nello specifico si rileva:

- Piste ciclabili: complessivamente sono già stati realizzati quasi 90 km di piste; in corso di realizzazione ci sono altri 40,5 km, per un totale di circa 129 km. Nei Comuni del Circondario sono previsti 162 km di corsie dedicate;
- Sistema Ferroviario e Trasporto Pubblico Locale (TPL): il Sistema Ferroviario e il Trasporto Pubblico Locale rappresentano i due principali vettori di spostamento sul territorio. Nel Circondario sono presenti 3 stazioni (Sistema ferroviario metropolitano): Varignana, Castel San Pietro Terme e Imola. Il TPL è presente con 54 linee, di cui 7 urbane a Imola e 47 extraurbane. Attualmente si evidenzia come critica la fruibilità delle fermate delle linee del TPL;
- Pendolarismo: i dati evidenziano la necessità di fornire valide alternative all'uso del mezzo privato, in particolare attraverso il potenziamento della rete di trasporto pubblico ferroviario e su gomma. La recente analisi del pendolarismo ha riguardato gli spostamenti in entrata e in uscita per ogni Comune e la movimentazione interna ai Comuni. In uscita prevalgono in tutti i Comuni gli spostamenti verso Bologna; significativi sono gli spostamenti in uscita verso Est. In entrata giungono da Bologna 1.400 pendolari, che con San Lazzaro e Ozzano superano i 2.170 spostamenti. Da est si registrano 3.000 ingressi. In termini assoluti sono oltre 5.300 i movimenti interni al Circondario.

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

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



Fonte: PSC del Nuovo Circondario Imolese

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

Le Tabelle 1.6 rilevano il flusso di ricoveri dei residenti nei 10 Comuni circondariali - differenziato tra mobilità intra Regione Emilia Romagna e gli stabilimenti di ricovero dell'AUSL di Imola - ed alcuni importanti indicatori specifici. Il settore ospedaliero, nonostante i mutamenti legislativi intervenuti in questi anni, sempre più mirati verso un'estensione di competenze del livello "territoriale", grazie anche alle politiche di integrazione tra il sociale ed il sanitario, rimane ancora il "fondamentum" dell'assistenza al cittadino. La fidelizzazione dei residenti nei 10 Comuni circondariali verso il Presidio Ospedaliero della AUSL di Imola è rappresentata dalla prima tabella. I dati sembrano evidenziare una sostanziale "tenuta" dell'indice di dipendenza della popolazione dagli stabilimenti aziendali, che cresce seppur di poco, raggiungendo nel 2010 il 66,3%.

Nell'anno 2010 complessivamente le dimissioni di residenti dalle strutture regionali globalmente intese (quindi Imola compresa) sono state 21.822: nel 53,9% dei casi hanno riguardato i cittadini imolesi, mentre per il restante 46,1% i cittadini residenti negli altri 9 comuni. Nel confronto con il 2009, in aumento i ricoveri dei residenti di Fontanelice e Mordano (rispettivamente + 0,3% e +0,4%) ed in misura minore degli imolesi e degli alidosiani. Ma se l'aumento dei ricoveri dei mordanesi può essere giustificato dal forte aumento del bacino della propria popolazione residente (+2,34%), quello dei fontanelicesi risulta esserlo meno, considerata la pressoché invarianza delle classi di età anziane, anche se l'analisi non può disconoscere che, nello storico di questo comune, si rileva un trend altalenante in termini di ricoveri. In controtendenza Medicina e soprattutto Dozza (-0,8%). Il fenomeno viene fotografato meglio dal tasso di ospedalizzazione grezzo, ovvero il rapporto tra dimessi e popolazione residente x 1.000 abitanti. Il rapporto mostra come, Castel Guelfo, Borgo Tossignano e Dozza, abbiano subito nel triennio 2008-2010 un costante calo del valore di tale indicatore (sia in termini di dimissioni da strutture AUSL Imola che in misura minore di mobilità regionale), mentre per Castel S. Pietro ed appunto Fontanelice, ci si trovi di fronte ad un'inversione di tendenza.

Tabella 1.6 - Ricoveri dei residenti presso Presidio Ospedaliero AUSL e Mobilità sanitaria intraRER. Periodo 2008-2010

COMUNE	Dimessi c/o Strutture ricovero Ausl IMOLA (*)			Indice di dipendenza pop. dalle strutture aziendali (*)			Tasso di ospedalizzazione grezzo per 1000 ab.		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
CASTEL DEL RIO	169	155	179	72,8%	73,1%	73,4%	134,13	122,24	142,06
CASALFIUMANESE	353	399	414	70,2%	68,6%	70,9%	102,65	115,99	119,03
FONTANELICE	260	247	293	68,6%	76,7%	74,6%	136,91	129,25	152,52
MEDICINA	1056	1.029	1.094	42,3%	41,2%	44,2%	64,82	62,33	65,61
BORGO TOSSIGNANO	428	372	398	77,0%	73,2%	74,4%	129,70	112,32	119,77
CASTEL S. PIETRO	2058	2.151	2.199	63,7%	62,5%	63,3%	100,71	104,25	106,29
CASTEL GUELFO	397	416	398	62,6%	65,1%	61,3%	97,26	98,67	92,97
MORDANO	475	487	516	68,3%	69,7%	66,1%	104,37	105,48	109,21
DOZZA	643	737	611	67,6%	67,7%	65,7%	101,85	114,55	93,77
IMOLA	8210	8.230	8.364	71,2%	71,1%	71,1%	120,70	119,83	121,01
Totale Ausl	14.049	14.223	14.466	66,2%	66,0%	66,3%	108,41	108,56	109,60

COMUNE	Dimessi totali (**)			Tasso di ospedalizzazione grezzo intraRER per 1000 ab.		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
CASTEL DEL RIO	232	212	244	184,13	167,19	193,65
CASALFIUMANESE	503	582	584	146,26	169,19	167,91
FONTANELICE	379	322	393	199,58	168,50	204,58
MEDICINA	2.499	2.495	2.473	153,39	151,14	148,31
BORGO TOSSIGNANO	556	508	535	168,48	153,38	161,00
CASTEL S. PIETRO	3.229	3.444	3.473	158,02	166,92	167,87
CASTEL GUELFO	634	639	649	155,32	151,57	151,60
MORDANO	695	699	781	152,71	151,40	165,29
DOZZA	951	1.089	930	150,64	169,26	142,73
IMOLA	11.533	11.569	11.760	169,56	168,44	170,15
Totale Ausl	21.211	21.559	21.822	163,68	164,55	165,34

Fonte: Banca dati SDO RER

* Dimessi da strutture AUSL Imola residenti nei comuni del Circondario Imolese

** Solo mobilità intraRER

N.B. Tutti i regimi di ricovero escluso ricoveri Montecatone e neonati sani

Il dati del 2010 lasciano intravedere una sostanziale tenuta della percentuale di "fuga dei ricoveri", nel confronto sul 2009. Infatti, il grado di attrazione della popolazione v/s le proprie

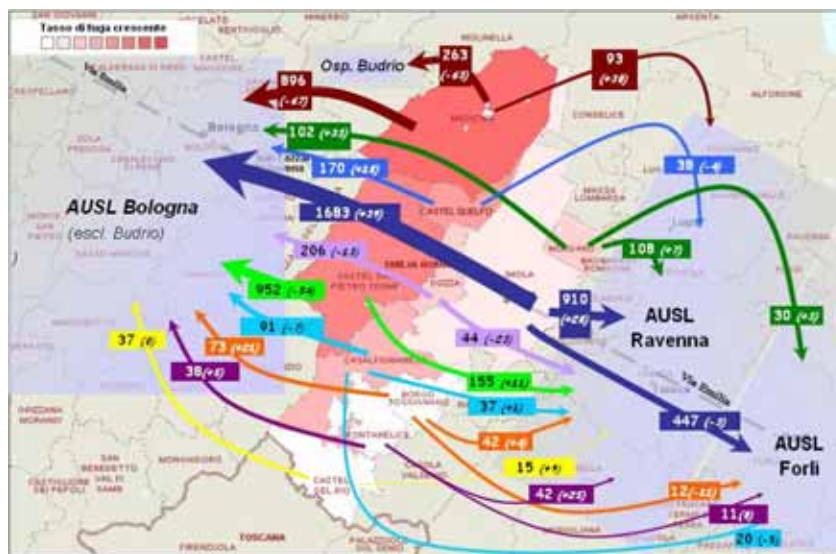
strutture aziendali, misurato normalmente attraverso l'indice I.D.S.A., che nei comuni di confine risente dei richiami delle aziende sanitarie limitrofe, è complessivamente migliorato seppur di poco (66,3% contro il 66% del precedente anno). Merito soprattutto dei residenti di Medicina che hanno migliorato il proprio indice di dipendenza dal Presidio dell'AUSL di Imola portandolo al 44,2%. In questa direzione anche il comportamento dei residenti di Casalfiumanese, ritornati ad una percentuale di poco superiore al 70% e di quelli di Borgo Tossignano, che hanno ricollocato il proprio indice di dipendenza nei pressi del 75% (media dell'ultimo quinquennio). Di segno opposto, sempre rispetto al 2009 la condotta dei residenti Castel Guelfo, Mordano e Dozza.

La Figura 1.7 rappresenta la mobilità sanitaria passiva intra regionale per ricovero ospedaliero dei residenti del territorio aziendale nel corso dell'ultimo anno; i dimessi (riferiti ai ricoveri "in uscita" ordinari ed in DH) sono registrati interamente, senza distinzione di specialità.

L'immagine grafica conferma l'importanza dell'asse della via Emilia; si registra come la fidelizzazione dei medicinesi verso l'Ospedale di Budrio è scesa nel corso dell'ultimo anno (-63 ricoveri) comportando un abbattimento della percentuale di mobilità passiva nei confronti dello stabilimento bolognese, scesa sotto il 20%. Tale diminuzione, associata a quella dei ricoveri verso gli altri stabilimenti della AUSL di Bologna, ha comportato una flessione su base complessiva di 6,8% della mobilità passiva di questo comune. Anche i cittadini di Castel S. Pietro, nel corso del 2010, sembra si siano uniformati ai medicinesi, diminuendo la propria dipendenza dall'AUSL Bolognese di quasi il 6%, ma di converso utilizzando maggiormente gli ospedali ravennati, forlivesi e ferraresi, seppur con numeri inferiori. In termini percentuali, i maggiori decrementi dei ricoveri in mobilità passiva sono stati quelli dei residenti di Dozza e Casalfiumanese (-11% circa).

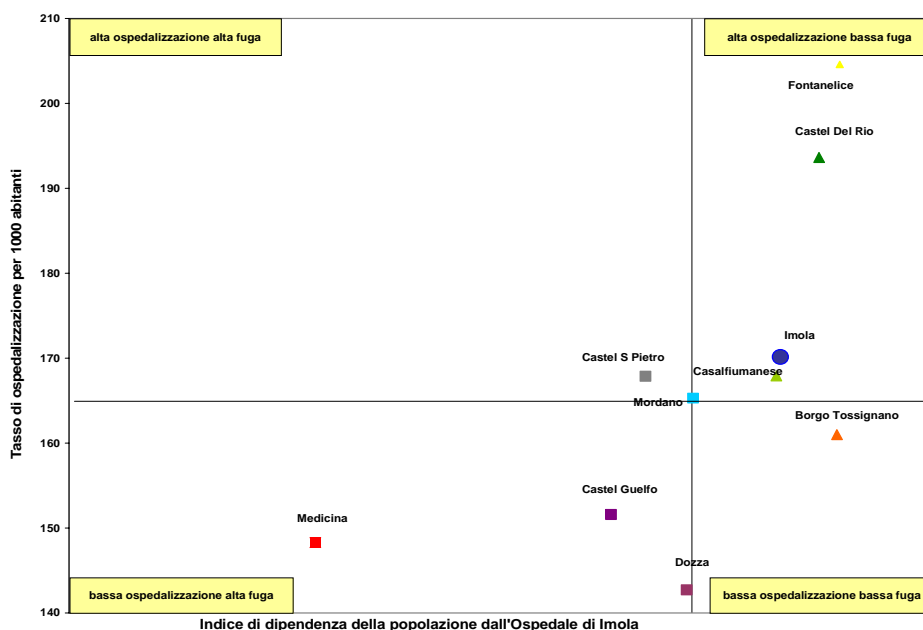
A fronte di queste diminuzioni spiccano gli aumenti di Castel Guelfo, Mordano e Fontanelice anche se in direzioni diverse. Inizia ad oggettivarsi, forse, su base complessiva, un contenimento della mobilità passiva entro le Aziende "storiche". Per la prima volta si è scesi sotto lo zero (-0,5%). Il "condizionamento" indotto dal buon funzionamento delle reti *Hub&Spoke* per le Alte Specialità, sembra stia producendo, nel confronto con il recente passato, ricadute positive anche sul versante mobilità, pur in presenza ancora di piccoli numeri.

Figura 1.7 - Flussi di mobilità passiva per ricovero dell'AUSL di Imola. Anno 2010 e variazione sul 2009



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

Grafico 1.8 - Relazione "tasso di ospedalizzazione e indice di dipendenza" per i Comuni circondariali Anno 2010



All'interno del grafico "a dispersione", i Comuni si collocano su quadranti caratterizzati da alto/basso livello delle variabili esaminate. Anche per il 2010 appare evidente l'esistenza di una correlazione inversa tra le variabili: ad un'elevata "fuga" si associa solitamente un basso tasso di ospedalizzazione nella AUSL di residenza e viceversa, con l'unica eccezione di Castel S. Pietro Terme.

Rispetto al 2009 (Tabelle 1.6), si nota la nuova collocazione del Comune di Mordano, sita all'esatto crocevia dei quadranti superiori, con un comportamento non proprio atteso di propensione alla "fuga". Castel San Pietro rimane ancorato al quadrante "critico", pur diminuendo leggermente, nel confronto con l'anno precedente, la sua alta ospedalizzazione. Borgo Tossignano, si conferma comune "virtuoso", unica presenza nel quadrante caratterizzato da bassa ospedalizzazione e bassa fuga. Castel del Rio e soprattutto Fontanelice, pur inseriti ancora nel quadrante a "bassa fuga ed alta ospedalizzazione", vedono schizzare notevolmente verso l'alto la propria ospedalizzazione, a causa dell'invecchiamento delle proprie popolazioni che ha insito per semplici ragioni biologiche una maggiore probabilità di ricovero. Il comune di Dozza invece si sposta lungo la diagonale del diagramma, nel confronto 2009-2010, diminuendo la propria ospedalizzazione ma purtroppo a discapito della fuga verso altre aziende sanitarie. Confermati senza variazioni di rilievo, i posizionamenti dei restanti comuni.

La consecutività e la fluidità dei vari confini istituzionali, evidenziata anche nella premessa di questa Sezione, laddove nel paragrafo del territorio, si parla del forte volano di mobilità offerto dalla asse della Via Emilia, non solo inducono flussi "in uscita" (Fig.1.7), ma di converso pongono di sovente, le strutture della Azienda Sanitaria Imolese nella dimensione contraria, ovvero quella di attrattività verso l'esterno. Proprio il nostro Pronto Soccorso, inserito nel contesto del Nuovo DEA, offre emblematicamente uno spaccato della mobilità attiva aziendale. Tale realtà è analizzata nella Figura 1.9, composta da una parte grafica, fotografante il flusso in ingresso della mobilità 2010 dai territori emiliano-romagnoli e della provincia di Firenze e da una tabellare di confronto triennale 2008-2010, sugli accessi totali (comprensivi anche della quota parte di stranieri non residenti sul territorio italiano). L'analisi dell'ultimo biennio, l'unico contraddistinto dalla nuova struttura, evidenzia un aumento dei medesimi: dal 17,7% (2009) si è passati al 18,1% (2010) sul totale generale, risultato essere rispettivamente, di 60.677 e di 60.153 accessi. Risulta quindi evidente come, in una condizione di minor utilizzo del P.S. seppur limitato (-500 ingressi circa), l'azienda ha riposizionato la propria fetta di mobilità attiva (+0,4%) derivante dall'afflusso di residenti di comuni extra circondario. Ciò, in un periodo storico in cui le nuove regole regionali di accesso ai P.S. e le relative quote di compartecipazione alla spesa, favorendo un utilizzo appropriato delle strutture di emergenza sanitaria, hanno sicuramente calmierato l'accesso "indiscriminato".

Figura 1.9 - Attrattività del PS dell'AUSL di Imola. Anno 2010



AMBITO	RESIDENZA	2010	2009	2008	DIFF.%	AMBITO	RESIDENZA	2010	2009	2008	DIFF.%
Ausi Bologna	OZZANO DELL'EMILIA	1163	1140	1266	2,0	Ausi Ferrara	ARGENTA	74	45	66	64,4
	BOLOGNA	585	537	560	8,9		ALTRO	102	94	99	8,5
	SAN LAZZARO DI SAVENA	137	168	182	-18,5	Ausi Forlì	FORLÌ	62	74	55	-16,2
	MONTERENZIO	111	144	138	-22,9		ALTRO	58	18	48	222,2
	MOLINELLA	60	39	56	53,8	Ausi Modena	MODENA	28	39	33	-28,2
	BUDRIO	46	66	70	-30,3		ALTRO	71	73	62	-2,7
ALTRO	274	276	292	-0,7	Ausi Rimini		66	61	67	8,2	
Ausi Ravenna	CASTEL BOLOGNESE	640	631	621	1,4	Altre Ausl RER		114	113	118	0,9
	RIOLO TERME	456	487	512	-6,4	Ausi Firenze	FIRENZUOLA	254	261	251	-2,7
	CONSELICE	436	346	445	26,0		PALAZZUOLO SUL SENIO	55	58	43	-5,2
	FAENZA	264	238	219	10,9		ALTRO	38	37	43	2,7
	SOLAROLO	137	140	142	-2,1	Altre Ausl extra-RER		3182	3243	3365	-1,9
	BAGNARA DI ROMAGNA	172	164	171	4,9	Stranieri non residenti	ALBANIA	51	65	72	-21,5
	CASOLA VALSENIO	110	133	131	-17,3		MAROCCO	195	189	209	3,2
	LUGO	154	136	144	13,2		ROMANIA	211	201	188	5,0
RAVENNA	125	124	130	0,8	TUNISIA		73	66	86	10,6	
ALTRO	1006	947	988	6,2	ALTRO		386	382	389	1,0	

Fonte: applicativo di P.S.

I principali flussi extra aziendali - fatta salva la quota di attrattività extraregionale peraltro in diminuzione - riguardano per il 2010 in maniera preponderante (64,12% della mobilità totale, circa 6.400 accessi) i Comuni posizionati sui classici confini geografici (ovvero i primi Comuni toscani e complessivamente quelli delle AUSL di Bologna, Ravenna e Ferrara) che sono in contiguità o semi contiguità con i Comuni aziendali della Valle del Santerno. Pressochè invariato l'utilizzo del nostro P.S. da parte dei cittadini dell'area bolognese, in forte aumento il gradimento dei Comuni appartenenti alle AUSL Forlì (+30%), Ferrara (+26%) ed in misura minore di Ravenna (+5% circa), mentre in leggero calo gli accessi da parte di cittadini dei comuni toscani limitrofi. All'interno delle realtà territoriali di queste aziende (anche se siamo di fronte comunque a numerosità medio-piccole) spiccano gli utilizzi di Conselice, Faenza e Lugo (AUSL RA), Argenta (AUSL FE) ed i piccoli comuni-frazioni, facenti capo alla AUSL di Forlì. Il dato riferito agli stranieri, contenuto nella tabella, non riassume naturalmente la totalità degli accessi di pazienti con cittadinanza straniera, in quanto la gran parte di questi ha residenza in Italia e viene ricompreso nei dati per AUSL (per questa analisi si fa rinvio alla Sezione 3 del presente Bilancio).

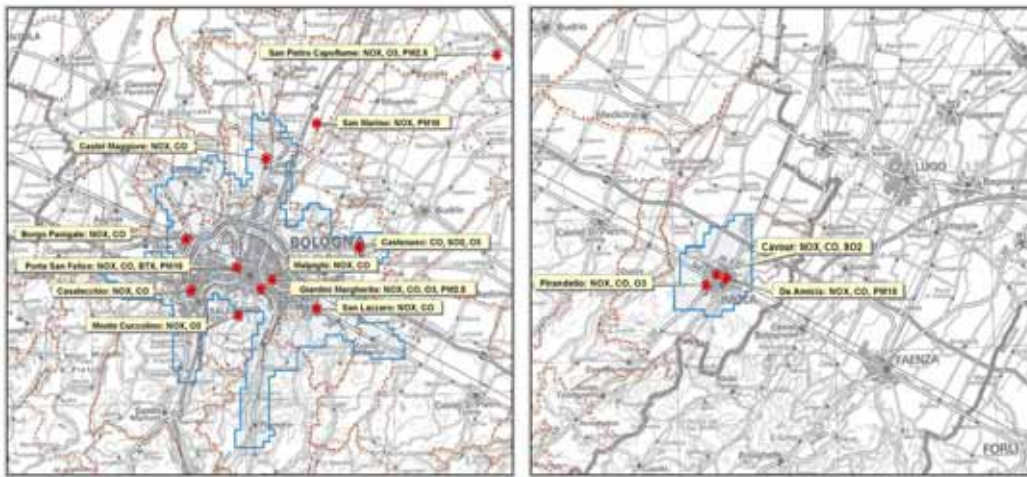
1.2 Ambiente

1.2.1 Fonti di inquinamento

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

Sul territorio di Imola sono presenti 3 centraline, situate in Viale De Amicis, Via Cavour e Via Pirandello; quest'ultima centralina è stata, però, disattivata alla fine di maggio 2010, in seguito alla ristrutturazione della rete di monitoraggio, e sostituita dalla nuova stazione Ferrari, posizionata sempre nell'area Sante Zennaro, ma più arretrata rispetto alla viabilità della zona.

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



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

Tra gli inquinanti atmosferici l'Ozono e il PM_{10} rappresentano buoni traccianti e generici indicatori di potenziali effetti sanitari. Si tralascia la descrizione del Biossido di azoto, che risulta costantemente entro i limiti previsti.

OZONO (O_3) – I valori di riferimento indicati dalla normativa sono i seguenti: "Soglia di informazione" (media oraria): $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$; Soglia di allarme (media di 1 ora per 3 consecutive): $240 \mu\text{g}/\text{m}^3$; obiettivo a lungo termine per la protezione della salute umana (media massima giornaliera su 8 ore nell'arco di un anno): $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Per l'anno 2010, nel territorio dell'AUSL di Imola, i dati del monitoraggio dell'Ozono non sono confrontabili fra il primo ed il secondo semestre in quanto la stazione Pirandello ha funzionato dal 26/01/2010 al 11/05/2010, mentre la stazione Ferrari ha funzionato dal 27/7/2010 al 31/12/2010; comunque in quest'ultimo periodo non si è osservato nessun superamento della "Soglia di informazione" ($180 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Per l'anno 2010 non è invece stato possibile calcolare gli altri parametri relativi all'Ozono.

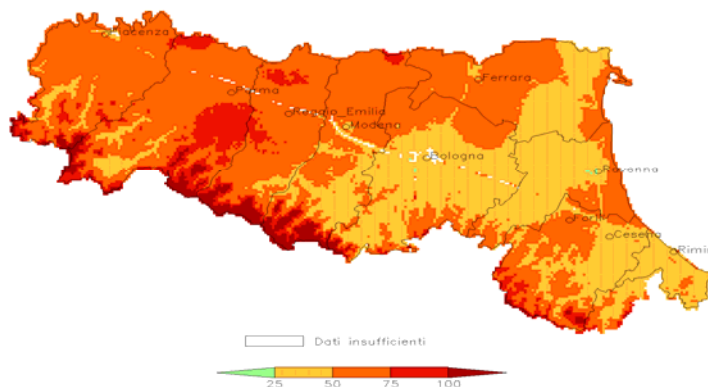
Tabella 1.11 – Superamenti dell'Obiettivo a lungo termine di Ozono. Anno 2010

OZONO				
ANNO	STAZIONE	media annuale $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Obiettivo a lungo termine	Soglia di Informazione
			media 8 h max g > 120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	media h > 180 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
			n. superamenti	n. superamenti
2009	IMOLA PIRANDELLO	48	33	0
2010	IMOLA FERRARI	n.d.	n.d.	0

N.B.:dati 2010 non disponibili causa parziale funzionamento nuova centralina "Ferrari".

Figura 1.12 - Ozono nel territorio della Regione Emilia Romagna. Anno 2010

ozono: stima del numero di superamenti del massimo giornaliero della media mobile su 8h (soglia $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$) nel periodo 01JAN2010-31DEC2010



Fonte: ARPA sezione di Bologna

Nella carta dell'Emilia Romagna (Figura 1.12), vengono evidenziate le zone interessate nell'anno 2010 dalla presenza di Ozono in concentrazione superiore al valore di $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$, stabilito come obiettivo di lungo periodo per la protezione della salute. I vari colori indicano il superamento di tale limite. Come si può notare, la zona della Provincia di Bologna risulta essere compresa nelle zone meno interessate dalla presenza di Ozono.

PM10 – Rappresenta la misura delle polveri ultrafini inalabili di diametro $< 10 \mu\text{m}$. Il valore limite giornaliero per la protezione della salute umana è stabilito in $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$, da non superarsi per più di 35 volte nell'anno; il valore limite espresso come media annuale è pari a $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Dall'1/1 al 31/12/2010 si sono verificati 43 superamenti del Valore Limite Giornaliero ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) nell'agglomerato di Imola, concentrati nei mesi autunnali e invernali.

Nella tabella 1.13 sono evidenziate le giornate in cui è stato superato il Valore Limite Giornaliero. Nel periodo 2005 – 2010, si può notare come il trend in diminuzione a partire dal 2007, si sia invertito dal 2009 al 2010, mentre nel 2010 è diminuita la percentuale di giornate /anno con valori nella norma (pari a 88% nel 2010). La media annuale risulta pari a $28 \mu\text{g}/\text{m}^3$, valore sovrapponibile a quello del 2009.

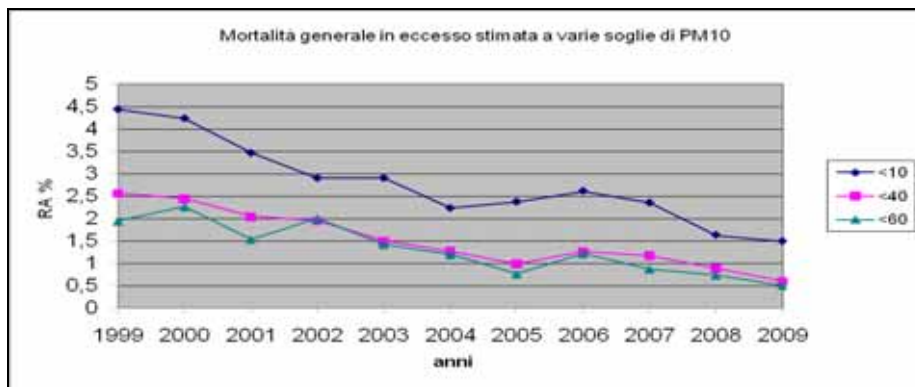
Figura 1.13 - Polveri ultrafini (PM10) nel territorio dell'AUSL di Imola (2005-2010)

ANNO	NUMERO DI SUPERAMENTI ANNUALI	% DI GIORNATE/ANNO CON VALORI NELLA NORMA	MEDIA ANNUALE
2005	52	85,00%	n.d.
2006	69	81,09%	39
2007	49	86,57%	34
2008	38	89,53%	n.d.
2009	32	91,18%	28
2010	43	88,00%	28

Di seguito si riportano i grafici su "eccesso di mortalità generale" e "percentuale di anni di vita persi" attribuibile al PM₁₀. Il grafico 1.14 riporta, per la serie storica dal 1999 al 2009, la percentuale dei decessi (espressa in termini di Rischio Attribuibile percentuale) per tutte le cause (escluse le cause violente) dei residenti nella Provincia di Bologna attribuibili all'esposizione al PM₁₀. Il trend è riportato per 3 diversi valori-soglia dell'inquinante: 10, 40 e 60 µg/m³ (sotto i 10 µg/m³ è considerato "non impatto" sulla salute).

Tutti i dati stimati fanno riferimento a quanto accadrebbe se venissero adottati differenti soglie "accettabili" di inquinamento. In pratica se la soglia di inquinamento accettabile è bassa si hanno più casi di morte (nel 2009 era pari a 1,49% per la soglia <10µg/m³); di converso se il livello di inquinamento accettabile è più alto, la stima di decessi attribuibili risulta meno importante (nel 2009 era pari a 0,50% per la soglia <60µg/m³). Il trend, per tutte le soglie, risulta in costante calo, in particolare a partire dal 2006.

Grafico 1.14. - Mortalità generale in eccesso stimata a varie soglie di PM10. Periodo 1999-2009



Fonte: A.USL di Bologna

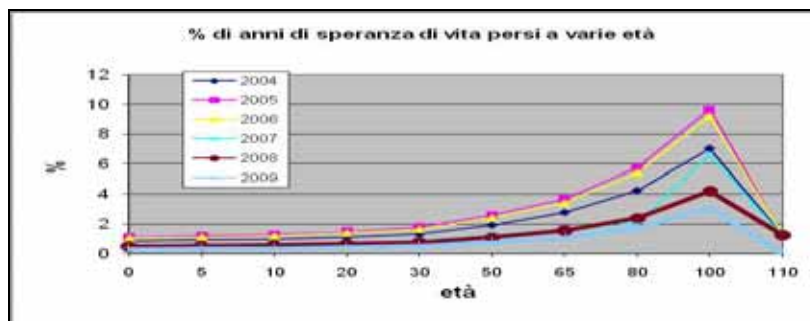
Nel grafico 1.15 sono indicati gli "ANNI di VITA PERSI", un parametro che forse rende più concretamente visibile il danno prodotto dal persistere dell'inquinamento atmosferico, rispetto al numero dei morti attribuibili calcolato in precedenza.

Il grafico mostra la percentuale di speranza di vita persa nelle varie età ed anni a causa dell'esposizione alle polveri inalabili. Si è calcolato che nel 2009 i soggetti nati in provincia di Bologna, se sono rimasti esposti dalla nascita e per tutta la loro vita alla concentrazione di polveri agli stessi livelli rilevati nel corso di quell'anno, hanno perso circa 3 mesi di vita, cioè lo 0,33% (il

dato riportato in tabella corrispondente all'età 0, cioè la nascita) della loro speranza di vita alla nascita, che nel 2008 era pari a 81,96 anni.

Dal grafico è evidente come siano le fasce di popolazione anziana a pagare il maggior tributo in termini di speranza di vita perduta. Seppur i dati del 2009 confermino il trend in calo rilevato negli ultimi anni, anche nel 2009 l'andamento mostra una crescita più veloce a partire dai 50 anni, fino ad arrivare ad un picco pari al 3% circa all'età di 100 anni e decrescere ancora più velocemente.

Grafico 1.15 - % di anni di speranza di vita persi a varie età imputabile al PM₁₀. Periodo 2004 - 2009



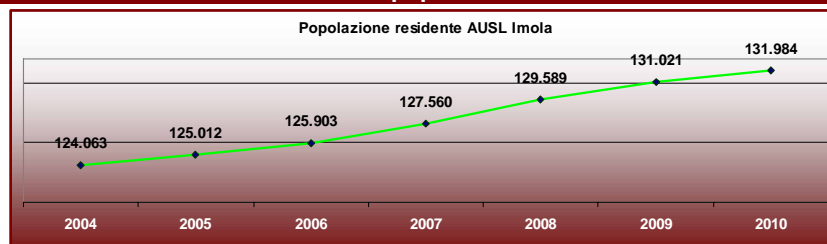
Fonte: A.USL di Bologna

1.3 Popolazione

1.3.1 Struttura demografica della popolazione residente

Il circondario imolese con i suoi 131.984 residenti al 31/12/2010, rappresenta all'interno del territorio regionale uno dei bacini demografici più numerosi, non coincidenti con una provincia. Lo storico della sua consistenza demografica mostra un costante aumento negli ultimi anni, racchiuso nel range percentuale tra il +0,70 ed il +1,60. Si evidenzia come tale crescita nel 2010, con una variazione sul 2009 di +0,73% sia stata inferiore alle aspettative, a fronte degli aumenti fatti registrare negli ultimi anni. Per la prima volta infatti il migliaio di riferimento non è cambiato, dai 131.021 residenti del 2009 si è passati ai 131.984 al 31/12/2010, quindi con una differenza assoluta rispetto al periodo precedente di 963 unità.

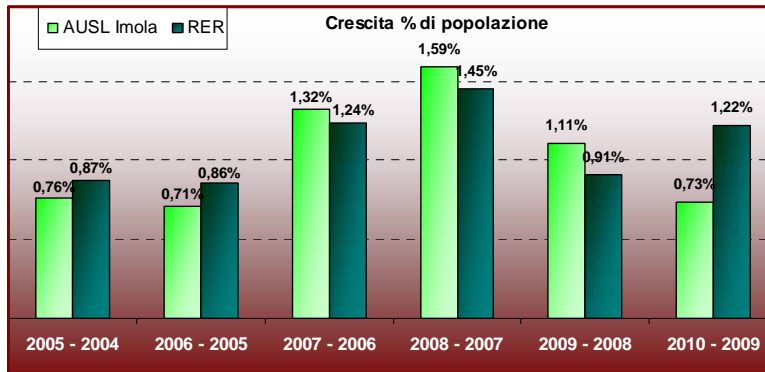
Grafico 1.16 - Variazione assoluta della popolazione circondariale. Periodo 2004-2010



Fonte: Anagrafi Comunali - Mod. ISTAT P.2

L'incremento, dal 2004 (1° anno con il comune di Medicina) al 2010, si attesta intorno al 6,38%, grazie ad una dinamica che ha portato la popolazione complessiva da 124.000 abitanti circa alla soglia dei 132.000 attuali, con un incremento annuo medio di periodo di 1.320 unità. La verifica del prossimo anno ci dirà se il minor aumento del 2010 è un caso isolato, oppure un assestamento dei livelli, che alla luce dei recenti sconvolgimenti geopolitici sembra comunque alquanto improbabile.

Grafico 1.17 - Variazione % della popolazione circondariale e RER. Periodo 2004-2010 al 31/12



Fonte: Anagrafi Comunali, BD Regione Emilia Romagna e stima Pop. 2010 RER su base ISTAT primi 11 mesi 2010

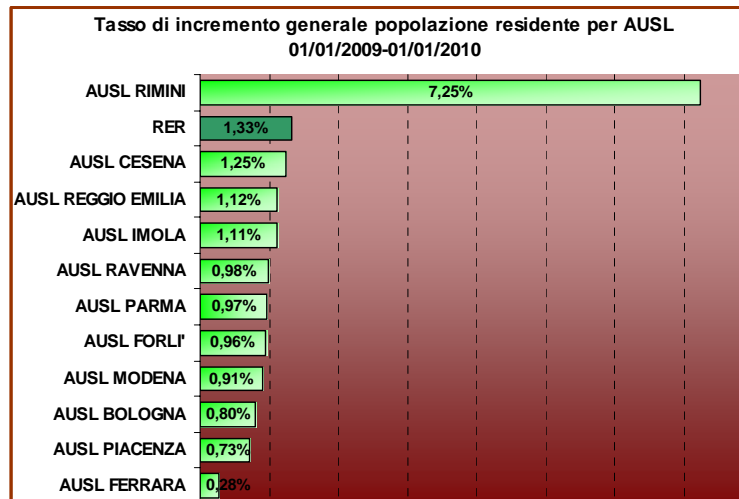
N.B.: la popolazione E.R. al 31/12/2009 non comprende la quota parte della Valmarecchia, inserita solo al 1.1.2010

Questa particolarità locale del 2010 balza ancora di più all'occhio se si confronta il livello regionale nello stesso periodo (Grafico 1.17), ove unicamente per il 2010, nel calcolo del tasso di crescita generale, è stata utilizzata come popolazione di riferimento quella stimata Istat sui primi 11 mesi. Il Grafico 1.17 evidenzia come la crescita della popolazione (fotografata al 31 dicembre di ogni anno) risulti fino al 2006, sia a livello locale che a livello regionale, più contenuta e sempre al di sotto dell'1% medio.

Nel corso del 2008 - vero e proprio anno di "cut off", grazie a valori di picco del trend demografico che non si sono più riscontrati - si registra un incremento significativo su entrambi i livelli, contraddistinto sempre da un crescita maggiore del livello imolese rispetto a quello regionale, condizione che permane anche nel biennio successivo. Tale caratteristica, subisce nel corso dell'ultimo anno una inversione di tendenza, con il valore medio regionale che ha superato quello imolese (+0,73% vs +1,22% RER). A tal proposito non bisogna dimenticare che, nel corso del 2010 la popolazione regionale ha giovato dell'inserimento amministrativo dei comuni "ex marchigiani" dell'Alta Valmarecchia.

Il grafico 1.18, confrontando la fotografia al 1/1/2010 con quella 1/1/2009, mette maggiormente in evidenza come l'Alta Valmarecchia abbia "pesato" in termini di aumento percentuale sull'ASL riminese e di converso sul bacino complessivo emiliano romagnolo. E' facile dedurre come "sterilizzando" tali aumenti, la crescita della ns. azienda in termini percentuali, rappresentata nel precedente grafico, sarebbe rimasta superiore al livello regionale, pur in questo periodo contraddistinto da un ridotto aumento del bacino demografico "inversamente proporzionale" rispetto al quelli rilevati nel periodo 2004-2008.

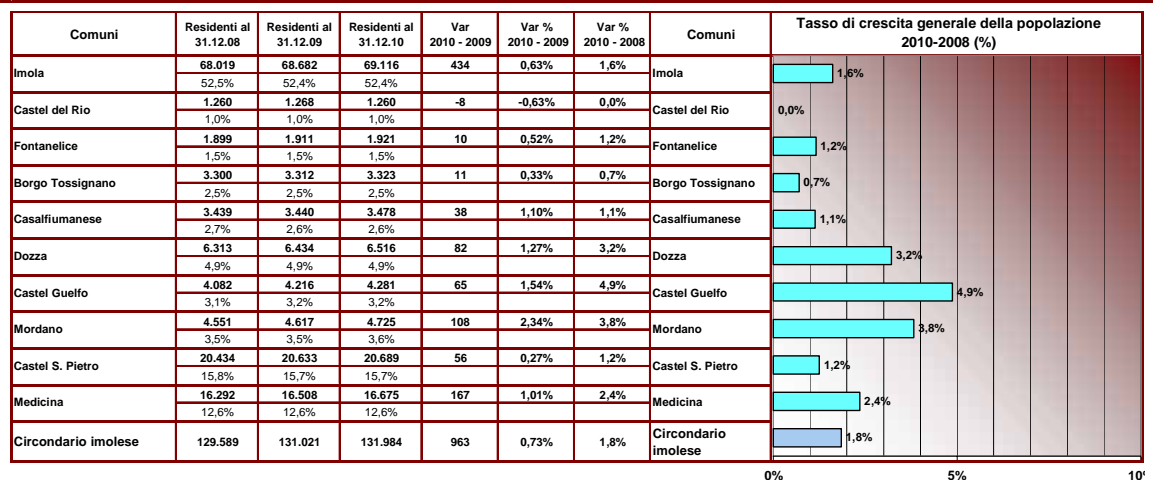
Gráfico 1.18 – Tasso di incremento generale della popolazione residente per AUSL e RER. Periodo 1/1/2009-2010



Fonte: BD regionale (i comuni ex marchigiani dell'Alta Valmarecchia sono compresi a partire dal 1.1.2010)

Nel confronto 2009-2010, per i motivi di cui sopra, l'ambito territoriale con il più alto tasso di crescita risulta essere naturalmente quello dell'AUSL di Rimini (+7,25%), mentre l'AUSL di Ferrara si conferma nella sua posizione in coda al ranking, con +0,28%.

Figura 1.19 - Variazione assoluta e % della popolazione circondariale per Comune di residenza Periodo 2008-2010



In Figura 1.19 è rappresentato il *trend* della popolazione del Nuovo Circondario Imolese, nel periodo 2008-2010 e per singolo Comune: i progressi maggiori in termini di crescita demografica si registrano nei Comuni di Castel Guelfo (+4,9%), Mordano (+3,8%) e Dozza (+3,2%), toccati in questi ultimi anni da un considerevole flusso migratorio interno ed esterno.

Il confronto 2010 su 2009, rileva un generalizzato aumento in tutti i Comuni, ad eccezione di Castel del Rio, caratterizzato da un saldo negativo (-0,63%). Esattamente 5, i comuni sotto il valore medio di incremento dell'intero circondario (+0,73%), che diventa nel 2010 anche valore mediano bipartendo la distribuzione dei comuni in due sezioni uguali. La Tabella 1.20 mostra una stima previsionale di crescita nel 2019 e nel 2024 pubblicate dalla Regione Emilia-Romagna: tali

Sezione 1. Contesto di riferimento

valori sono stati calcolati sulla base dei dati reali rilevati dalle singole anagrafi comunali al 1/1/2009, effettuando una "traslazione" degli indici di crescita previsti dalla stessa Regione in ipotesi di crescita centrale.

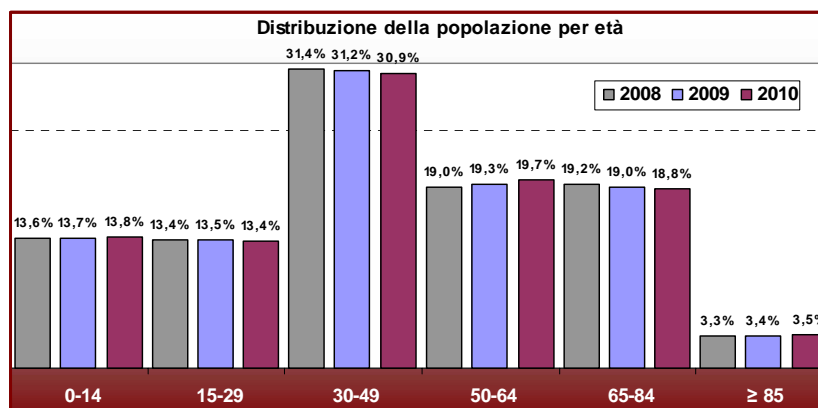
Tabella 1.20 - Previsioni di crescita demografica nei Comuni circondariali 2019 e 2024

Comuni	Previsione base dati 2009	
	2019	2024
BORGO TOSSIGNANO	3.588	3.743
CASALFIUMANESE	3.687	3.852
CASTEL DEL RIO	1.367	1.425
CASTEL GUELFO	4.447	4.651
CASTEL SAN PIETRO TERME	22.194	23.178
DOZZA	6.841	7.145
FONTANELICE	2.069	2.160
IMOLA	74.023	77.310
MEDICINA	17.551	18.331
MORDANO	4.956	5.176
Nuovo Circondario	140.724	146.971

Fonte: Regione E.R. (scenario centrale) ed elaborazione AUSL su distribuzione peso medio comunale ultimi 5 anni

I dati evidenziano una crescita generalizzata della popolazione del Nuovo Circondario Imolese, che si prevede passerà dalle circa 132.000 unità attuali (31/12/2010), a 140.000 nel 2019 e circa 147.000 nel 2024. L'incremento prendendo come base il 2009, sarà di quasi 11.000 residenti (+8,6%) nel 2019 e di 17.382 residenti (+13,4%) nel 2024.

Grafico 1.21 - Distribuzione per fasce di età della popolazione circondariale. Periodo 2008-2010



Nel Grafico 1.21 si riporta la distribuzione per fasce di età dell'intera popolazione circondariale, con il confronto 2008-2010. La distribuzione per queste macroaggregazioni anagrafiche - che configurano i concetti di "produttività" ed "impatto sui consumi sanitari" - risulta complessivamente stabile nel periodo considerato, ma con alcune abbozzate peculiarità.

Nell'anno 2010 si osserva che il:

- macroaggregato a "produttività zero" ed elevato impatto sul sistema sanitario (classi 0-14, 65-84 e >85) rimane ancorato sul 36% circa della popolazione totale;
- macroaggregato a "produttività bassa" - in ingresso e in uscita dal sistema - e moderato impatto sul sistema sanitario (classi 15-29 e 50-64) risulta pari al 33,1% della popolazione

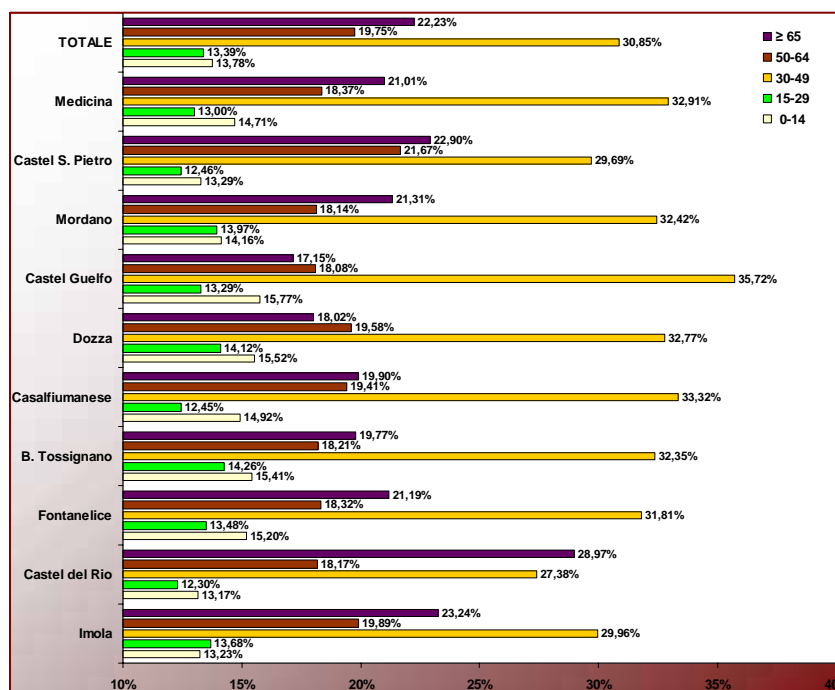
totale; il 2010 inserito nel contesto dell'ultimo triennio, fotografa una lenta crescita di questo aggregato a discapito della macro area successiva (+0,7% sul 2008);

- macroaggregato a "produttività elevata" e basso impatto sul sistema sanitario (classe 30-49 anni) pari al 30,8% della popolazione totale, rileva una diminuzione.
- la popolazione >50 anni continua a rappresentare il 42% del totale aziendale, incrementandosi di pochissimi decimi in termini percentuali, rimanendo in buona parte a carico della fascia pienamente "produttiva".

La rappresentazione per singolo comune del Nuovo Circondario Imolese - visualizzata nel Grafico 1.22 - conduce alle stesse analisi esposte per la popolazione generale. Unica differenza nel panorama aziendale, ancora Castel del Rio, dove la classe età *over* 65 supera la fascia "produttiva" per eccellenza. Tuttavia anche in questo comune sembra poter iniziare un nuovo corso. Infatti a parità di popolazione anziana, nel corso del 2010, la fascia età 30-49 ha ridotto le distanze di circa 1 punto percentuale rispetto al 2009. In questa fascia, unico comune controcorrente è Castel S. Pietro con una diminuzione dello 0,3%.

Nell'importante fascia di età pediatrica 0-14 anni si evidenzia l'incremento di Castel Guelfo passato al 15,77% della propria popolazione residente, seguito dai comuni di Dozza (15,52%), Borgo Tossignano (15,41%) e Fontanelice (15,20%); tutti comuni ben al di sopra della media del circondario, posizionatasi nel 2010 sul 13,78%.

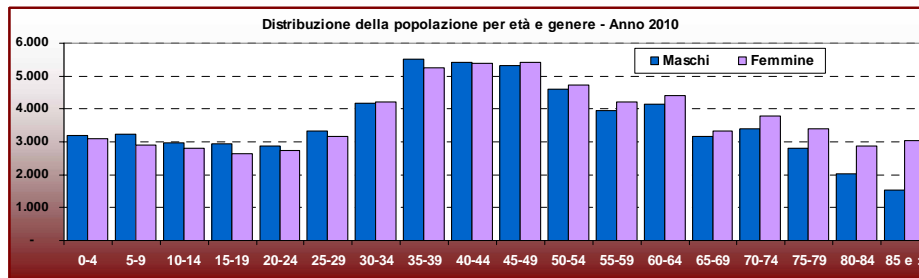
Grafico 1.22 – Distribuzione per fasce di età nei Comuni del Circondario Imolese. Al 31/12/2010



Il Grafico 1.23 rappresenta la distribuzione per classi di età e genere: la popolazione maschile relativamente più presente di quella femminile fino ai 44 anni (incidenza maggiore di nati maschi e prevalenza, sempre dello stesso sesso, nettamente superiore per quello che concerne gli stranieri residenti), inizia a ridursi lievemente nella classe di età 45-49 anni, fino a raggiungere gli

apici di diminuzione dal settantesimo anno di vita in poi, coerentemente con quanto si vedrà nel paragrafo 1.3.2 *Aspettativa di vita*.

Grafico 1.23 - Distribuzione per fasce di età e genere della popolazione circondariale. Anno 2010



1.3.2 Aspettativa di vita

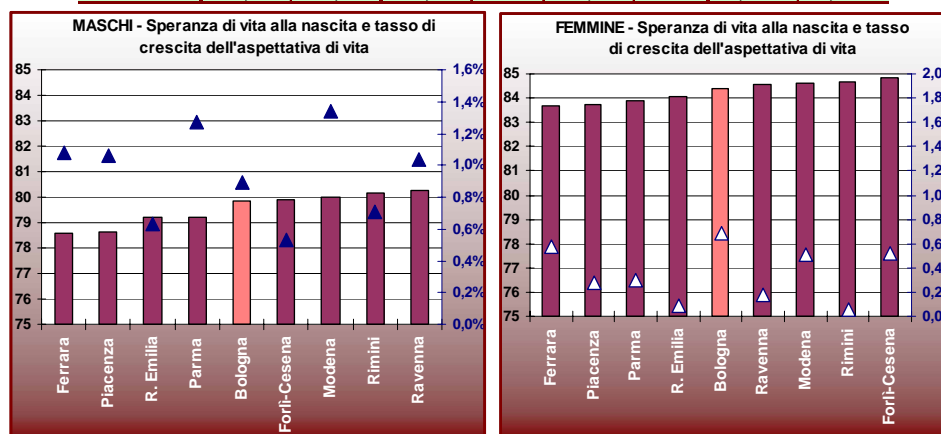
L'Emilia Romagna con i suoi 4 milioni e 400 mila residenti, oltre ad essere fra le regioni secondo la codifica NUTS - Eurostat più popolate a livello europeo, è anche ai primi posti in termini di longevità. Tra gli aspetti peculiari che delineano la struttura della popolazione emiliano - romagnola vi è infatti l'aspettativa di vita, importante indicatore di salute. Il suo andamento nel tempo, in diretta relazione con la mortalità (infantile o a diverse età), pone tale valore di sintesi nel non invidiabile "termometro" atto a riflettere seppur indirettamente, l'evoluzione della scienza medica, soprattutto per quanto riguarda le patologie ad incidenza più elevata. La speranza di vita continua nel suo ciclo ascendente sia tra gli uomini che tra le donne, pur registrando ancora significative differenze (soprattutto tra i generi) alcune "storiche" altre invece che confermandosi dopo che si erano mostrate da pochi anni, "certificano" che oramai il sesso maschile è lanciato nel medio-lungo periodo, ad eliminare le differenze:

- nel triennio 2007-2009, rispetto ai precedenti trienni, in tutte le Provincie RER, è diminuito il gap in termini vita attesa, tra il genere maschile e quello femminile. L'incremento della vita media del sesso maschile in regione, ha portato al di sotto dei 5 anni il differenziale di vita (4,71 anni), rispetto a quella delle coetanee;
- la variazione percentuale dell'aspettativa di vita alla nascita, nei due trienni messi a confronto (2004-2006 vs 2007-2009) e vs. lo storico, mostra una maggiore crescita per i maschi, rispetto alle femmine. Da una speranza, nel primo dei due archi temporali di 78,82 (M) vs. 83,95 (F) si è passati a 79,58 anni (M) vs. 84,29 (F) con un miglioramento % che nel genere maschile è stato più del doppio rispetto all'altro sesso.

Il grafico in Figura 1.24 fotografa quanto sopra attraverso una sintesi comparata di speranza di vita e *trend* di crescita per genere: l'aspettativa di vita delle femmine risulta più elevata, mentre il tasso di crescita è inferiore; la tendenza inversa si realizza per i maschi.

Figura 1.24 - Speranza di vita alla nascita su base triennale, per Province RER

Province di residenza	2004-2006		2007-2009			Var. %	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	ranking	Maschi	Femmine
Piacenza	77,81	83,50	78,64	83,73	8	1,06%	0,28%
Parma	78,21	83,66	79,21	83,90	6	1,27%	0,29%
R. Emilia	78,69	84,00	79,18	84,08	7	0,63%	0,09%
Modena	78,92	84,20	79,98	84,63	3	1,34%	0,51%
Bologna	79,12	83,81	79,83	84,38	5	0,89%	0,68%
Ferrara	77,76	83,22	78,59	83,70	9	1,07%	0,57%
Ravenna	79,45	84,39	80,28	84,54	1	1,04%	0,18%
Forlì-Cesena	79,48	84,39	79,90	84,82	4	0,53%	0,51%
Rimini	79,57	84,61	80,14	84,66	2	0,71%	0,06%
RER	78,82	83,95	79,58	84,29		0,97%	0,41%



Le migliori performance di "longevità" in termini di alta speranza di vita alla nascita, risultano essere quelle della Provincia di Ravenna per i maschi e di Forlì-Cesena per le femmine. Il tasso di crescita più marcato è appannaggio della Provincia di Modena e per la prima volta quello delle bolognesi per le femmine, rispettivamente al 3° ed al 5° posto nella classifica regionale come attesa di vita. La Provincia di Ferrara presenta i valori relativamente più bassi su questo indicatore sia per i maschi che per le femmine, anche se viene avvicinata notevolmente da Piacenza, mentre il tasso di crescita più basso, è registrato nella Provincia di Forlì-Cesena per i maschi e di Reggio Emilia per le femmine.

Tabella 1.25 - Speranza di vita a 65 anni su base triennale, per Province RER

Province di residenza	2004-2006		2007-2009		Var. %	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	17,21	21,21	17,61	21,24	2,32%	0,14%
Parma	17,41	21,44	18,05	21,39	3,68%	-0,26%
R. Emilia	17,70	21,58	18,15	21,42	2,52%	-0,73%
Modena	17,98	21,71	18,45	21,84	2,64%	0,61%
Bologna	18,19	21,46	18,54	21,71	1,94%	1,16%
Ferrara	17,38	21,03	17,68	21,15	1,70%	0,58%
Ravenna	18,74	22,00	18,82	22,10	0,44%	0,45%
Forlì-Cesena	18,34	21,91	18,61	22,01	1,48%	0,44%
Rimini	18,51	21,79	18,74	22,01	1,27%	1,03%

Analizzando la speranza di vita a 65 anni, si confermano le stesse tendenze sopra descritte che, nel caso dei tassi di crescita ed in particolare per i maschi, risultano sensibilmente più elevati di quelli alla nascita. Ciò a dimostrazione del fatto che la minor mortalità, pur strettamente legata all'aumento dell'aspettativa di vita alle varie età, non è comunque l'unico fattore che determina l'invecchiamento di una popolazione, ma il suo effetto si unisce a quelli di altre componenti sia

endogene che esogene, quali fecondità, mortalità infantile (quasi azzerata in regione) e flussi migratori (in questo caso forte contributo età intermedie).

Complessivamente gli aumenti, comunque consistenti, sono stati inferiori a quelli che avevano contraddistinto il delta tra 2004-2006 ed il triennio precedente. Nel triennio 2007-2009, la Provincia di Ravenna risulta avere la più alta speranza di vita a 65 anni sia per il genere maschile che femminile, mentre Piacenza e Ferrara registrano i valori più bassi per entrambi i sessi. Il tasso di crescita nella Provincia di Parma risulta essere il più alto per i maschi (+3,68%), mentre quello più basso (inesistente) per le femmine (-73%) spetta a Reggio Emilia. La provincia di Bologna si contraddistingue, nell'aspettativa di vita a 65 anni per le femmine, per la miglior crescita regionale (+1,16%).

1.3.3 Natalità

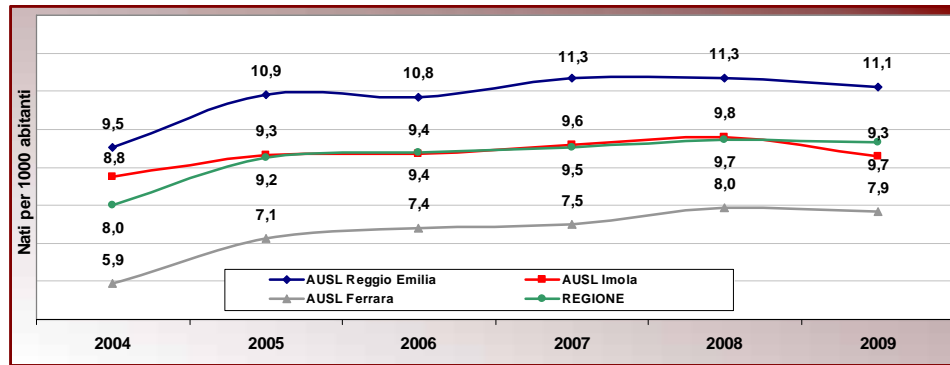
Importante nel "mitigare" in proiezione futura lo squilibrio generazionale, la natalità è vista oggi sempre con maggior interesse. Infatti, dai nati di oggi si genereranno anche le donne in età fertile del domani, chiamate a "sovertire" con le future nascite lo status di "società vecchie".

Anche se in un'ottica generazionale - il tasso di natalità senza l'accompagnamento di un adeguato tasso di fecondità totale (che esprime il n. medio di figli per donna in età feconda 15-49) può non incidere sulla modifica di struttura di una popolazione - il rapporto tra i nati vivi e la popolazione media residente, riveste importanza non solo statistica.

I dati del periodo 2004-2009, se da un lato indicano che almeno fino al 2008 la crescita della natalità nell'AUSL di Imola è stata sovrapponibile a quella media regionale - per poi leggermente cedere nell'ultimo anno nei confronti del livello regionale - dall'altro versante dicono che la natalità aziendale nello stesso periodo è aumentata in misura minore rispetto ai territori delle altre aziende, probabilmente perché, come si evince dall'Figura 1.26, la base di partenza si era già assestata su tassi importanti, non riscontrabili in altre realtà. Il tasso grezzo di natalità 2009 risulta per l'Azienda pari a 9,29/1.000 abitanti; per la Regione pari a 9,66/1.000 abitanti.

Figura 1.26 - Tasso grezzo di natalità dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2009

Aziende USL di residenza	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var. % 2004 - 2009
AUSL Piacenza	7,22	8,33	8,56	8,68	8,74	9,15	26,7%
AUSL Parma	7,92	9,02	9,10	9,47	9,63	9,64	21,7%
AUSL Reggio Emilia	9,52	10,92	10,84	11,33	11,33	11,11	16,7%
AUSL Modena	8,85	10,22	10,04	10,18	10,54	10,34	16,8%
AUSL Bologna	7,86	8,84	9,18	9,13	9,03	9,35	19,0%
AUSL Imola	8,76	9,32	9,37	9,60	9,78	9,29	6,1%
AUSL Ferrara	5,94	7,14	7,40	7,51	7,95	7,85	32,2%
AUSL Ravenna	7,23	8,62	9,14	9,25	9,65	9,44	30,6%
AUSL Forlì	7,04	9,10	9,55	9,20	9,54	9,21	30,8%
AUSL Cesena	8,10	9,17	9,53	9,64	9,75	9,84	21,5%
AUSL Rimini	9,04	9,88	9,58	9,94	10,50	9,79	8,3%
REGIONE	8,02	9,24	9,38	9,53	9,73	9,66	20,4%

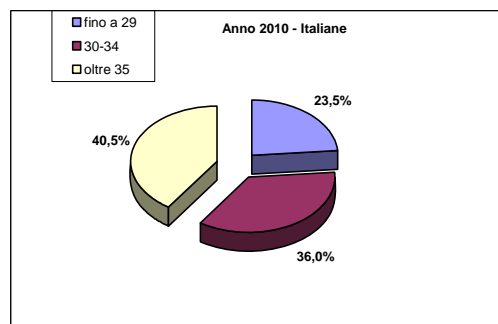
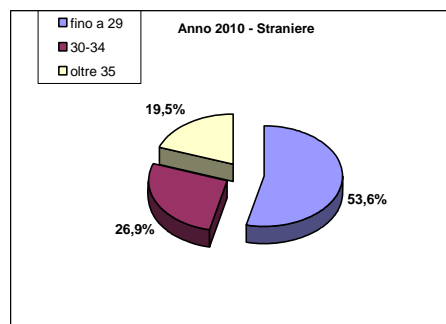


Dal confronto tra Aziende, si evince che il miglior tasso grezzo di natalità (grazie alla forte bacino di popolazione straniera) è rilevabile nell'ambito di Reggio Emilia (11,1 nati ogni 1.000 ab. residenti), mentre quello più basso risulta nell'ambito di Ferrara (7,85 /1.000).

Nel nostro contesto territoriale, così come nella quasi totalità delle province emiliano-romagnole, le ragioni della ripresa della natalità sono legate alla componente immigratoria, ma anche a neo comportamenti socio-culturali "autoctoni" a cui si ascrive, ad esempio, l'aumento delle nascite da madri italiane *over* 35 anni. La Figura 1.27, seppur rappresentante unicamente il volume dei parti presso le strutture della nostra azienda sanitaria e quindi non l'intero universo dei nati da madri residenti, suggerisce una chiave di lettura alla diminuzione dei nati del 2009 (-5% su 2008) rilevata dalla precedente Figura 1.26, ed identificabile unicamente proprio nella flessione dei parti, tornati comunque a crescere nel corso del 2010.

Figura 1.27 - Parti presso UO Ostetricia e Ginecologia del Presidio AUSL di Imola. Periodo 2006-2010

Età	ANNO 2006		ANNO 2007		ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010		Var. 2010-2006		Var. 2010-2009	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
15-19	11	6	10	2	5	12	3	14	4	5	-7	-1	1	-9
20-24	39	55	72	51	59	57	43	65	44	70	5	15	1	5
25-29	218	72	193	72	170	78	147	114	155	90	-63	18	8	-24
30-34	369	58	407	56	369	58	307	78	310	83	-59	25	3	5
35-39	223	25	221	19	261	31	228	37	259	51	36	26	31	14
40-44	48	4	58	6	64	5	69	8	86	9	38	5	17	1
45-49	1	1	3	0	2	0	3	0	3	0	2	-1	0	0
50 e oltre									1	0	1	0	1	0
TOTALE	909	221	964	206	930	241	800	316	862	308	-5,2%	39,4%	7,8%	-2,5%
Totale	1130		1170		1171		1116		1170		3,5%		4,8%	



Nel periodo 2006-2010, presso la UO di Ostetricia e ginecologia del Presidio aziendale, si rileva quanto segue:

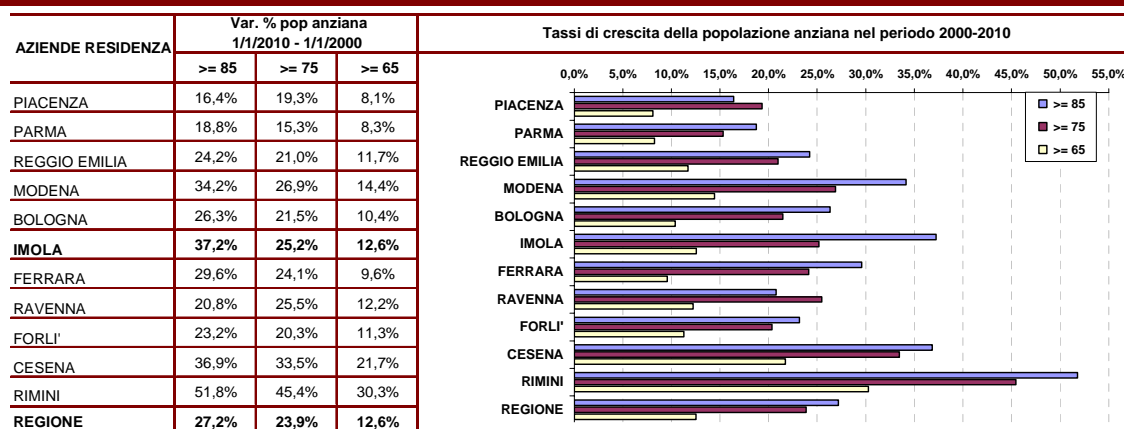
- la crescita dei parti è sostanzialmente attribuibile al forte incremento alla natalità prodotto dalle donne straniere, variazione del +39,4%, con picco di numerosità nel 2009 cui ha fatto riscontro un piccolo calo nel 2010;
- la sostanziale tenuta, grazie al "rimbalzo" del 2010 - dopo la flessione dell'anno precedente - del numero dei parti delle donne italiane, in flessione nello storico (-5,2%) a causa soprattutto della bassa propensione alla maternità nelle fascia età 25-29, ma anche 30-34;
- forte recupero dei parti nell'ultimo anno (tornato sui picchi del 2008) per le donne italiane di età *over* 35 anni che, sebbene insufficiente a determinare il saldo positivo complessivo del periodo preso in esame, ha contribuito a determinare ugualmente un saldo positivo di breve periodo nei confronti del 2009 (+7,8%).

1.3.4 Anziani e grandi anziani

Per l'approfondimento sulla popolazione anziana del territorio aziendale, a confronto con la popolazione regionale, di seguito si propongono due indicatori significativi:

- i "tassi di crescita specifici" per le fasce di età che compongono la popolazione anziana complessiva;
- l'incidenza sulla popolazione totale che, per quanto riguarda l'intera fascia di popolazione di età superiore ai 65 anni, è definita "indice di invecchiamento".

Figura 1.28 - Tassi di crescita popolazione anziana in RER, per ambiti aziendali. Periodo 1/1/2000-1/1/2010



In Figura 1.28 si evidenzia come il tasso di crescita della popolazione circondariale =>65 anni, nel decennio 1/1/2000-1/1/2010, sia esattamente sovrapponibile a quello medio regionale (+12,6%); corrispondente ad una numerosità di fine periodo ammontante a circa 30.000 unità per il livello imolese e quasi 986.000 per quello regionale.

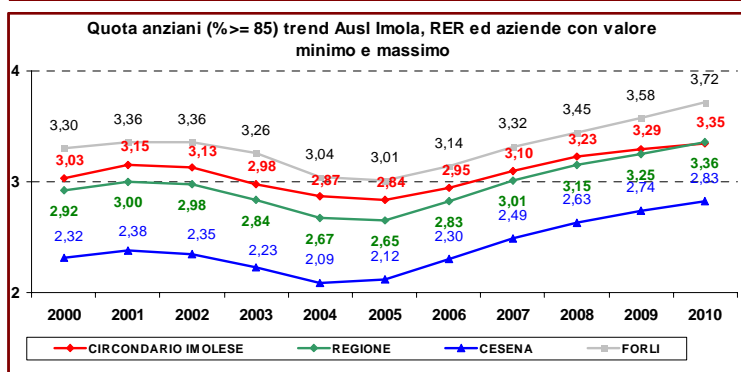
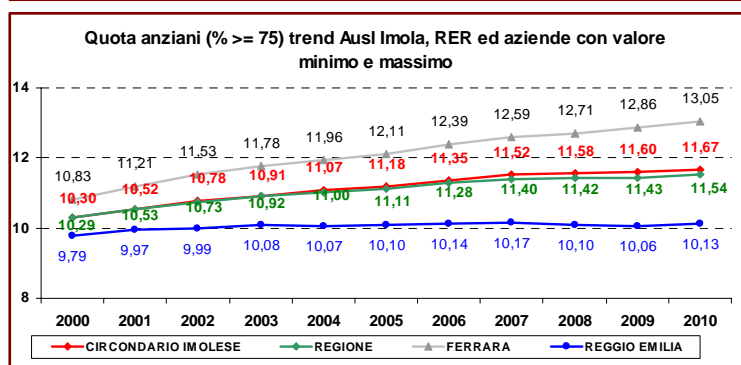
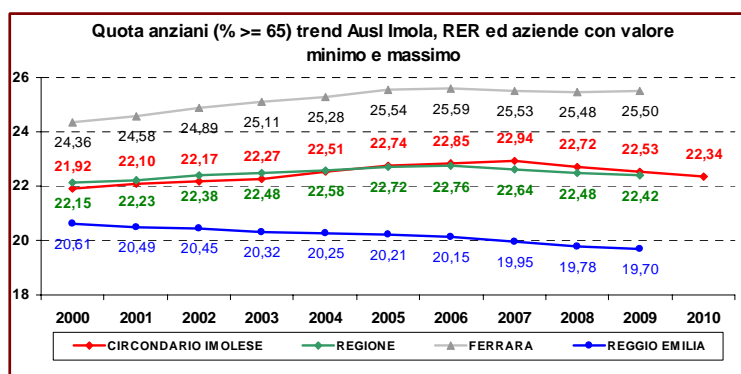
Analizzando invece il sottoinsieme di popolazione di età =>75 anni, la tabella mostra un valore aziendale (+25,2%) superiore al valore medio regionale (+23,9%).

La forbice tra il circondario imolese ed il livello regionale tende maggiormente ad allargarsi nel sottoinsieme definito "grandi anziani" (\Rightarrow 85 anni), attestandosi su uno scarto di 10 punti percentuali di differenza, con una crescita del +37,2% nel territorio dell'AUSL di Imola, a fronte di un dato regionale di +27,2%.

Nei Grafici 1.29 sono rappresentati:

- il *trend* di invecchiamento della popolazione circondariale (pop. \Rightarrow 65 anni/pop. complessiva residente), per il periodo 1/1/2010-1/1/2010, a confronto con quello medio regionale e delle AUSL con valori massimo e minimo;
- l'incidenza intesa come "quota percentuale" sul totale, delle sottoclassi *over 75* anni e *over 85* anni, sempre a confronto con la media regionale ed i valori aziendali minimi e massimi.

Grafici 1.29 – Indice di invecchiamento della popolazione (\Rightarrow 65) e quota incidenza \Rightarrow 75 e \Rightarrow 85 anni Periodo 1/1/2000-2010



La quota anziani (≥ 65 anni) della popolazione circondariale risulta essere sovrapponibile nel corso degli anni a quella media regionale. Il livello circondariale, superiore seppur di poco, nel periodo 2004-2009, è sceso sotto quello regionale nel 2010. L'incidenza degli *over 75* anni vede ancora il territorio imolese, costantemente, un po' al di sopra dell'incidenza media regionale, caratteristica replicata, pur con maggior scostamento anche nell'ultimo grafico, relativo ai grandi anziani, ove solo in corrispondenza dell'ultimo anno vi è piena coincidenza tra i due livelli.

1.3.5 Stranieri

Il processo migratorio è diventato negli ultimi anni una realtà strutturata in Italia. Alla fine del 2009, la presenza regolare straniera residente, risultava essere, secondo l'Istat, pari a circa 4 milioni e 235 mila unità (equivalente al 7% della popolazione totale), con un aumento di +8,8%, rispetto al 2008, incremento elevato, ma inferiore ai due anni precedenti, principalmente per effetto, non tanto di politiche sull'immigrazione, ma della stagnazione dell'economia italiana e della diminuzione complessiva degli ingressi dalla Romania (Fonte Istat).

La presenza risulta essere differenziata sul territorio nazionale: il numero di immigrati è molto consistente al nord (oltre il 60% del totale) inferiore al centro, anche se in costante aumento (25,3 %) ed ancor più ridotto al sud (13,1%). L'Emilia Romagna, come mostra la Tabella 1.30, alla stessa data, assorbe circa l'11% degli stranieri residenti.

Tabella 1.30 - Stranieri residenti per ripartizione e principali regioni di insediamento. Anno 2009

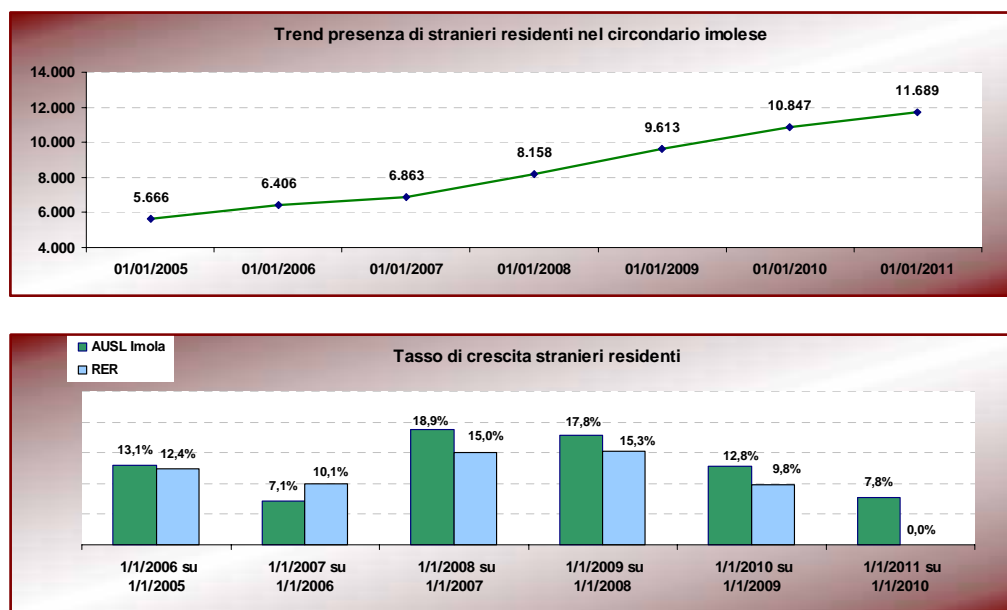
Regione	Residenti (Istat) all'1.1.2010	
	Valore assoluto	% verticale
Lombardia	982.225	23,2
Veneto	480.616	11,3
Lazio	497.940	11,8
Emilia-Romagna	461.321	10,9
Piemonte	377.241	8,9
Toscana	338.746	8,0
ITALIA	4.235.059	100,0

FONTE: ISTAT

Nel Grafico 1.31 vengono esposti i *trend* di crescita della popolazione straniera, in valore assoluto per il territorio circondariale e come variazione percentuale annuale per il confronto regionale.

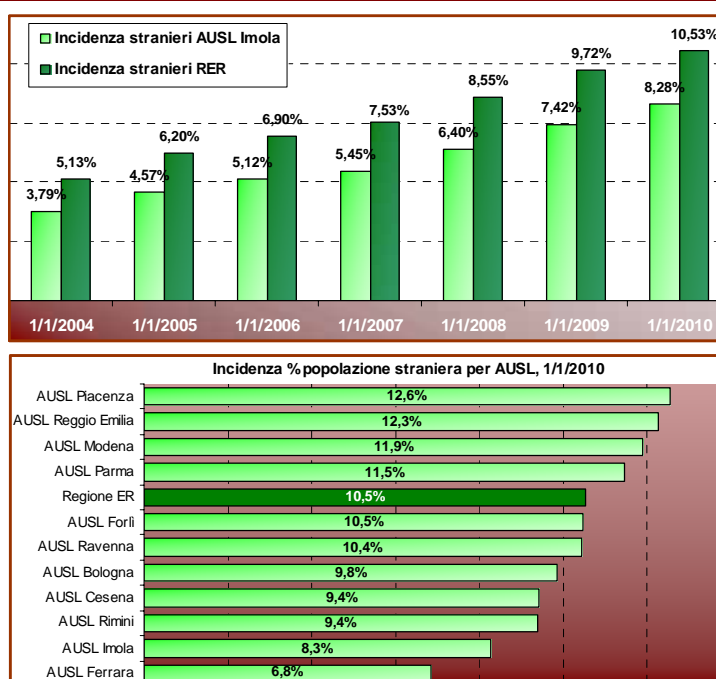
Gli stranieri residenti all'1/1/2011 (ovvero 31/12/2010) sono 11.689 (il 7,8% della popolazione totale). L'ultimo tasso di crescita confrontabile tra i livelli imolese e regionale (1/1/2010 su 1/1/2009) rileva ancora, pur in un contesto di trend calante, un aumento marcato sull'anno precedente del 12,8% per il primo e del 9,8% per il secondo.

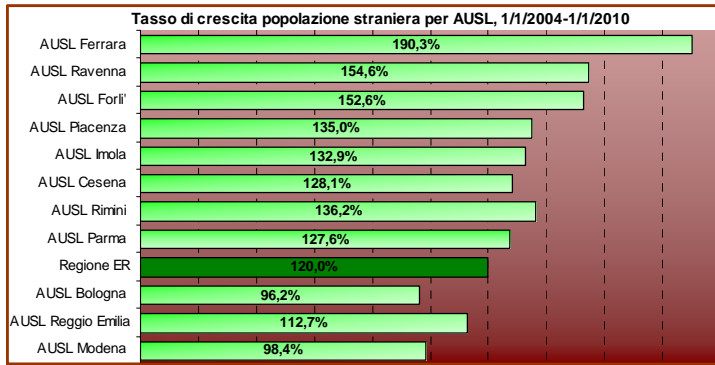
**Grafico 1.31 - Trend e tasso di crescita stranieri residenti, confronto AUSL di Imola e RER
Periodo 1/1/2005-1/1/2011**



Negli ultimi quattro anni l'incidenza della popolazione straniera sul totale dei residenti è significativamente e continuamente aumentata di circa 1 punto % ogni anno (2010 escluso), sia nel circondario imolese che all'interno del territorio regionale. Il tasso di crescita della popolazione straniera residente per i due livelli, nel confronto 2004-2010 più che raddoppiati, si sono attestati rispettivamente al +132,9% ed al +120%, come mostrano i dati del Grafico 1.32.

Grafico 1.32 - Incidenza % stranieri residenti nell'AUSL di Imola, a confronto con la media RER e dettaglio AUSL. Periodo 1/1/2004-1/1/2010





Il grafico 1.33 fotografa la distribuzione degli stranieri all'1/1/2010, sulla base delle macroaree geografiche di provenienza (Area UE a 27 Stati e non più a 15 come nell'edizione precedente).

Grafico 1.33 - Distribuzione stranieri residenti per provenienza, confronto tra AUSL di Imola e RER, all'1/1/2010

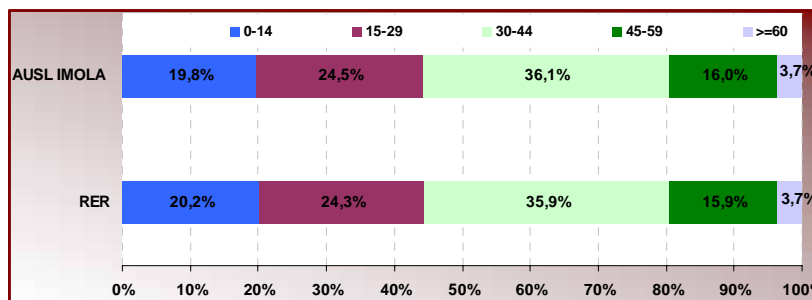


La distribuzione in ambito aziendale, secondo la cittadinanza, si discosta dal livello regionale grazie ad alcune particolarità evidenziate con la recente aggregazione europea a 27 Stati Membri. Se il livello imolese tende ad assorbire maggiormente stranieri con Stato di origine appartenente all'area UE (principalmente) ed all'Africa Settentrionale, non così per il territorio regionale, che complessivamente attrae cittadini provenienti da "Paesi Europei non UE" e - in misura percentuale minore anche rispetto al territorio imolese (21,1% vs 28,8%) - dall'Africa Settentrionale.

Dal confronto si evince anche una minor concentrazione, nel territorio circondariale rispetto all'ambito regionale, di gruppi provenienti dall'Africa Occidentale e dall'Asia Orientale.

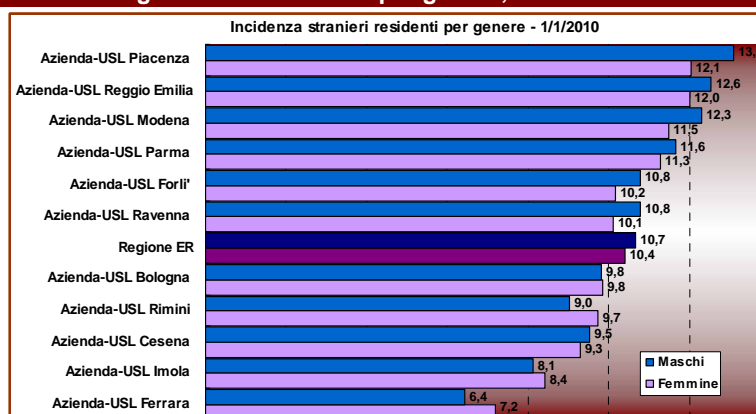
La composizione percentuale della popolazione straniera per fasce di età (Grafico 1.34) evidenzia dinamiche omogenee tra i territori circondariale e regionale, probabilmente collegate al superamento dell'immigrazione "temporanea", con l'affermarsi di comunità locali multietniche, come già evidenziato nel Bilancio di Missione dell'edizione precedente.

Grafico 1.34 - Distribuzione stranieri residenti per età, confronto tra AUSL di Imola e RER, all'1/1/2010



Il Grafico che segue propone l'incidenza degli stranieri residenti per genere nelle AUSL della Regione, a testimonianza del fenomeno di "stabilizzazione" delle dinamiche di ricongiungimento familiare.

Grafico 1.35 - Incidenza degli stranieri residenti per genere, confronto tra AUSL e RER all'1/1/2010

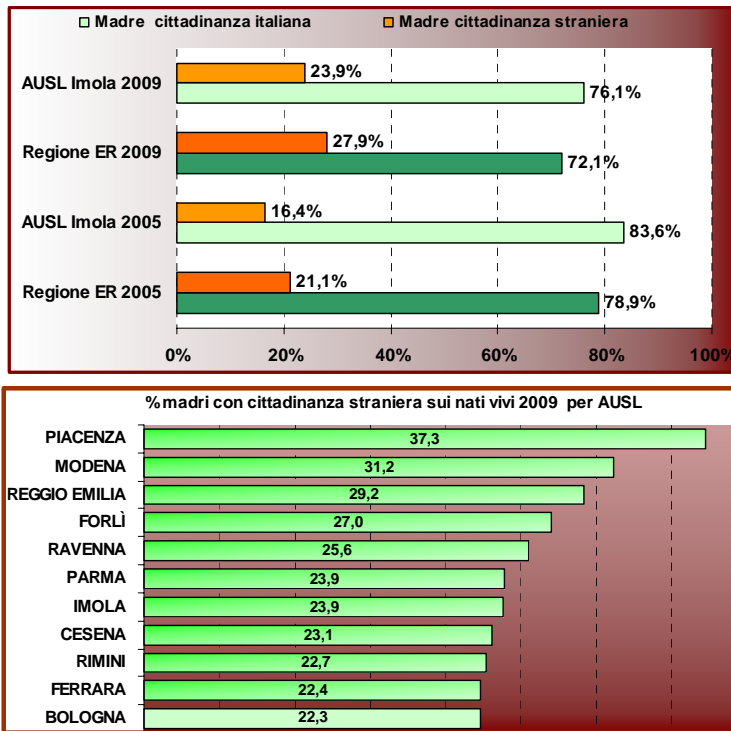


Il fenomeno rappresentato nel Grafico 1.36, a dimostrazione del sostanziale contributo fornito dai residenti stranieri alla natalità complessiva, indica come più di un nato su 4 in regione abbia madre straniera, mentre l'AUSL di Imola si colloca leggermente al di sotto di questo rapporto. Mettendo in relazione l'incidenza della popolazione straniera (Grafico 1.32) con i dati di natalità, in riferimento all'anno 2009, si può affermare che:

- il 9,7% della popolazione determina il 27,9% delle nascite in Emilia Romagna;
- il 7,4% della popolazione dell'AUSL di Imola contribuisce al 23,9% delle nascite nel territorio circondariale.

Ciò conferma un'alta propensione alla maternità delle cittadine straniere sul nostro territorio, che con una minor incidenza sulla popolazione locale, rispetto al contesto complessivo emiliano romagnolo, riescono ad avvicinare le percentuali medie di maternità regionali.

Grafico 1.36 - Incidenza di nati vivi per cittadinanza della madre, confronto tra AUSL di Imola media RER e dettaglio per AUSL. Anni 2005 e 2009

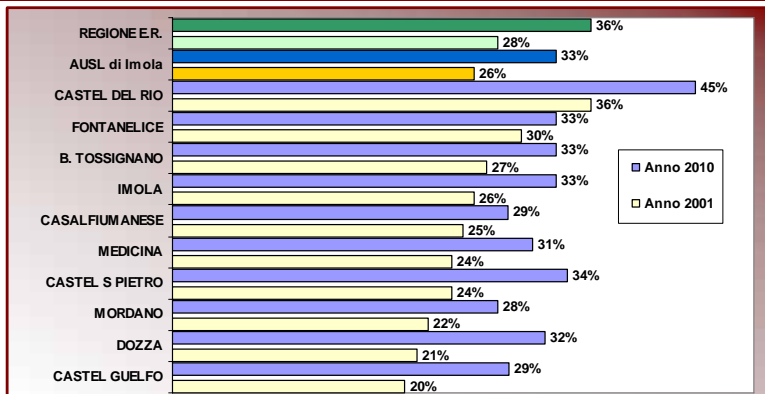


1.3.6 Famiglie

Negli ultimi 50 anni la dimensione media della famiglia italiana è drasticamente “crollata”, passando da valori prossimi ai 5 componenti per nucleo familiare ai valori attuali oscillanti intorno al 2,5, conseguenza di due distinti fenomeni:

- la forte diminuzione della natalità;
- l’aumento delle famiglie mononucleari: anziani che vivono soli dopo la morte del coniuge; *single* od individui che creano famiglia tardivamente; famiglie mononucleari conseguenti a separazioni/divorzi e non ultimo nuclei costituiti da libere unioni le cosiddette “coppie di fatto”.

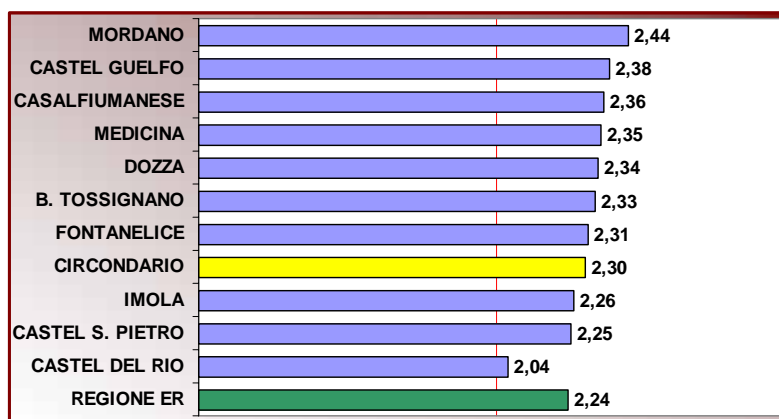
Grafico 1.37 – Famiglie unipersonali per Comune circondariale e totale AUSL. Anni 2001 e 2010



FONTE: Censimento ISTAT anno 2001; Anagrafi Comunali (2010) e dati RER (2008-2010)

Il Grafico 1.37 confronta la percentuale di famiglie unipersonali per Comuni del Circondario Imolese nel 2001 e nel 2010 ed il totale regionale per lo stesso periodo. Si evince come nel Comune di Castel del Rio vi sia una concentrazione (45%) - in aumento a causa del cronico invecchiamento di quella popolazione che associato ad una fuga delle famiglie verso la pianura ha "prodotto" anziani soli - ben superiore non solo al valore medio del territorio Ausl di Imola ma anche di quello regionale. Ciò a conferma di quanto già osservato nel paragrafo sulla *Popolazione*, dove lo stesso comune risulta l'unico con una fascia *over* 65 superiore alla fascia centrale (30-49 anni) di quella definita per eccellenza "produttiva" (15-64 anni).

Grafico 1.38 - Composizione media delle famiglie residenti nei Comuni del Nuovo Circondario Imolese. Anno 2010



Nel Grafico 1.38 si propone la composizione media 2010 dei nuclei nei Comuni circondariali: il dato più basso si registra - non a caso - nel Comune di Castel del Rio (2,04), quello più alto a Mordano (2,44). Tutti i Comuni si collocano quindi ben al di sopra dei due componenti medi pro nucleo, inserendo la media aziendale al di sopra del livello regionale; il valore circondariale è infatti pari a 2,31 componenti, mentre il medesimo dato riscontrato in Regione è pari a 2,24.

1.3.7 Soggetti in condizione di marginalità potenzialmente portatori di bisogni

Il paragrafo che segue, per la presente edizione del Bilancio di Missione, ripropone parzialmente gli stessi dati del 2009, tratti dal *Profilo di comunità della Provincia di Bologna*, parte sostanziale dell'*Atto d'indirizzo e coordinamento triennale 2009-2011* e dal *Rapporto sulle povertà Caritas 2010*, per quanto concerne le informazioni relative al Nuovo Circondario Imolese.

Gli unici dati disponibili sul sito regionale ed aggiornati al 2010, sono riportati in Tabella 1.39 e riguardano tipologie ed indicatori riferiti agli Istituti di pena della Regione Emilia Romagna, distribuiti per Provincia.

Sezione 1. Contesto di riferimento

Tabella 1.39 - Detenuti per Istituto di pena nelle Province RER e indici di sovraffollamento, al 31/12/2010

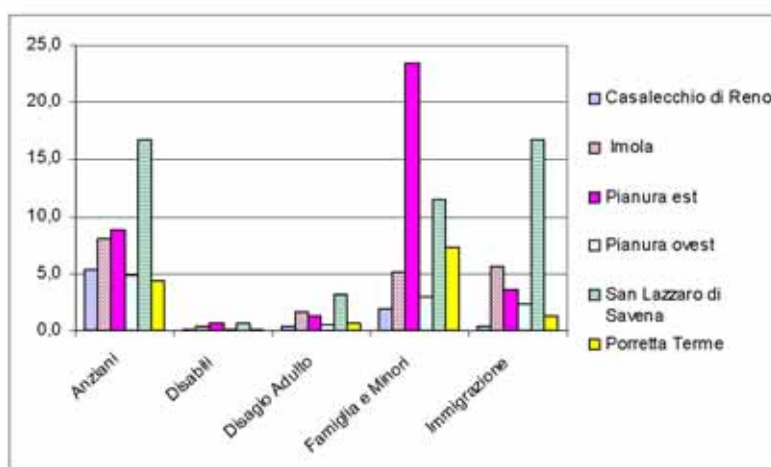
SEDE ISTITUTO	TIPOLOGIA	Capienza	DETENUTI PRESENTI			Indice sovraffollamento
		Regolamentare	Totale	di cui stranieri	di cui donne	presenze su 100 posti
Piacenza	Casa circondariale	178	424	213	22	238,20
Parma	Casa circondariale	155	159	100	0	102,58
	CR	263	362	81	0	137,64
Reggio Emilia	Casa circondariale	167	321	210	8	192,22
	OPG	132	286	53	0	216,67
Modena	Casa circondariale	221	466	338	21	210,86
Castelfranco	Casa lavoro	139	93	7	0	66,91
Saliceta San Giuliano	Casa lavoro	69	71	3	0	102,90
Bologna	Casa C. con sezione reclusi	497	1.142	720	63	229,78
Ferrara	Casa C. con sezione reclusi	256	497	248	0	194,14
Forlì	Casa circondariale	135	193	98	23	142,96
Ravenna	Casa circondariale	59	126	73	1	213,56
Rimini	Casa circondariale	123	233	147	0	189,43
Totale		2.394	4.373	2.291	138	182,66

FONTE: RER da sito del Ministero della Giustizia (Dipartimento Amministrazione Penitenziaria)

In riferimento alle strutture, la Tabella mostra, la capienza regolamentare, le presenze al 31/12/2010 e l'indice di sovraffollamento. Per quanto concerne l'Istituto di pena di Bologna sono 1.142 le persone detenute, con un indice di sovraffollamento - detenuti in esubero rispetto alla capienza regolamentare - pari a circa 230 presenze ogni 100 posti.

Il grafico 1.40 prende in esame l'utenza che accede agli sportelli sociali della provincia suddivisa per area di bisogno. La rappresentazione mostra una certa eterogeneità tra i vari distretti, dovuta sia al diverso target di utenza potenziale delle varie zone, ma anche alle difformità delle scelte di allocazione servizi erogati attraverso gli sportelli, fatte dai vari distretti. Si evidenzia come gli utenti anziani (>=65 anni) siano molto numerosi nel Distretto di San Lazzaro, meno nelle altre zone.

Figura 1.40 – Utenza degli sportelli sociali nella provincia di Bologna per “area di bisogno” al 1/01/2009

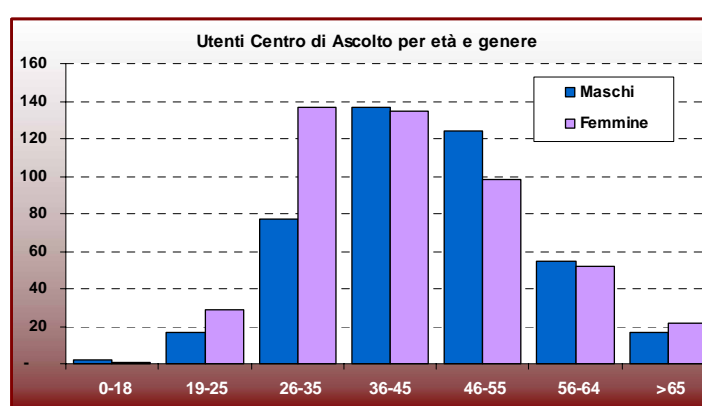


Utilizzando come fonte il *Rapporto sulle povertà 2010* della Caritas diocesana, in riferimento al tema “fragilità”, si rileva che, nell'ultimo anno, si sono rivolte al Centro Ascolto 903 persone - a cui corrispondono 1.283 componenti i rispettivi nuclei familiari escludendo CSPT e Medicina - con un incremento di domanda complessiva rispetto al 2009, di circa il 7%.

Oltre ai numerosi italiani, le persone incontrate provengono da 39 Stati, di cui i primi 7 per numerosità appartengono alle aree geografiche "Africa settentrionale", "Paesi Europei UE e non UE" (Grafico 1.33); sul totale di 466 stranieri (-3,84% sul 2009), il 92% possiede regolare permesso di soggiorno. Rispetto al totale generale, il 18% delle persone ha avuto un contatto almeno una volta al mese.

Figura 1.41 - Numero utenti Centro Ascolto della Caritas diocesana di Imola. Anno 2010

PROVENIENZA	DONNE	UOMINI	TOTALE
Italiani	223	214	437
Stranieri dell'est	79	40	119
Stranieri	172	175	347
Totale	474	429	903



Il grafico di Figura 1.41 mostra la distribuzione dei contatti da parte di persone che hanno espresso richiesta di aiuto, per genere e fascia di età: si evidenzia come le donne siano più numerose nelle fasce di età (19-25), (26-35) e (>65), mentre le fasce centrali siano a prevalenza maschile; nella variabile di provenienza "stranieri" (extra est europa) emerge una equivalenza numerica tra i generi, non riscontrabile nelle altre variabili di provenienza.

Le fasce con maggior numerosità risultano essere quelle "giovani" ed "adulte"; gli *over 65* sono praticamente tutti di nazionalità italiana (vedi n. pensionati in Tabella 1.43).

Proprio la nostra nazionalità risulta essere in costante crescita di aiuto (+6,8% sul 2009), mentre secondo quanto riferito da Caritas nel 2010 è diminuita l'accoglienza agli stranieri dell'Est (-24% sul 2009). A conferma di quanto sottolineato nel capitolo sulla popolazione, anche dai dati del Centro (osservatorio privilegiato della condizione di marginalità del territorio imolese), emerge un limitato numero di "nuovi arrivi" stranieri (135 vs. 237 del 2009) rappresentante un rallentamento dei flussi migratori complessivi, legati oramai, nello specifico caso Caritas, ad una prevalenza più che ad incidenza.

Sezione 1. Contesto di riferimento

Tabella 1.42 - Situazione abitativa degli utenti del Centro Ascolto. Anno 2010

TIPOLOGIA DI ACCOMODAMENTO	ITALIANI	STRANIERI EST EUROPA	ALTRI STRANIERI	TOTALE	%
Affitto singolo	137	59	166	362	40,1%
Affitto condiviso	4	23	39	66	7,3%
Casa popolare	110	6	41	157	17,4%
Comodato	4	0	1	5	0,6%
Proprietà	32	2	12	46	5,1%
Senza fissa dimora	95	11	52	158	17,5%
Altro*	55	18	36	109	12,1%
Totale	437	119	347	903	100,0%

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

Le due dimensioni dello stato socio-economico di chi si rivolge al Centro Ascolto della Caritas diocesana di Imola, analizzate nelle Tabelle 1.42 e 1.43 sono quella "abitativa" ed "occupazionale".

Tabella 1.43 - Status occupazionale degli utenti del Centro Ascolto. Anno 2010

STATUS OCCUPAZIONALE	ITALIANI	STRANIERI EST EUROPA	ALTRI STRANIERI	TOTALE	%
Non occupato	195	71	214	480	53,2%
Salt/Inter/Stagionale	54	8	50	112	12,4%
Tempo pieno	27	17	38	82	9,1%
Part time	47	15	31	93	10,3%
Pensionato	95	2	3	100	11,1%
Altro*	19	6	11	36	4,0%
Totale	437	119	347	903	100,0%

* Casi in cui non vi è certezza sulla situazione occupazionale oppure si tratta di borse lavoro

Gli individui senza dimora nel territorio circondariale, secondo i dati della Caritas, nel 2010 sono circa 158 unità (il 17,5% di tutte le situazioni abitative), di cui il 60% detentori di nazionalità italiana. La loro è una situazione di povertà estrema, di vita ai margini della società e non sono al momento, se non in pochi limitatissimi casi "intercettati" dall'ASP (Tabelle 1.40).

1.4 Condizioni socio-economiche

Il paragrafo presenta "andamenti" e "fotografie" del tessuto produttivo e del mercato del lavoro, in termini di capacità di reddito e spesa, volti a descrivere le condizioni socio-economiche della popolazione. Condizioni, che da quanto emerge, sono sempre più legate a rapporti di lavoro "labili" e temporanei, alimentanti i cosiddetti "working poor", che impattano su fattori quali lo stato di benessere complessivo (nell'accezione dell'OMS) ed i comportamenti individuali.

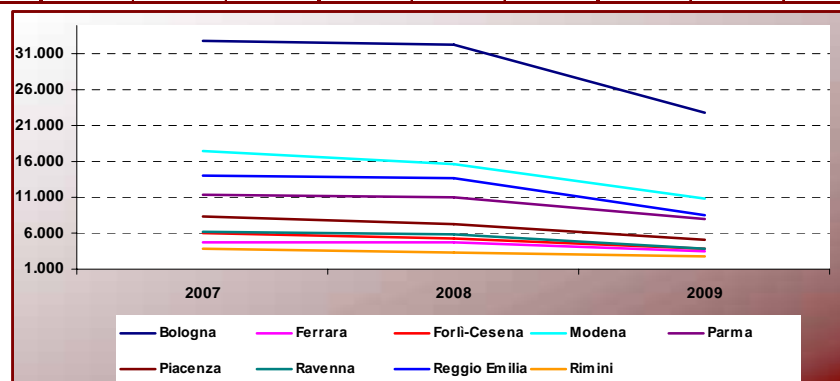
1.4.1 Mercato del lavoro

Gli indicatori presentati e aggiornati all'anno 2009 sono tratti dal sito regionale del Bilancio di Missione e sono disaggregati per Province: il dato su cui si pone maggior attenzione è

naturalmente quello della Provincia di Bologna, in funzione degli ovvi motivi di pertinenza territoriale. L'indicatore riferito ai lavoratori interinali e somministrazione lavoro (Figura 1.44) assume particolare rilevanza, in quanto rappresenta la fascia di lavoratori più "sensibile" alle variazioni dei livelli produttivi. Nel confronto all'interno dell'arco temporale preso a riferimento, tutte le Province vedono una diminuzione netta di tali atti di avviamento al lavoro, soprattutto in corrispondenza del 2009 (primo vero anno di crisi economica, anticipato dalla leggera flessione 2008).

Figura 1.44 - Lavoratori con contratto interinale/somministrazione lavoro nelle Province della RER Periodo 2007-2009

Provincia	2007			2008			2009			Var % 2009 - 2007
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	
Bologna	15.930	17.007	32.937	14.954	17.411	32.365	8.654	14.114	22.768	-31%
Ferrara	2.618	2.093	4.711	2.092	2.648	4.740	1.287	2.201	3.488	-26%
Forlì-Cesena	3.532	2.487	6.019	3.292	2.079	5.371	2.211	1.691	3.902	-35%
Modena	9.141	8.249	17.390	7.808	7.850	15.658	3.919	6.963	10.882	-37%
Parma	5.618	5.768	11.386	5.264	5.768	11.032	3.501	4.439	7.940	-30%
Piacenza	4.429	3.957	8.386	3.685	3.656	7.341	2.091	2.968	5.059	-40%
Ravenna	3.965	2.162	6.127	3.518	2.232	5.750	2.369	1.546	3.915	-36%
Reggio Emilia	8.130	5.904	14.034	7.984	5.806	13.790	4.539	3.957	8.496	-39%
Rimini	2.535	1.306	3.841	1.977	1.411	3.388	1.367	1.356	2.723	-29%
TOTALE	55.898	48.933	104.831	50.574	48.861	99.435	29.938	39.235	69.173	-34%

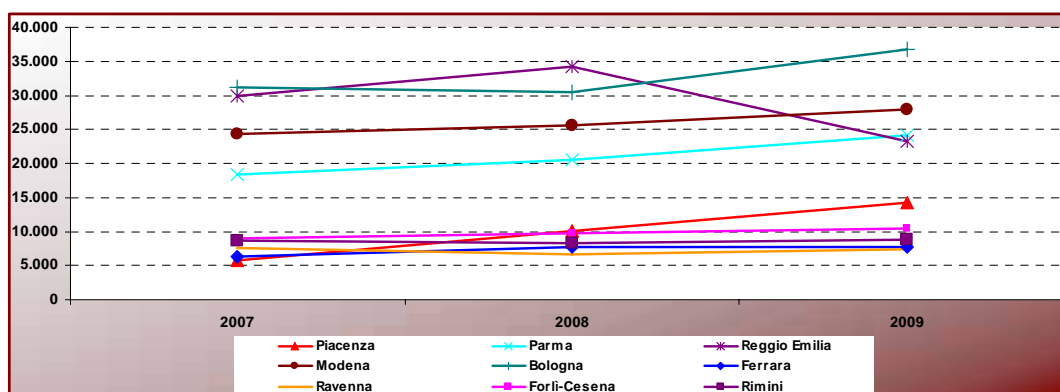


Fonte: Sistema Informativo Lavoro dell'Emilia-Romagna – SILER (n.atti avviamento stipulati in RER)

Nel Grafico di Figura 1.45 è rappresentato il *trend* 2007-2009 dei lavoratori stranieri nelle Province RER. L'occupazione dei cittadini "extra Italia" in Regione, nel triennio, cresce con una variazione pari a +14%, pur riscontrando un saldo negativo registrato complessivamente tra il 2007 ed il 2009, da uno dei maggiori bacini di lavoro straniero della regione, quello reggiano e da alcuni altri "delta" diversificati per genere (Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini).

**Figura 1.45 - Numero lavoratori stranieri (non comunitari) nelle Province della RER.
Periodo 2007-2009**

Provincia	Anno 2007			Anno 2008			Anno 2009			Var % periodo 2009-2007		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piacenza	4.411	1.359	5.770	7.174	2.990	10.164	8.719	5.485	14.204	98%	304%	146%
Parma	12.150	6.263	18.413	13.027	7.572	20.599	14.847	9.263	24.110	22%	48%	31%
Reggio Emilia	24.216	5.664	29.880	26.924	7.243	34.167	16.144	7.019	23.163	-33%	24%	-22%
Modena	15.625	8.617	24.242	16.318	9.290	25.608	17.306	10.546	27.852	11%	22%	15%
Bologna	18.824	12.346	31.170	17.693	12.775	30.468	23.020	13.681	36.701	22%	11%	18%
Ferrara	2.861	3.431	6.292	3.265	4.395	7.660	3.396	4.439	7.835	19%	29%	25%
Ravenna	5.618	2.033	7.651	4.926	1.795	6.721	4.599	2.737	7.336	-18%	35%	-4%
Forlì-Cesena	7.350	1.664	9.014	6.894	2.912	9.806	6.469	3.907	10.376	-12%	135%	15%
Rimini	5.872	2866	8.738	5.279	2948	8.227	4.118	4.689	8.807	-30%	64%	1%
Emilia-Romagna	96.927	44.243	141.170	101.500	51.920	153.420	98.618	61.766	160.384	2%	40%	14%



Fonte: Istat – rilevazione campionaria sulle forze lavoro.

La rilevazione (2005-2006) rileva l'occupazione media settimanale della popolazione

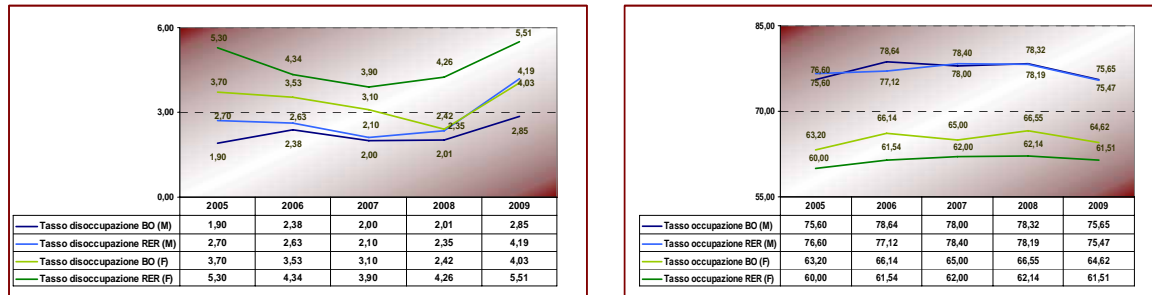
Nel 2009, grazie alla forte flessione della provincia reggiana, la provincia di Bologna riprende il primato (conquistato nel 2006 e mantenuto fino al 2007), in termini di valore assoluto. Le province con la minore numerosità assoluta di stranieri occupati, risultano essere quelle dell'area romagnola (Ravenna, Rimini, Forlì-Cesena) e Ferrara, pur registrando in termini di variazione percentuale esiti di segno opposto: come il +25% di Ferrara e il -4% di Ravenna. Proprio al riguardo di quest'ultimo dato si sottolinea come l'ingresso nel 2007 di alcune Nazioni nell'Area UE a 27 Stati, può aver penalizzato maggiormente quelle province in cui il bacino stranieri dell'est-europa incide maggiormente. Non a caso l'area ravennate, ricca di cittadini rumeni, sconta questo calo, probabilmente indotto unicamente dal fatto che tali stranieri sono divenuti per "l'allargamento amministrativo europeo" cittadini comunitari a tutti gli effetti.

Nel Grafico 1.46 sono rappresentati i tassi di disoccupazione ed occupazione per genere (periodo 2005-2009), riferiti alla sola Provincia di Bologna e messi a confronto con la media RER.

Si segnala che nel 2009 la Regione presenta un tasso di disoccupazione generale pari a +4,8% in maggior crescita rispetto all'anno precedente (2008: +3,2%), rispetto a quello della Provincia di Bologna che, attestandosi invece sul +3,4%, rivela un minor incremento rispetto al 2008 (+2,2%). Tali valori rimangono comunque al di sotto della soglia prevista dal Ministero dell'Economia e Finanze, sul documento di Decisione di Finanza Pubblica 2009-2012, coincidente col +7,8%.

Il tasso di occupazione regionale (occupati/popolazione) nel confronto 2009 - 2008, non poteva non subire la flessione indotta da una congiuntura economica globale, altamente sfavorevole collegata all'aumento della popolazione residente, subendo un calo di 1,7 punti percentuali; mentre lo stesso indicatore relativo alla fascia 15-64 anni della Provincia di Bologna, si ridimensiona di oltre 2 punti percentuali.

Grafico 1.46 - Tasso di disoccupazione e di occupazione per genere in Provincia di Bologna a confronto media RER. Periodo 2005-2009

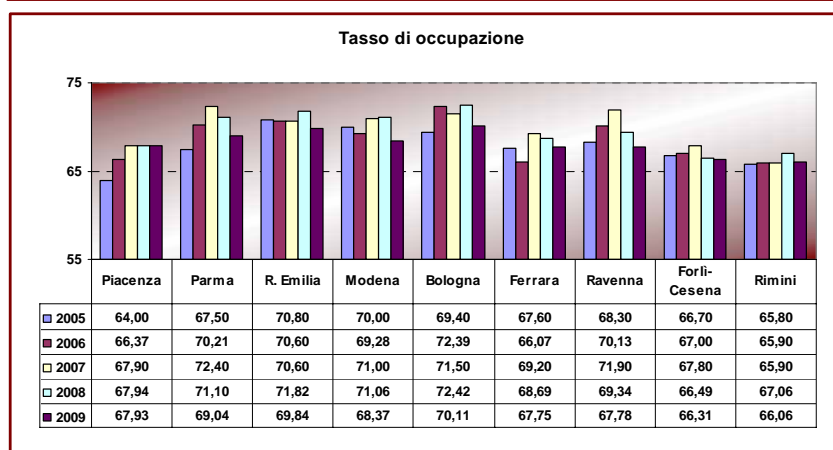
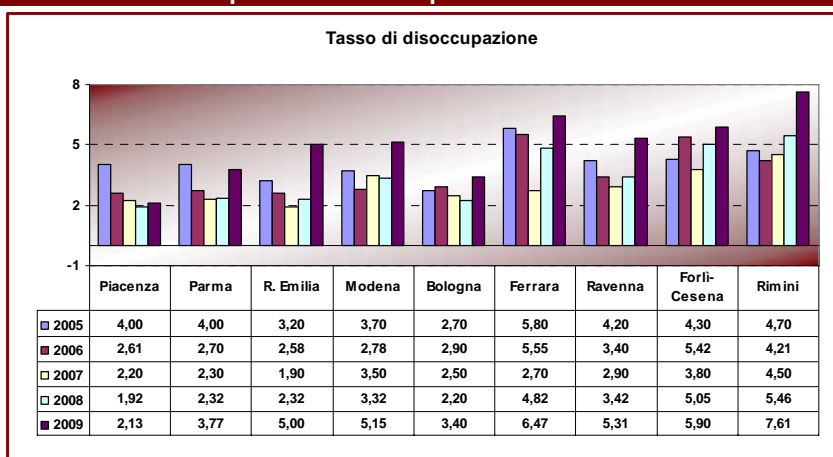


Per meglio interpretare il riscontro di sintesi offerto dai citati tassi, è importante considerare, al di fuori delle allegate rappresentazioni grafiche, che il tasso di attività nella Provincia di Bologna - definito come Forza Lavoro/Popolazione, ovvero come quota percentuale della popolazione potenzialmente attiva (età 15-64 anni) che si affaccia sul mercato del lavoro - nell'ultimo quinquennio ha subito un andamento altalenante, sia per i maschi (range 77,1 - 80,6%) sia per le femmine (65,6% - 68,2%).

L'analisi per genere (2009) mostra ed al tempo stesso conferma, una performance migliore nella Provincia di Bologna rispetto alla media regionale, in particolare per il genere femminile, che risulta avere un tasso di disoccupazione di circa 1,5 punti percentuali inferiore alla RER (4,03 vs 5,51) con un tasso di occupazione superiore di più di 4 punti percentuali (64,62 vs 61,51).

Quanto all'analisi per singole Province (Grafici 1.47), rispetto al tasso di disoccupazione - quota percentuale della Forza Lavoro ancora in cerca di occupazione - si segnala il dato importante di Piacenza, che presenta un tasso di disoccupazione di poco superiore al 2%, in aumento solo dello 0,21% sul precedente anno; mentre Ferrara, Ravenna e Rimini registrano, rispetto all'anno 2008, aumenti tra l'1,5 e i 2 punti percentuali, con tassi che vanno anche ben oltre la soglia del 7% (è il caso di Rimini).

Grafici 1.47 - Tasso di disoccupazione e di occupazione nelle Province RER. Periodo 2006-2009



Fonte: Elaborazioni RER su dati Istat

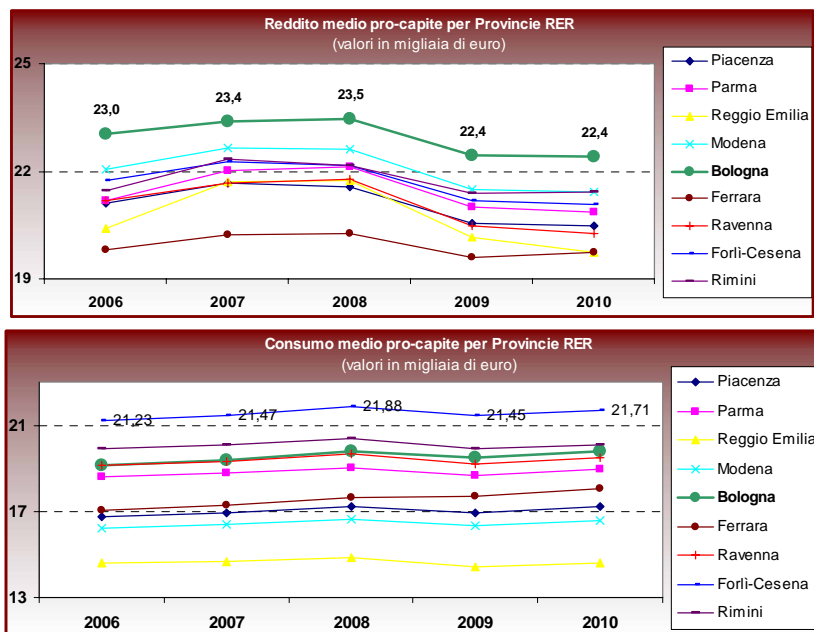
Rispetto al tasso di occupazione (Occupati/Popolazione) le Province più "virtuose" sono: Bologna (70,11), Reggio Emilia (69,84) e Parma (69,04); il valore più basso si registra nella provincia di Rimini (66,06) anche se la Romagna tiene maggiormente rispetto all'Emilia nel confronto 2009 - 2008. Infatti la *performance* peggiore di biennio viene registrata da Modena che all'interno di una media emiliana del -2%, sconta un calo del proprio tasso di occupazione vicino ai 3 punti percentuali.

1.4.2 Tenore di vita

In questo ambito, vengono presentati due indicatori per le Province dell'Emilia Romagna, tradizionalmente impiegati come *proxy* del benessere individuale e di qualità della vita: ovvero il "reddito pro-capite" ed il "consumo pro-capite".

In un contesto che vede l'Emilia Romagna tra le meglio posizionate per reddito pro-capite (terza regione italiana dopo Lombardia e Trentino-Alto Adige - Fonte Eurostat, anno 2009), la Provincia di Bologna registra anche nel 2010, il valore più elevato rispetto alle altre province, mostrando un trend, che comunque fotografa un calo dal 2009, di circa 1 punto percentuale; condizione più o meno speculare a tutte le altre Province, ad esclusione di Reggio Emilia ove "sale" a -2%.

Grafici 1.48 - Reddito e Consumo medio pro-capite per Province della RER. Periodo 2006-2010



Se si prende in considerazione il consumo pro-capite, la Provincia di Bologna risulta terza, dopo Forlì-Cesena e Rimini, mentre Reggio Emilia si conferma come nel 2009 - per l'indicatore legato al consumo - e dal 2010, per quello legato al reddito procapite, come la Provincia con il più basso tenore.

1.5 Osservazioni epidemiologiche

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

Le cause di morte presentate sono codificate secondo la nona revisione della classificazione internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases - ICD IX-X*).

I dati vengono mostrati sotto forma di "tassi standardizzati" così da permettere un confronto migliore con le altre AUSL e con la Regione Emilia Romagna, quantificando il fenomeno al netto dei fattori confondenti (età, sesso, ecc.).

Prima di addentrarci nell'analisi dei dati riportati nel presente capitolo, è opportuna una doverosa premessa, al fine anche di evitare inutili allarmismi in ordine a scostamenti annuali, che possono apparire indicatori di false situazioni di criticità. Spesso è nella serie storica di un fenomeno che si delineano situazioni peggiorative dello stato di salute. Una singola annualità, anche quando rappresenta un dato negativo, molto spesso è da prendere come evento isolato, conseguente a situazioni estemporanee di casualità, che in un periodo medio lungo trovano una loro logica di normalità.

A seguire, nel capitolo, vengono riportati i dati epidemiologici relativi a due malattie infettive (AIDS e Tuberculosis) scelte tra tutte le malattie per la potenziale gravità ed i risultati raggiunti dal Servizio Sanitario Regionale grazie a efficaci percorsi di diagnosi e cura.

1.5.1 Mortalità

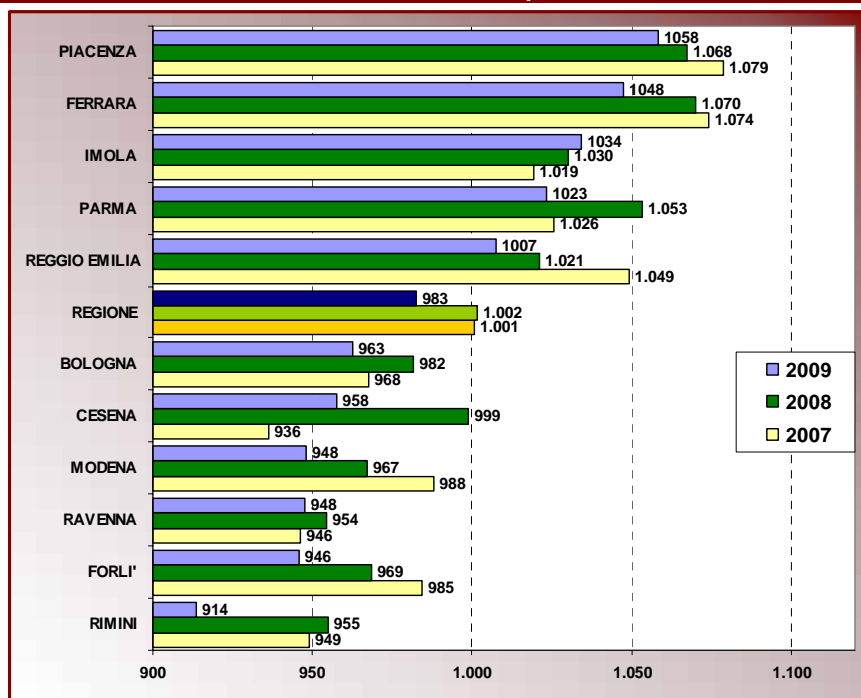
In riferimento a quanto premesso, dai dati di mortalità generale, emerge la casistica della mortalità femminile nel 2009 che vede il tasso per 100.000 abitanti di Imola schizzare al di sopra della media regionale (Grafico 1.50). Se si esamina però più attentamente il dato e lo si confronta con un periodo temporale più ampio, si può notare che la mortalità femminile di Imola nel 2009 è influenzata sicuramente dai dati degli anni precedenti, nei quali questo territorio presentava valori inferiori alla media regionale. Nel caso della mortalità femminile si registra infatti, per l'AUSL di Imola nel 2008 (anno dove Imola registra la seconda miglior performance regionale) un tasso di mortalità per 100.000 abitanti di 987 contro una media regionale di 1016, mentre nel 2009 il tasso per Imola è di 1089 contro una media regionale di 999. Per cui, pur prestando la massima attenzione ai dati epidemiologici, è nel consolidamento della serie storica che si può evidenziare una situazione di criticità, in quanto le differenze anche di poche unità da un anno all'altro, vuoi per la limitatezza dei dati unitari e anche per quanto riguarda Imola il piccolo bacino di popolazione, possono generare scostamenti percentuali anche considerevoli.

L'analisi dei dati relativi al periodo 2007-2009 evidenzia che negli anni 2007 e 2008 il tasso standardizzato di mortalità in Emilia Romagna è costante (1.001 e 1.002 rispettivamente), mentre diminuisce nel 2009, anno in cui è risultato pari a 983 con un numero di decessi nell'ultimo anno preso in esame pari a 47.456.

Nel Grafico 1.49 la mortalità dell'anno 2009 è scomposta per ambiti aziendali, in ordine decrescente:

- l'AUSL di Piacenza presenta il tasso standardizzato di mortalità più elevato (1.058);
- l'AUSL di Rimini presenta quello più basso (914);
- l'AUSL di Imola si colloca al di sopra del valore medio regionale (1.034 *vs* 983).

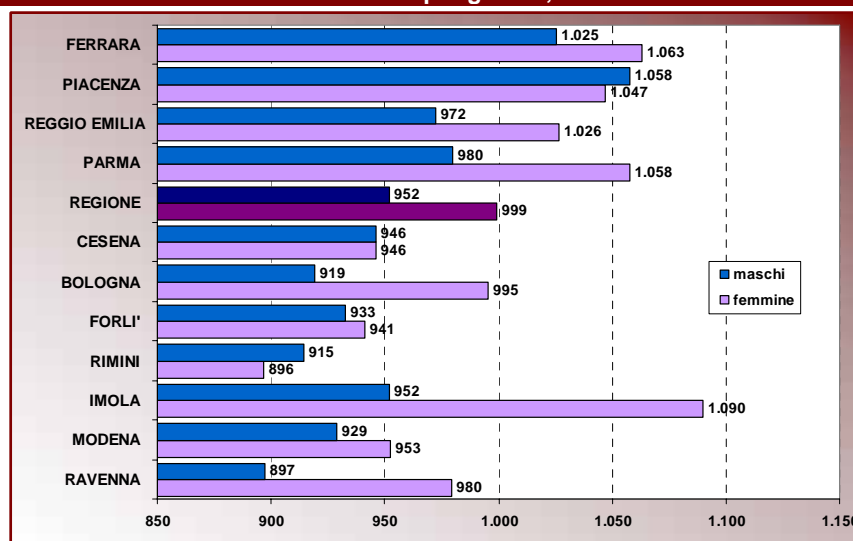
Grafico 1.49 - Tasso standardizzato di mortalità totale per AUSL della RER. Periodo 2007-2009



Nel Grafico 1.50 la mortalità registrata nel 2009 è scomposta per genere e per ambiti aziendali. Viene riportata anche la media regionale:

- Per quanto riguarda il sesso maschile, l'AUSL di Piacenza presenta il tasso di mortalità più elevato (1.058) e l'AUSL di Ravenna il più basso (897);
- Per quanto riguarda il sesso femminile l'AUSL di Imola presenta il tasso di mortalità più elevato (1.090) e l'AUSL di Forlì il più basso (941), per il quale si rimanda alle considerazioni in premessa.

Grafico 1.50 - Tasso standardizzato di mortalità per genere, confronto tra AUSL e RER. Anno 2009

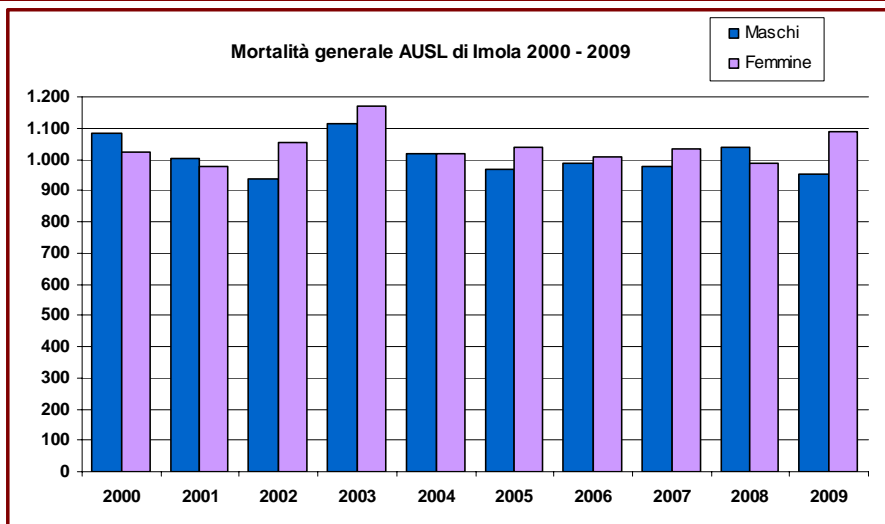


Se analizziamo la serie storica della mortalità generale in entrambi i sessi e nella popolazione totale (Grafico 1.51), espressa sempre come tasso standardizzato, nel periodo 2000-2009 nell'AUSL di Imola, si può evidenziare che:

- Nel 2009 si osserva una evidente diminuzione di mortalità nel sesso maschile rispetto al 2008 (952 vs 1.040) ed un notevole incremento nel sesso femminile (1.090 vs 988).
- Nel sesso maschile il valore più basso si osserva nel 2002 (tasso pari a 939) ed il più elevato nel 2003 (1.112).
- Nel sesso femminile il valore più basso si osserva nel 2001 (977) ed il più elevato nel 2003 (1.169).

Nella popolazione totale il valore più basso si osserva nel 2001 (1.002) ed il più elevato nel 2003 (1.154).

Grafico 1.51 - Tasso standardizzato di mortalità per genere, AUSL di Imola. Periodo 2000 - 2009



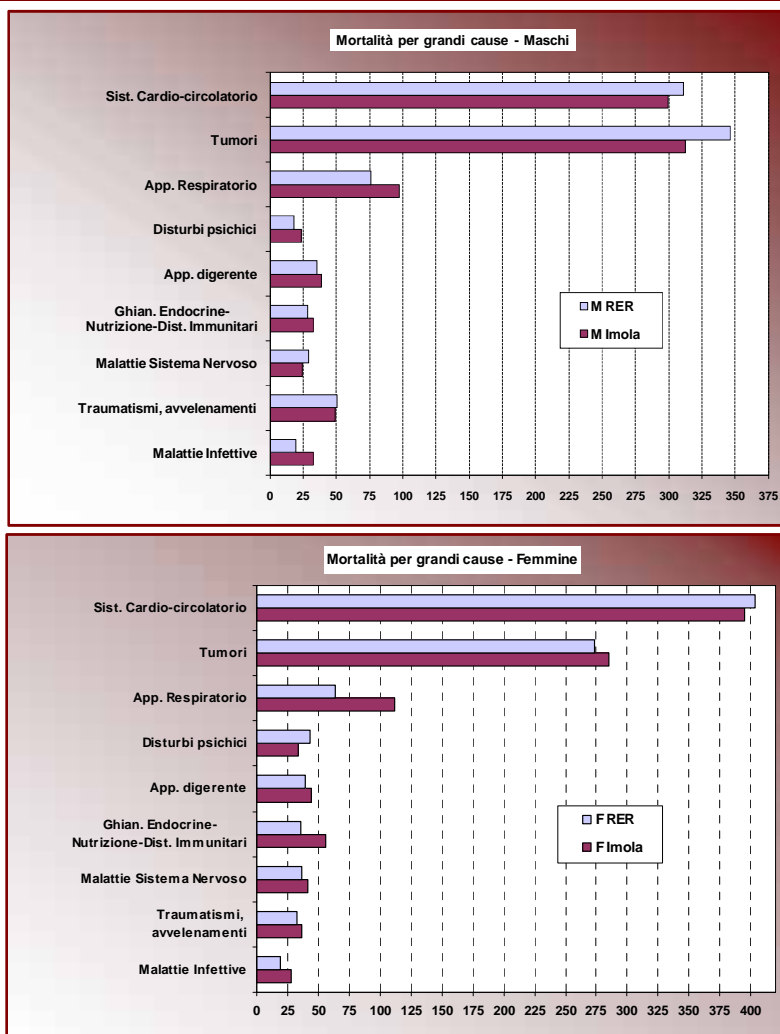
1.5.2 Mortalità per grandi cause

I grafici che seguono presentano i tassi standardizzati di mortalità nell'AUSL di Imola a confronto coi valori medi regionali, per le principali cause, relativi all'anno 2009, distintamente per genere. Esaminando le prime tre cause di morte si può osservare che al primo posto si posizionano i decessi per "Malattie del sistema circolatorio", al secondo i "Tumori" (per il sesso maschile questa è la prima causa di morte) ed al terzo le "Malattie dell'apparato respiratorio".

Il confronto con i tassi regionali permette di evidenziare che:

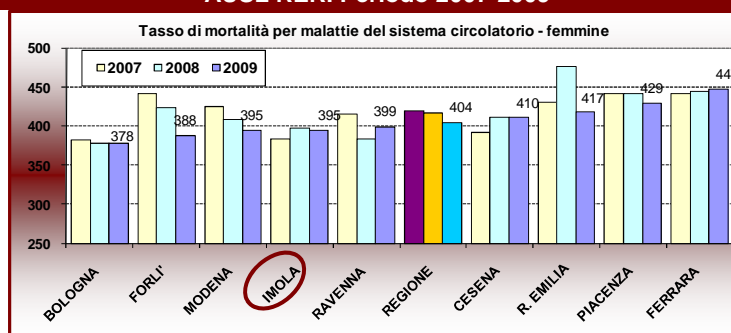
- Per le malattie del sistema circolatorio i tassi sono inferiori alla media regionale sia nel sesso maschile che nel sesso femminile.
- Per i tumori i tassi sono inferiori alla media regionale per il sesso maschile, ma superiori per il sesso femminile.
- Per la malattie respiratorie i tassi sono superiori alla media regionale nei due sessi.

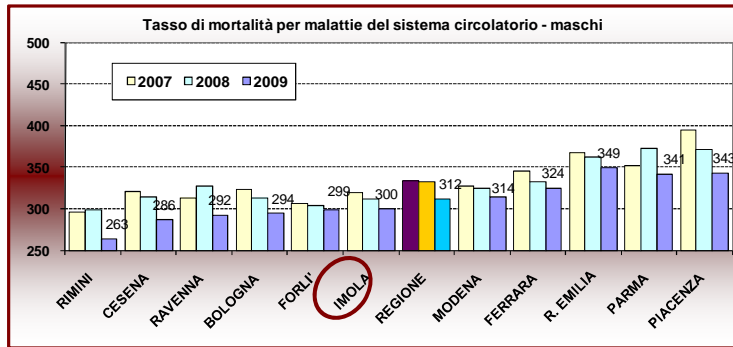
Grafico 1.52 - Mortalità per grandi cause e per genere, nell'ASL di Imola e confronto RER. Anno 2009



Riguardo alle "Malattie del sistema circolatorio" (Grafici 1.53), che rappresentano complessivamente la prima causa di morte, si osserva che l'AUSL di Imola nel 2009 ha nella popolazione femminile una mortalità inferiore a quella media regionale (395 vs 404). Anche nella popolazione maschile il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola del 2009 è inferiore al tasso regionale (300 vs 312), e l'andamento risulta costantemente in riduzione negli ultimi anni.

Grafici 1.53 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio, confronto tra AUSL RER. Periodo 2007-2009

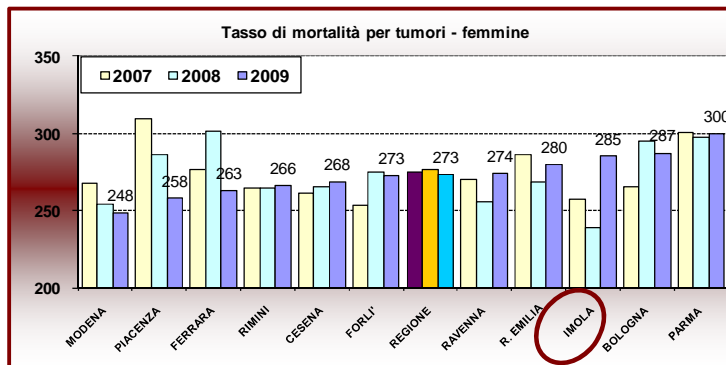


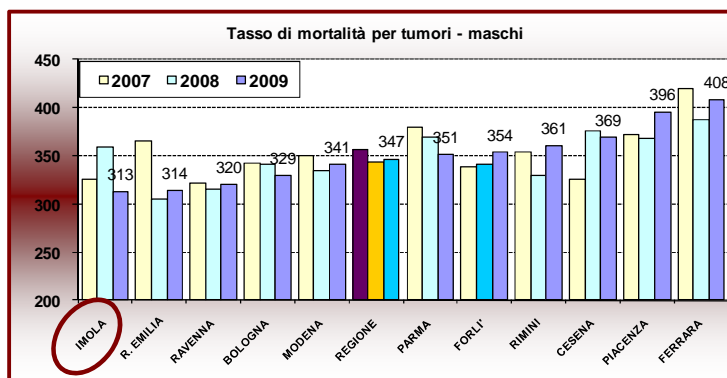


Rispetto al grande aggregato "Tumori" (Grafici 1.54), che rappresentano la seconda più importante causa di morte, per l'anno 2009 il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola è per le femmine superiore alla media regionale (285 vs 273 media regionale), in controtendenza rispetto all'anno precedente. A commento del successivo Grafico 1.55 si deve richiamare la premessa iniziale. Infatti per quanto riguarda il tumore dell'utero - se il dato del 2009 (12 casi per un tasso del 17,19 vs un tasso RER del 9,04), si legge associato ai dati del 2008 e 2007 (annualità che vedono l'AUSL di Imola inserita tra le miglior performance a livello regionale) – il dato riferito all'ultimo anno sembra più il frutto di una casualità di periodo che di un reale peggioramento della situazione epidemiologica. Questo è valido anche per il tumore al pancreas.

Per i maschi l'AUSL di Imola è posizionata nel 2009 al di sotto della media regionale (313 vs 347), valore che rappresenta il più basso di tutte le Aziende USL della Regione, notevolmente inferiore a quello registrato nel 2008.

Grafici 1.54 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore, confronto tra AUSL. Periodo 2007-2009

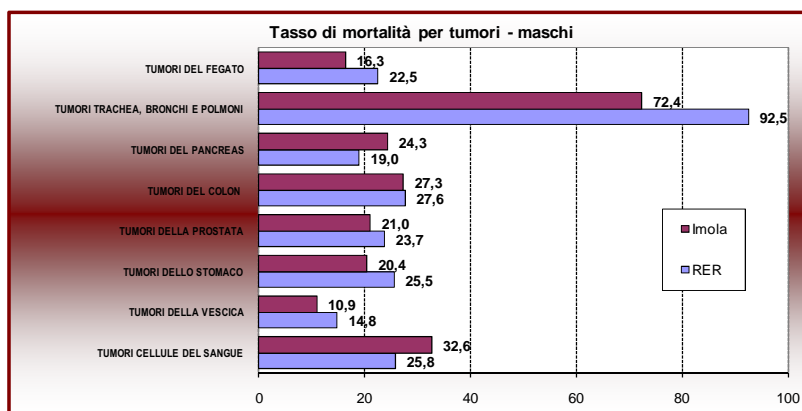
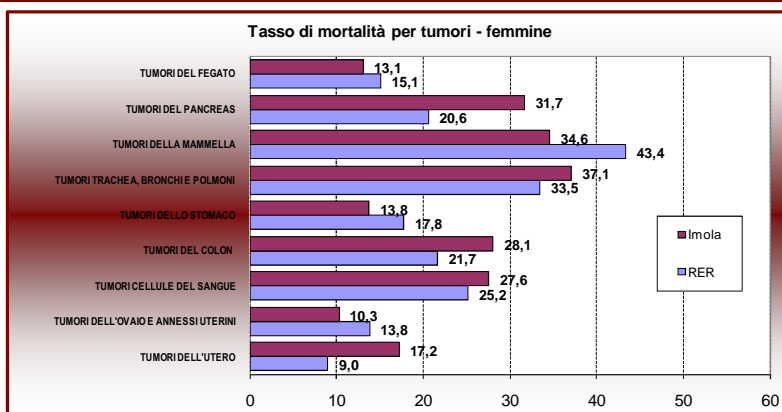




Se si analizza la mortalità per tumore nel 2009, scomposta per le principali neoplasie (Grafici 1.55) si evidenzia:

- riguardo al genere femminile, i tassi di mortalità più elevati, in ordine decrescente, si osservano per i tumori dei polmoni, della mammella e del pancreas;
- riguardo al genere maschile, i tassi di mortalità più elevati, in ordine decrescente, si osservano per i tumori dei polmoni, delle cellule del sangue (leucemie – linfomi) e del colon.

Grafici 1.55 - Tasso di mortalità per i principali tumori nell'AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2009



1.5.3 Malattie Infettive

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

- AIDS

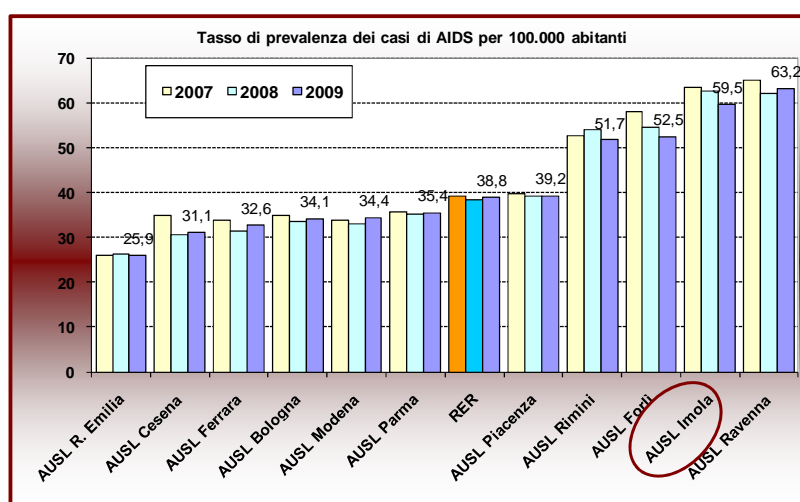
Nel 2009, il tasso di prevalenza dei casi di AIDS per l'AUSL di Imola è il secondo più alto di tutta la Regione (solo l'AUSL di Ravenna evidenzia un tasso più alto), ben superiore alla media regionale (59,5 vs 38,8 per 100.000 abitanti), come evidenziato in Figura 1.56. Il tasso di prevalenza esprime il numero dei malati di AIDS ancora in vita e dunque risente, da un lato del successo delle terapie antiretrovirali nel garantire una più lunga sopravvivenza dei malati e, dall'altro, in maniera sensibile dello scarso numero di abitanti proprio dell'AUSL di Imola in rapporto alle altre realtà regionali.

Figura 1.56 - Tasso di prevalenza casi di AIDS, confronto tra AUSL e RER. Periodo 31/12/2007-2009

LIVELLO TERRITORIALE	31/12/2007		31/12/2008		31/12/2009	
	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)
AUSL R. Emilia	133	26,1	136	26,2	136	25,9
AUSL Cesena	61	34,9	62	30,5	64	31,1
AUSL Ferrara	106	33,8	112	31,3	117	32,6
AUSL Bologna	292	34,9	283	33,4	291	34,1
AUSL Modena	229	33,8	227	33,0	239	34,4
AUSL Parma	152	35,7	152	35,1	155	35,4
RER	1676	39,2	1669	38,5	1705	38,8
AUSL Piacenza	112	39,8	112	39,2	113	39,2
AUSL Rimini	157	52,6	164	54,1	168	51,7
AUSL Forlì	106	58,0	101	54,6	98	52,5
AUSL Imola	81	63,5	81	62,5	78	59,5
AUSL Ravenna	247	65,1	239	62,0	246	63,2

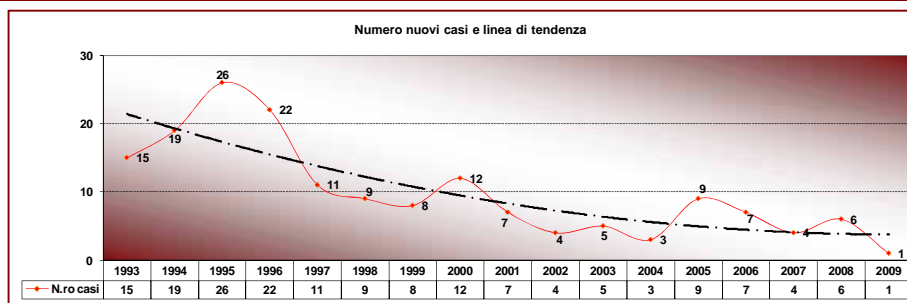
* I casi prevalenti alla fine di un determinato anno sono tutti i casi, diagnosticati negli anni precedenti o nello stesso anno, che risultano in vita alla fine dell'anno considerato. Sono stati considerati solo i casi residenti in Emilia Romagna al momento della

** Il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente al 31/12 dell'anno in esame



L'incidenza - ossia i nuovi casi che vengono diagnosticati ogni anno in rapporto alla popolazione – nel periodo 1993 – 2009 risulta in calo tendenziale e progressivo con una stabilizzazione negli ultimi anni. Nel Grafico 1.57, sono rappresentati i valori assoluti per il periodo 1993-2009.

Grafico 1.57 - Nuovi casi di AIDS registrati nell'Azienda USL di Imola. Periodo 1993-2009



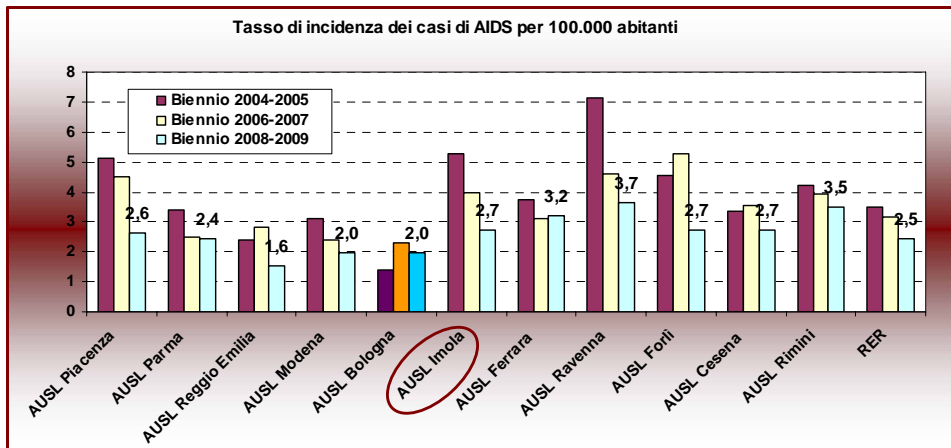
Per quanto riguarda l'AUSL di Imola, in Figura 1.58 si osserva che l'incidenza media registrata nel biennio 2008-2009, in cui sono stati diagnosticati 7 nuovi casi, risulta essere di poco superiore alla media regionale (2,7 per 100.000 abitanti vs 2,5) ed è in netta diminuzione rispetto al biennio 2006-2007 (2,7 per 100.000 abitanti vs 4). Si sottolinea peraltro che, in una malattia a bassa incidenza come l'AIDS, piccole variazioni nel numero annuale di casi causano significative modificazioni dell'incidenza stessa.

Figura 1.58 - Tasso di incidenza casi di AIDS, confronto tra AUSL e RER. Periodo 2004-2009

LIVELLO TERRITORIALE	Biennio 2004-2005		Biennio 2006-2007		Biennio 2008-2009	
	n. casi (*)	Tasso medio annuale x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso medio annuale x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso medio annuale x 100.000 abitanti (**)
AUSL Piacenza	28	5,1	25	4,5	15	2,6
AUSL Parma	28	3,4	21	2,5	21	2,4
AUSL Reggio Emilia	23	2,4	28	2,8	16	1,6
AUSL Modena	41	3,1	32	2,4	27	2,0
AUSL Bologna	23	1,4	38	2,3	33	2,0
AUSL Imola	13	5,3	10	4,0	7	2,7
AUSL Ferrara	26	3,7	22	3,1	23	3,2
AUSL Ravenna	52	7,2	34	4,6	28	3,7
AUSL Forlì	16	4,5	19	5,3	10	2,7
AUSL Cesena	13	3,4	14	3,6	11	2,7
AUSL Rimini	24	4,2	23	3,9	21	3,5
RER	287	3,5	266	3,2	212	2,5

* Per ciascun periodo considerato il numero di casi incidenti include i ritardi di notifica. Sono stati considerati solamente i casi residenti in Emilia-Romagna al momento della diagnosi

** Popolazione di riferimento: media delle popolazioni residenti al 01/01 negli anni considerati

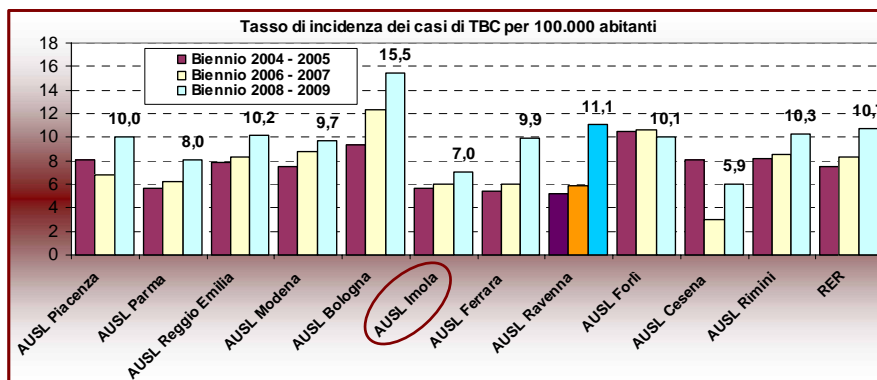


- TUBERCOLOSI

In Figura 1.59 si rappresenta il tasso di incidenza dei casi di TBC per 100.000 abitanti. Nel biennio 2008-2009 la AUSL di Imola presenta un tasso nettamente più basso della media regionale (7 per 100.000 abitanti vs 10,7), tale evidenza è presente sin dal 2004, anche se va sottolineato che l'incidenza si incrementa dal 2004 al 2009. Tale dato è da correlarsi verosimilmente con la proporzione di popolazione straniera residente sul territorio, poichè in tale sottogruppo l'incidenza della patologia è maggiore. Nel biennio 2008-2009 la AUSL con minore incidenza risulta essere Cesena; l'AUSL di Bologna registra l'incidenza più elevata con 15,5 casi su 100.000 abitanti.

Figura 1.59 - Tasso di incidenza casi di TBC, confronto tra AUSL e media RER. Periodo 2004-2009

LIVELLO TERRITORIALE	Biennio 2004 - 2005		Biennio 2006 - 2007		Biennio 2008 - 2009	
	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)
AUSL Piacenza	44	8,1	38	6,9	57	10,0
AUSL Parma	46	5,6	52	6,2	69	8,0
AUSL Reggio Emilia	76	7,9	83	8,3	105	10,2
AUSL Modena	99	7,5	117	8,8	132	9,7
AUSL Bologna	153	9,4	204	12,3	261	15,5
AUSL Imola	14	5,7	15	6,0	18	7,0
AUSL Ferrara	38	5,4	42	6,0	71	9,9
AUSL Ravenna	38	5,2	44	5,9	85	11,1
AUSL Forlì	37	10,5	38	10,6	37	10,1
AUSL Cesena	31	8,0	12	3,1	24	5,9
AUSL Rimini	47	8,2	50	8,6	62	10,3
RER	623	7,5	695	8,3	921	10,7



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

1.6 Stili di vita

Lo studio PASSI è un sistema nazionale di sorveglianza sulla Salute dei cittadini, che focalizza l'attenzione in materia di "comportamenti a rischio". L'indagine è entrata a regime nel 2007 ed è condotta tramite interviste telefoniche rivolte a un campione casuale di residenti, di età compresa tra i 18 e 69 anni e dove i due generi sono equamente rappresentati. Proprio per consentire un confronto tra ambiti territoriali, all'interno della stessa Provincia, dal 2008 è stato sensibilmente aumentato il numero delle persone coinvolte ed in ognuno degli anni considerati l'AUSL di Imola ha eseguito circa 150 interviste telefoniche all'anno.

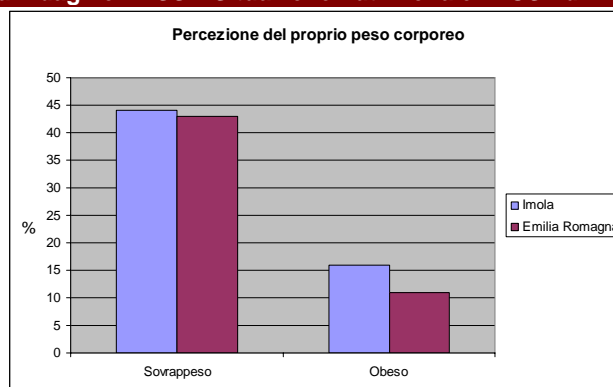
Quanto riportato nei sottoparagrafi seguenti è tratto dall'elaborazione dei dati relativi al triennio 2008-2010 nell'AUSL di Imola, raccolti con 452 interviste a 217 uomini e 235 donne.

A queste informazioni si aggiungono quelle desunte da PASSI d'Argento – indagine 2009 Regione Emilia-Romagna - che si basa su interviste svolte in persone residenti con età superiore a 65 anni.

1.6.1 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

L'eccesso ponderale è molto diffuso nella popolazione: circa il 44%, di cui il 16% obeso, mentre il 4% è sottopeso. Nel corso delle interviste spesso emerge che le persone in sovrappeso non percepiscono tale evidenza e riferiscono di non avere problemi sanitari collegati alla alimentazione. Se confrontiamo tali percentuali con la media regionale si può evidenziare che la percentuale dei soggetto sovrappeso è molto simile (44% nell'AUSL di Imola vs 43%), mentre la percentuale degli obesi nell'AUSL di Imola è superiore (16% vs 11%).

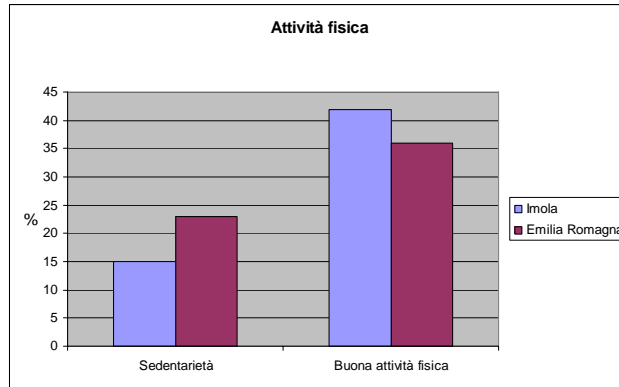
Grafico 1.60 - Stima indagine PASSI "Situazione nutrizionale" AUSL di Imola - Anni 2008-2010



1.6.2 Attività fisica

Il 42% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica (contro il 36% della media regionale), il 43% svolge una moderata attività ed il restante 15% non svolge, o quasi, attività fisica. La percentuale di sedentari è inferiore alla media regionale, che risulta pari a 23%. La sedentarietà aumenta con l'età ed è più diffusa tra gli uomini.

Grafico 1.61 - Stima indagine PASSI "Attività fisica" AUSL di Imola - Anni 2008-2010

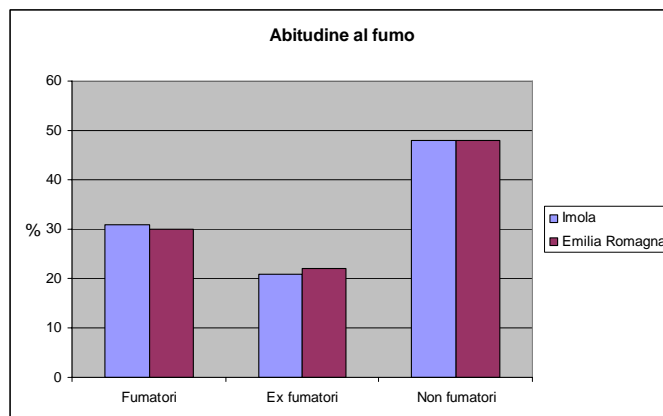


1.6.3 Abitudine al fumo

I fumatori abituali rappresentano il 31% degli intervistati, gli *ex* fumatori il 21% e i non fumatori il 48% (le percentuali non differiscono dalle medie regionali che sono rispettivamente 30%, 22% e 48%). Complessivamente in media vengono fumate circa 14 sigarette al giorno. Rispetto al passato la percentuale di fumatori si è ridotta, ma rimane costante negli ultimi anni: fuma quasi un cittadino ogni 3 residenti con età compresa tra i 18 e i 69 anni. Circa la metà dei fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno.

L'abitudine al fumo è ora più diffusa tra le femmine (56% *vs* 44%): si evidenzia per la prima volta un'inversione di tendenza, visto che tradizionalmente l'abitudine al fumo è sempre stata più diffusa nel sesso maschile.

Grafico 1.62 - Stima indagine PASSI "Abitudine al fumo" AUSL di Imola - Anni 2008-2010



1.6.4 Consumo di alcol

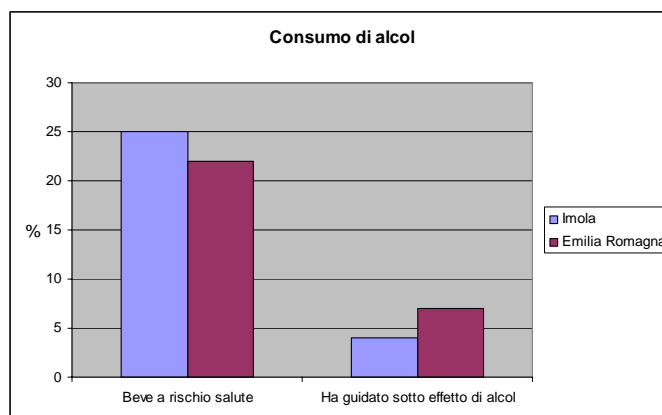
Nella popolazione intervistata (452 soggetti) i bevitori ritenuti a rischio corrispondono al 25% (la media regionale è 22%): sono soprattutto maschi e giovani: il 43% dei bevitori a rischio ha una età compresa tra i 18 e i 34 anni. Tra i bevitori a rischio sono compresi i forti consumatori di alcol (15%) e coloro che bevono soprattutto fuori pasto (10%).

I bevitori "binge" - che consumano cioè più di 5 unità di bevande alcoliche in un'unica occasione per i maschi e 4 per le femmine – sono risultati il 9%, percentuale in aumento rispetto agli anni precedenti, con una proporzione di maschi pari al 58%.

Il 4% degli intervistati ha riferito di avere guidato dopo avere consumato alcolici (inferiore alla media regionale che è pari al 7%).

Nel 2009 risultavano 453 alcolisti in carico al Ser.T dell'AUSL di Imola, con un ulteriore incremento rispetto agli anni precedenti.

Grafico 1.63 - Stima indagine PASSI "Consumo di alcol" AUSL di Imola - Anni 2008-2010



1.6.5 Tossicodipendenze

I dati disponibili per la provincia di Bologna evidenziano i seguenti fenomeni: età media 35 anni; 17% femmine; 16% stranieri; uno su cinque è stato in carcere.

Sulla popolazione *target* di 15-45 anni, la prevalenza è di 9,2 x 1.000 residenti tra i maschi e 2,5 tra le femmine; si stima un "numero oscuro" di consumatori di sostanze "pesanti" pari a 5.819 soggetti (dato in aumento). Nel 2007, il quadro sanitario provinciale ha evidenziato:

- l'aumento del numero dei positivi all'epatite C, rispetto al 2005;
- la tendenziale diminuzione della mortalità per gli eroinomani;
- il calo della mortalità per AIDS.

L'overdose colpisce soprattutto: i consumatori occasionali e alle prime esperienze (dosaggio sbagliato, scarsa conoscenza della composizione delle sostanze, circostanze particolari); i tossicodipendenti dopo un periodo di astinenza (uscita dal carcere, dalla comunità, etc.).

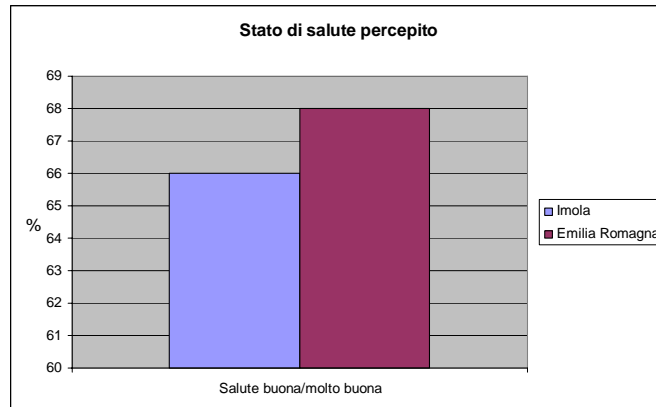
Tra gli effetti "protettivi" vanno segnalati: l'aumento della quota di soggetti che possono contattare i servizi, in seguito all'abbassamento della soglia di accesso; la messa a regime delle politiche di riduzione del danno nel territorio; una maggior consapevolezza del rischio da parte dei tossicodipendenti.

Nel 2009 risultavano 555 soggetti con tossicodipendenza in carico al Ser.T dell'AUSL di Imola, con un incremento pari a +22% rispetto al 2008 (fonte "Profilo di Comunità" – Provincia di Bologna 2010).

1.6.6 Stato di salute percepito

Complessivamente la maggioranza dei cittadini percepisce come buono o molto buono il proprio stato di salute. Tale condizione risulta nel tempo relativamente stabile, come dimostra l'indagine PASSI per l'AUSL di Imola, che indica nel periodo 2008-2010 in circa il 66% la quota di residenti che dichiara di sentirsi bene (la media regionale è pari a 68%).

Grafico 1.64 - Indagine PASSI "Stato di salute percepito" nella Provincia di Bologna. Periodo 2008-2010



A riferire buone condizioni di salute sono in particolare i giovani, gli uomini e le persone con alto livello di istruzione. Le donne hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute. Tale percentuale diminuisce significativamente nella popolazione anziana: quasi la metà degli intervistati di età più avanzata ha riferito di stare peggio dell'anno prima. Inoltre l'11% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione.

1.7 Sicurezza

Nel presente paragrafo si continua l'aggiornamento degli indicatori che riguardano l'universo della incidentalità - in strada, sul lavoro, in casa - ovvero su ambiti in cui le Aziende Sanitarie sono attive, in termini sia di prevenzione (eventi evitabili) sia di cura.

1.7.1 Incidenti stradali

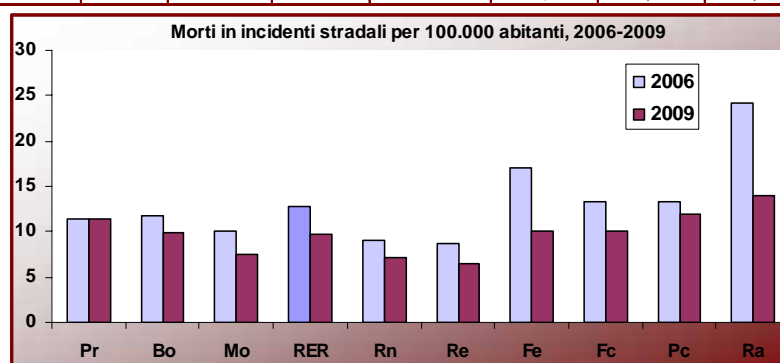
Gli incidenti stradali risultano essere la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni e pertanto, rappresentano un serio problema di Sanità pubblica:

- oltre il 50% delle cause di morte rilevate nei giovani tra i 15 e i 24 anni;
- oltre il 15% per la classe di età tra i 25 e i 44 anni.

In Figura 1.65 si evidenzia per ambiti provinciali e per ambito regionale il numero dei morti per incidente stradale in riferimento agli anni dal 2006 al 2009, nonché la variazione percentuale tra l'anno 2006 e l'anno 2009 e i morti su 100.000 abitanti negli stessi due anni messi a confronto.

Figura 1.65 - Morti per incidente stradale nelle Province della RER. Periodo 2006-2009

	Numero morti in incidenti stradali				Var. % n. morti 2009-2006	Morti per 100.000 abitanti 2006	Morti per 100.000 abitanti 2009
	2006	2007	2008	2009			
Bo	112	103	99	97	-13,4%	11,76	9,90
Re	43	66	60	34	-20,9%	8,64	6,51
Pc	37	42	47	34	-8,1%	13,35	11,85
RER	539	531	529	422	-21,7%	12,76	9,64
Mo	67	73	50	52	-22,4%	10,03	7,52
Fe	64	49	61	39	-39,1%	17,01	10,00
Pr	48	44	57	50	4,2%	11,47	11,49
Fc	50	57	54	39	-22,0%	13,29	10,00
Ra	90	59	67	54	-40,0%	24,23	13,93
Rn	28	38	34	23	-17,9%	9,03	7,11

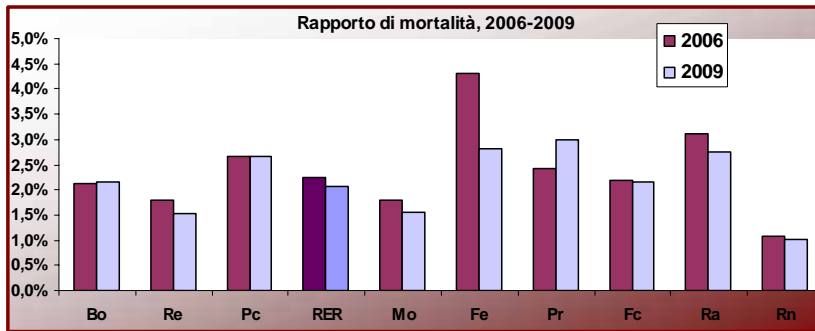


Il numero assoluto di morti in incidenti stradali fa registrare in Emilia Romagna, nel periodo 2006-2009, una consistente riduzione (-21,7%), effetto combinato sia della contrazione del numero di incidenti (-14,7%) e del tasso di mortalità collegato agli stessi (-8%), come evidenzia la Figura 1.66, che riporta il tasso calcolato sul numero di incidenti stradali nel periodo 2006 – 2009 e la variazione percentuale degli stessi tra l'anno 2006 e l'anno 2009.

Figura 1.66 - Incidenti stradali e tasso di mortalità nelle Province della RER. Periodo 2006-2009

	Numero incidenti stradali				Var. % n. incidenti 2009-2006	Var. % tasso mortalità 2009-2006
	2006	2007	2008	2009		
Bo	5.270	5.198	4.884	4.472	-15,1%	1,9%
Re	2.375	2.502	2.380	2.242	-5,6%	-16,0%
Pc	1.396	1.445	1.351	1.277	-8,5%	0,4%
RER	23.950	23.074	21.744	20.411	-14,8%	-8,0%
Mo	3.708	3.618	3.376	3.341	-9,9%	-13,8%
Fe	1.490	1.541	1.481	1.383	-7,2%	-34,4%
Pr	1.969	1.909	1.723	1.671	-15,1%	22,5%
Fc	2.271	2.152	2.038	1.799	-20,8%	-1,4%
Ra	2.887	2.220	2.047	1.960	-32,1%	-11,5%
Rn	2.584	2.489	2.464	2.266	-12,3%	-5,6%

Sezione 1. Contesto di riferimento

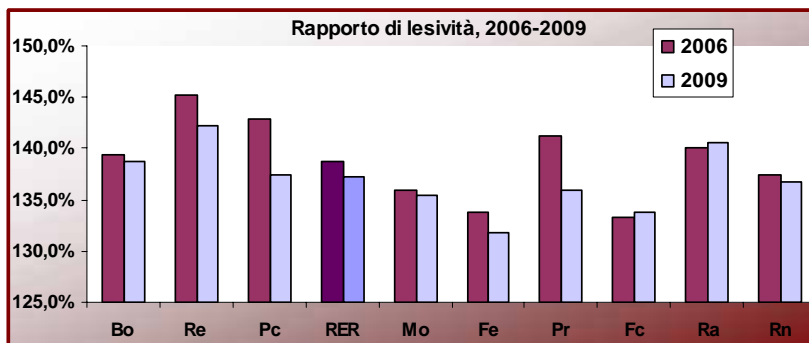


Nella Provincia di Bologna si conferma il calo del numero di incidenti (-15,1%), e dei morti tra il 2006 e il 2009 (-13,3%).

In Figura 1.67 si riporta il numero dei feriti in incidenti stradali, la variazione percentuale tra 2006 e 2009 e il rapporto di lesività, dato dal rapporto percentuale fra il numero dei feriti e quello degli incidenti.

Figura 1.67 - Feriti in incidenti stradali e tasso di lesività nelle Province della RER. Periodo 2006-2009

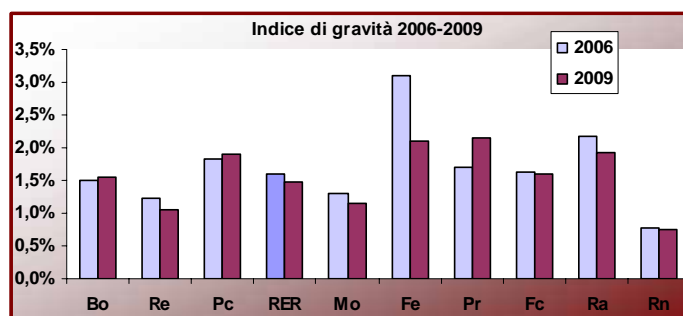
	Numero di feriti				Var. % n. incidenti 2009-2006	Rapporto di lesività	
	2006	2007	2008	2009		2006	2009
Bo	7.350	7.287	6.624	6.203	-15,6%	139,4%	138,7%
Re	3.450	3.519	3.381	3.190	-7,5%	145,2%	142,2%
Pc	1.994	2.092	1.938	1.756	-11,9%	142,8%	137,5%
RER	33.235	31.815	29.746	28.035	-15,6%	138,7%	137,3%
Mo	5.043	4.864	4.566	4.527	-10,2%	136,0%	135,5%
Fe	1.994	2.061	1.991	1.824	-8,5%	133,8%	131,8%
Pr	2.781	2.598	2.299	2.271	-18,3%	141,2%	135,9%
Fc	3.028	2.869	2.700	2.407	-20,5%	133,3%	133,8%
Ra	4.044	3.145	2.879	2.756	-31,8%	140,0%	140,6%
Rn	3.551	3.380	3.368	3.101	-12,7%	137,4%	136,8%



A completamento dell'analisi si riporta, in Figura 1.68, l'indice di gravità, o rapporto di pericolosità, rappresentato dalla percentuale di morti sul totale dei "coinvolti non illesi negli incidenti". Tale indice viene dunque calcolato mediante il rapporto percentuale fra il numero dei morti e la somma dei morti e feriti negli incidenti.

Figura 1.68 - Morti + feriti in incidenti stradali e rapporto di pericolosità nelle Province della RER. Periodo 2006-2009

	Numero morti + feriti				Var. %n. incidenti 2009-2006	Indice di gravità	
	2006	2007	2008	2009		2006	2009
Bo	7.462	7.390	6.723	6.300	-15,6%	1,5%	1,5%
Re	3.493	3.585	3.441	3.224	-7,7%	1,2%	1,1%
Pc	2.031	2.134	1.985	1.790	-11,9%	1,8%	1,9%
RER	33.774	32.346	30.275	28.457	-15,7%	1,6%	1,5%
Mo	5.110	4.937	4.616	4.579	-10,4%	1,3%	1,1%
Fe	2.058	2.110	2.052	1.863	-9,5%	3,1%	2,1%
Pr	2.829	2.642	2.356	2.321	-18,0%	1,7%	2,2%
Fc	3.078	2.926	2.754	2.446	-20,5%	1,6%	1,6%
Ra	4.134	3.204	2.946	2.810	-32,0%	2,2%	1,9%
Rn	3.579	3.418	3.402	3.124	-12,7%	0,8%	0,7%



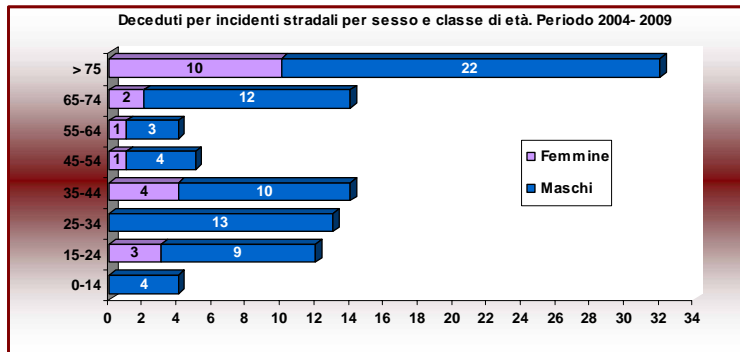
Per quanto riguarda il numero di soggetti residenti nell'AUSL di Imola deceduti per incidenti stradali nel periodo 2004-2009, si conferma la consistente riduzione, che risulta pari a -50% (9 deceduti vs 18). E' doveroso aggiungere che il piccolo numero di casi comporta grandi variazioni percentuali anche in caso di differenze non sensibili nel numero di morti.

Si sottolinea che il numero di maschi deceduto è sempre superiore alle femmine decedute.

Un numero più che rilevante di decessi si verifica nelle persone più anziane, con età superiore a 75 anni: nel 2009 4 persone di questa fascia d'età sono decedute per incidenti stradali.

Figura 1.69 - Morti per incidenti stradali residenti nel circondario di Imola. Periodo 2004-2009

Classi età	2004		2005		2006		2007		2008		2009		Totale 2004-2009	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
0-14	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4
15-24	1	2	0	2	0	1	0	1	2	2	0	1	3	9
25-34	0	3	0	0	0	3	0	6	0	1	0	0	0	13
35-44	1	0	0	1	0	2	1	1	1	4	1	2	4	10
45-54	0	0	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	1	4
55-64	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	3
65-74	0	2	2	2	0	3	0	3	0	1	0	1	2	12
> 75	0	8	3	3	2	3	1	3	2	3	2	2	10	22
Tot F / M	2	16	5	9	3	15	2	16	6	14	3	6	21	76
Totale	18		14		18		18		20		9		97	

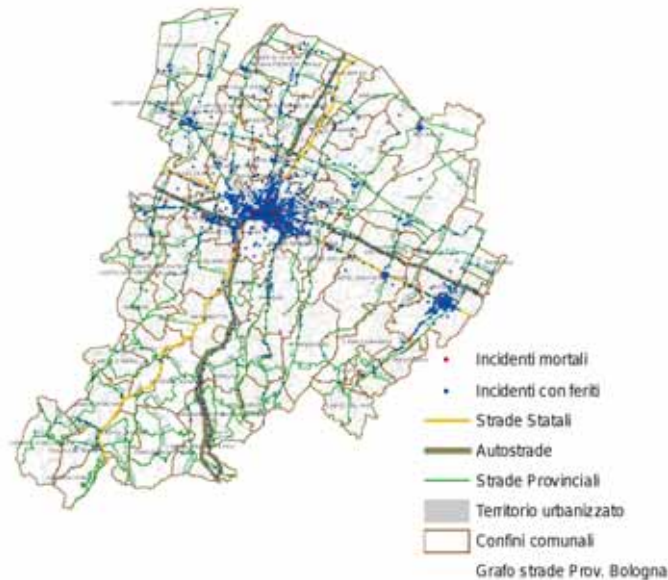


Così come riferito nel documento di analisi del PSC dello scorso anno, gli incidenti stradali localizzati sul sistema autostradale e stradale compreso entro i confini del Nuovo Circondario Imolese, nel periodo 2005-2008, hanno determinato mediamente ogni anno:

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

Imola è il Comune che conta il maggior numero di incidenti, seguito dai Comuni di Castel San Pietro Terme e Medicina; il Comune con un numero di incidenti prossimo allo 0 è Castel del Rio.

Figura 1.70 – Incidenti stradali georeferenziati rete stradale della Provincia di Bologna nel 2009



Fonte: Provincia di Bologna "statistica georeferenziale incidenti".

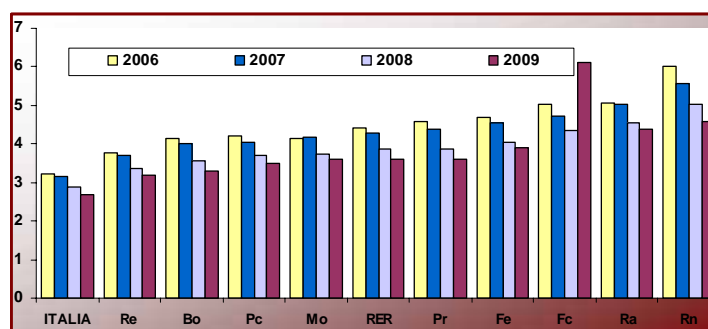
1.7.2 Infortuni sul lavoro

Il tema degli infortuni sul lavoro è di forte impatto sociale e sanitario. L'Emilia Romagna ha un tasso superiore alla media nazionale (3,6 infortuni ogni 100 occupati vs 2,7).

Dal confronto tra i tassi standardizzati di infortuni sul lavoro (numero infortuni/popolazione occupata x 100) presentato nella Figura 1.71, si evidenzia come la provincia di Bologna mantenga, nel periodo in esame (2006-2009), un tasso di infortuni tra i più bassi (solo la provincia di Reggio Emilia evidenzia un tasso inferiore).

Figura 1.71 - Tasso standardizzato di infortuni indennizzati nelle Province della Emilia Romagna e confronto con i tassi regionale e nazionale. Periodo 2006-2009

	2006	2007	2008	2009	Var. % 2009 su 2006
ITALIA	3,2	3,2	2,9	2,7	-16,7%
Re	3,8	3,7	3,4	3,2	-14,9%
Bo	4,1	4,0	3,6	3,3	-20,1%
Pc	4,2	4,0	3,7	3,5	-17,1%
Mo	4,2	4,2	3,7	3,6	-13,5%
RER	4,4	4,3	3,9	3,6	-18,6%
Pr	4,6	4,4	3,9	3,6	-21,6%
Fe	4,7	4,6	4,0	3,9	-17,0%
Fc	5,0	4,7	4,4	6,1	21,0%
Ra	5,1	5,0	4,5	4,4	-12,9%
Rn	6,0	5,6	5,0	4,6	-23,5%

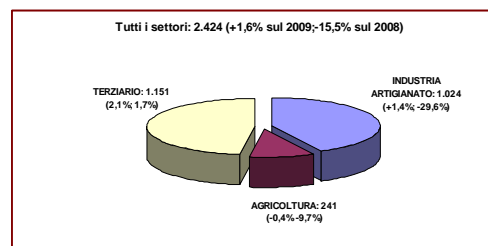
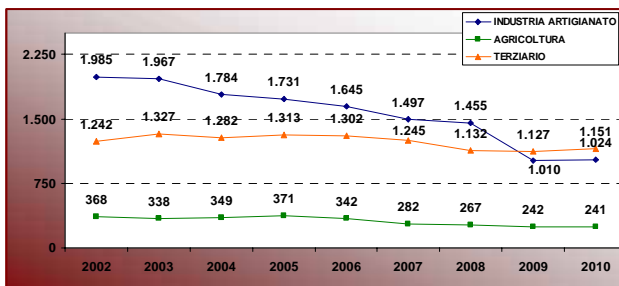


Per l'ambito della AUSL di Imola si forniscono indicatori tratti dalle fonti interne. Analizzando il numero totale di infortuni, si evidenzia un leggero aumento nel 2010 rispetto al 2009 (+1,6%). Analizzando gli infortuni per settori si può notare un leggero incremento nel settore "industria-artigianato" (+1,4%) e nel settore "terziario" (+2,1%), mentre è sostanzialmente stabile l'andamento nel settore "agricoltura". Nell'ultimo triennio si conferma comunque un *trend* positivo di riduzione degli infortuni, a livello complessivo (-15,5%, rispetto al 2008); solamente nel settore "terziario" si osserva un aumento nel 2010 vs 2008 (+1,7%); proprio in tale settore si concentra negli ultimi due anni il numero maggiore di infortuni.

Sezione 1. Contesto di riferimento

Figura 1.72 - Andamento infortunistico nell'ambito dell'AUSL di Imola. Distribuzione per settori e comparti. Periodo 2002-2010

ANNO	INDUSTRIA ARTIGIANATO	AGRICOLTURA	TERZIARIO	NON IDENTIFICATI	TOTALE	di cui fuori AUSL
2002	1.985	368	1.242	19	3.614	1.206
	55%	10%	34%	1%		
2003	1.967	338	1.327	34	3.666	1.207
	54%	9%	36%	1%		
2004	1.784	349	1.282	7	3.422	1.110
	52%	10%	38%	0%		
2005	1.731	371	1.313	12	3.427	1.009
	51%	11%	38%	0%		
2006	1.645	342	1.302	18	3.307	979
	50%	10%	39%	1%		
2007	1.497	282	1.245	20	3.044	948
	49%	9%	41%	1%		
2008	1.455	267	1.132	14	2.868	929
	51%	9%	39%	0%		
2009	1.010	242	1.127	8	2.387	733
	35%	8%	39%	0%		
2010	1.024	241	1.151	8	2.424	717
	42%	10%	47%	0%		



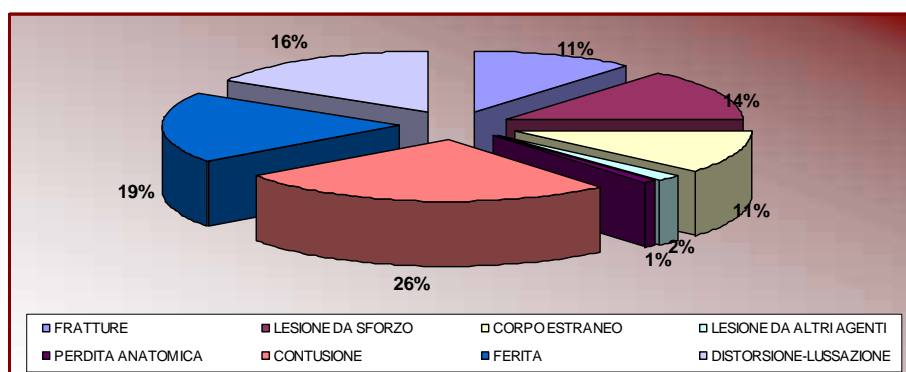
Nel 2010 è stato registrato un solo infortunio sul lavoro con esito mortale occorso nel settore "industria-artigianato".

Tabella 1.73 - Infortuni sul lavoro mortali nell'ambito dell'AUSL di Imola. Periodo 2004-2010

ANNI	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTALE
INDUSTRIA ARTIGIANATO	0	1	0	0	0	1	1	3
EDILIZIA	1	2	0	0	1	0	0	4
AGRICOLTURA	2	2	0	0	0	2	0	6
TERZIARIO	0	1	0	1	0	0	0	2
TOTALE	3	6	0	1	1	3	1	15

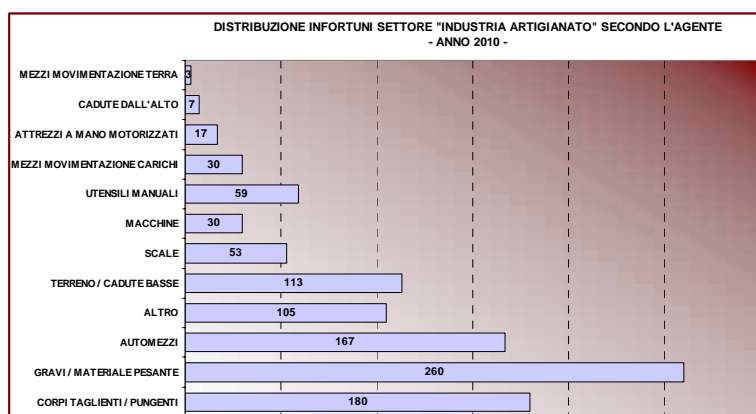
Nel Grafico 1.74 sono evidenziate le tipologie di lesioni registrate nel settore "industria artigianato". Le tipologie di gran lunga più frequenti riguardano le contusioni (26%), le ferite (19%), le fratture e distorsioni-lussazioni (27%) di cui frequenti gli schiacciamenti alle mani. Si registrano lesioni da corpo estraneo agli occhi e discretamente frequenti sono anche le lesioni a carico degli arti superiori da sollevamento di materiale pesante (14%).

Grafico 1.74 – Tipologia lesioni nel settore "industria artigianato" nell'ambito dell'AUSL di Imola. Anno 2010.



Il Grafico 1.75 rappresenta gli infortuni del settore "industria artigianato" per dinamica dell'infortunio. In coerenza con quanto detto sopra spiccano i casi di infortunio da "sollevamento materiale pesante" e da "corpi taglienti / pungenti". Le cadute dall'alto sono poco rappresentate, ma spiccano per gravità.

Grafico 1.75 - Dinamiche infortuni settore "industria artigianato" nell'ambito dell'AUSL di Imola. Anno 2010



Di seguito si propone l'approfondimento relativo agli infortuni in lavoratori stranieri, registrati dal 2005 al 2010, nel territorio dell'AUSL di Imola. Nella Tabella 1.76 risulta evidente il *trend* incrementale dell'incidenza di infortuni su lavoratori immigrati sino al 2008 (dal 13,5% degli infortuni totali nel 2005, al 18,2% nel 2008) collegato verosimilmente alla crescita della popolazione straniera; nel 2009 e nel 2010 la percentuale si riduce notevolmente, ritornando ai valori registrati nel 2006.

Tabella 1.76 - Infortuni dei lavoratori stranieri nell'AUSL di Imola. Periodo 2005-2010

ANNO	Indicatore	INDUSTRIA ARTIGIANATO	AGRICOLTURA	TERZIARIO	NON IDENTIFICATI	TOTALE
2005	N.ro infortuni	1.731	371	1.313	12	3.427
	di cui immigrati (%)	64%	7%	29%	-	13,5%
2006	N.ro infortuni	1.645	342	1.302	18	3.307
	di cui immigrati (%)	62%	6%	32%	1%	14,4%
2007	N.ro infortuni	1.497	282	1.245	20	3.044
	di cui immigrati (%)	58%	5%	37%	1%	15,1%
2008	N.ro infortuni	1.455	267	1.132	14	2.868
	di cui immigrati (%)	59%	6%	35%	1%	18,2%
2009	N.ro infortuni	1.010	242	1.127	8	2.387
	di cui immigrati (%)	53%	5%	42%	-	15,2%
2010	N.ro infortuni	1.024	241	1.151	8	2.387
	di cui immigrati (%)	51%	8%	41%	-	14,3%

1.7.3 Infortuni domestici

L'ambiente domestico rappresenta un ambito nel quale si concentrano importanti fattori di rischio per la salute, sia dal punto di vista dell'incidentalità sia da quello della salubrità, nonostante vi sia nella popolazione una scarsa o assente percezione del rischio.

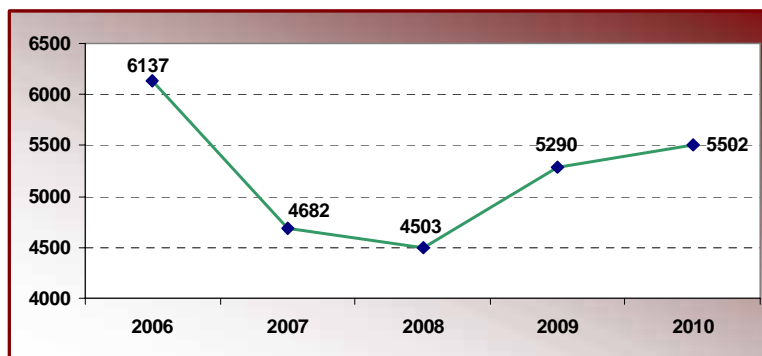
Sugli infortuni domestici non è facile avere stime concordanti, in quanto la stessa definizione di "caso" non è univoca nei diversi flussi informativi e le classificazioni difformi sono molto frequenti.

Le stime di incidenza per l'AUSL di Imola vengono eseguite sugli accessi al Pronto Soccorso.

Dai dati esposti in Figura 1.77 emerge nel 2010 un numero di infortuni annuali di poco superiore (+ 4,01%) rispetto all'anno precedente (5.502 nel 2010 vs 5.290 nel 2009, di cui rispettivamente 371 vs 375 esitanti in ricovero ospedaliero). Il tasso grezzo (numero di infortuni rapportato alla popolazione residente) risulta pari a 4,1%, valore superiore da quello stimato per la nostra regione dal sistema nazionale SINIACA, che ha un punto di rilevazione presso il PS di Forlì (pari a circa 3,5%).

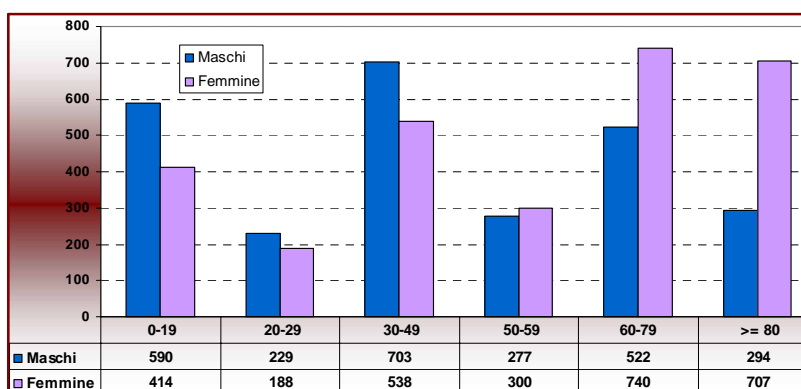
Figura 1.77 - Accesso al PS dell'AUSL di Imola, per infortuni domestici, distinti per esito
Periodo 2006-2010

ESITO	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%
Al curante per proseguire cure	5.492	89,5%	4.063	86,8%	3.888	86,3%	4.401	83,2%	4.621	84,0%
Ricoverato	278	4,5%	234	5,0%	256	5,7%	375	7,1%	371	6,7%
Abbandona P.S	171	2,8%	168	3,6%	131	2,9%	156	2,9%	139	2,5%
Non si ripresenta in PS	58	1,0%	61	1,3%	54	1,2%	49	0,9%	54	1,0%
Al curante per competenza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Giunto cadavere	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Osservazione Medicina Urgenza/OBI	129	2,1%	134	2,9%	163	3,6%	298	5,6%	303	5,5%
Trasferito	2	0,0%	5	0,1%	6	0,1%	5	0,1%	7	0,1%
Rifiuta ricovero	7	0,1%	17	0,4%	5	0,1%	6	0,1%	7	0,1%
Deceduto in P.S.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Totale	6.137	100,0%	4.682	100,0%	4.503	100,0%	5.290	100,0%	5.502	100,0%
Var. % sull'anno precedente	-		-23,71%		-3,82%		17,48%		4,01%	



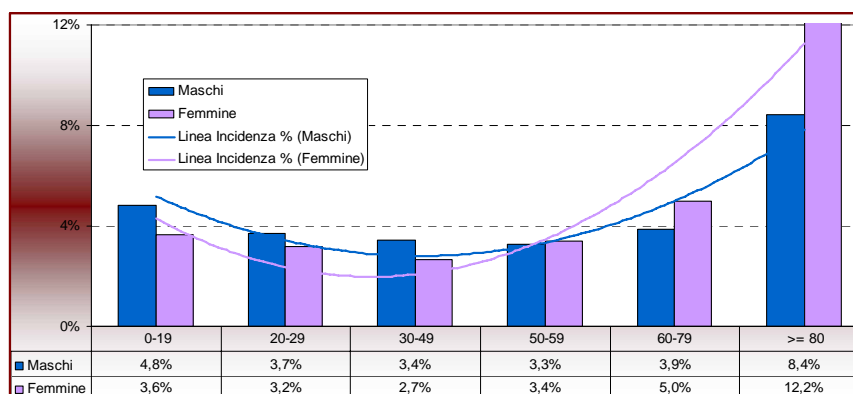
Analizzando il fenomeno degli infortuni domestici nel territorio aziendale per fasce di età e genere, si confermano alcune considerazioni interessanti (Grafici 1.78 e 1.79).

Grafico 1.78 - Infortuni domestici nell'AUSL di Imola, per fasce d'età e genere. Anno 2010



Gli incidenti domestici registrano la maggior frequenza nella fasce 0-19 e 30-49 anni per i maschi, e nelle fasce 60-79 e *over* 80 anni per le femmine. L'analisi delle occorrenze di infortuni rapportata alla numerosità della popolazione esprime il "rischio di infortunio per fascia di età".

Grafico 1.79 - Rischio di Infortunio domestico nell'AUSL di Imola, per fasce d'età e genere. Anno 2010



Nel Grafico 1.79 si osserva un andamento del "rischio di infortuni domestici" decrescente negli anni centrali di vita, poi via via crescente, che raggiunge i valori massimi nella fascia >80 anni; il picco riguarda le donne *over* 80 anni ed è molto rilevante, a maggior ragione se si considera la numerosità relativa della popolazione femminile in età avanzata. L'evento più frequente è la "caduta".

2. Profilo Aziendale	pag. 70
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	71
2.1.1 Peso della perdita dell'AUSL di Imola in RER e <i>performance</i> della gestione "tipica"	74
2.1.2 Analisi per Fattori Produttivi	75
2.1.3 Finanziamenti e Costi pro-capite	78
2.1.4 Grado di attrazione delle strutture ospedaliere aziendali	80
2.1.5 Fondo per la non autosufficienza (FRNA)	81
2.1.6 Sostenibilità finanziaria	85
2.1.7 Sostenibilità patrimoniale	87
2.2 Impatto sul contesto territoriale	91
2.2.1 Impatto economico	91
2.2.2 Impatto sociale	93
2.2.3 Impatto culturale	94
2.2.4 Impatto ambientale	97
2.3 Livelli essenziali di assistenza	102
2.3.1 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	102
2.3.2 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza distrettuale	109
2.3.3 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza ospedaliera	130
2.3.4 Assistenza Farmaceutica	142
2.4 Ricerca e didattica	144
2.5 Assetto organizzativo	144

2. Profilo Aziendale

In questa sezione vengono rappresentati una serie di dati di carattere economico, finanziario e patrimoniale estrapolati dal bilancio di esercizio, al quale si rimanda per uno sviluppo maggiormente analitico.

Si tratta di indicatori e indici che rappresentano come l'Azienda sia in grado di garantire un suo livello di sostenibilità economico-finanziaria e il modo di rapportarsi col sistema nel suo complesso per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali.

In particolare, in questa parte si prende in esame il risultato economico di periodo e la composizione dei costi caratteristici aziendali. La sostenibilità finanziaria viene invece indagata attraverso i flussi finanziari delle entrate e delle uscite e i tempi di pagamento dei fornitori.

Viene, inoltre, rappresentata la spesa per investimenti, sia in termini di sviluppo che di rinnovamento del parco tecnologico aziendale, l'impatto di questi sullo stato patrimoniale e le relative fonti di finanziamento.

Una seconda parte della sezione viene riservata all'impatto economico, sociale e culturale dell'Azienda nel territorio di riferimento, nonché l'impatto ambientale che riveste un ambito di sempre maggiore interesse.

Sul fronte dell'impatto economico, l'Azienda rappresenta il soggetto di maggiore contributo a livello circondariale sia in termini di numero di occupati, che per l'entità dei rapporti di fornitura che producono effetti economici e di occupazione sul territorio.

Aspetto importante che viene ripreso, riguarda quei segnali di ritorno, che possono rappresentare il riconoscimento della funzione sociale svolta. Lasciti, come anche contributi del volontariato sono senz'altro un indicatore di valore del legame con il territorio in termini di sussidiarietà e sviluppo del capitale sociale.

La sezione si completa con un'analisi dei livelli di assistenza declinati per le tre aree di offerta: assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

Per ciascuna delle tre aree viene descritta la struttura dell'offerta, gli indici di consumo e di attività oltre al confronto in termini di costo pro-capite con le altre realtà aziendali della regione.

La sezione si conclude con una illustrazione della struttura organizzativa aziendale e una rappresentazione della mappa dei servizi, in particolare quelli territoriali.

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Nel presente capitolo si procede all'analisi di indicatori volti a misurare la *performance* economica, finanziaria e patrimoniale dell'Azienda e più precisamente a verificare come l'Azienda si stia rapportando rispetto al vincolo di bilancio determinato dal raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario posto al suo agire istituzionale.

Gli indicatori elaborati costituiscono uno strumento gestionale per misurare e valutare le modalità di impiego delle risorse disponibili.

I dati economici dell'AUSL di Imola sui quali sono stati costruiti gli indicatori proposti sono desunti dal riclassificato del conto economico, elaborato a livello regionale per gli anni 2006-2010 secondo i seguenti criteri:

- l'analisi economica di bilancio viene effettuata in termini comparativi, per permettere di confrontare la performance economica dell'AUSL di Imola con quella delle altre Aziende regionali, per meglio identificare i propri punti di forza e debolezza;
- i valori economici sono depurati - come da indicazione regionale - dai finanziamenti extracapitari per tutte le Aziende (fondo a garanzia dell'equilibrio economico e finanziario), fatto salvo la Tabella 2.1 in cui viene esposto il risultato netto "ufficiale" dell'esercizio;
- per quanto riguarda l'AUSL di Imola i valori economici sono depurati - come da conti economici riclassificati regionali - dei finanziamenti (e correlati costi) afferenti ai progetti ICT, gestiti dalla azienda e di valenza regionale;
- le dimensioni considerate per una corretta valutazione sono:
 - i risultati economici, in rapporto percentuale al volume di bilancio gestito (Ricavi disponibili) e in particolare: (i) risultato netto d'esercizio; (ii) risultato netto prima degli ammortamenti (obiettivo regionale); (iii) risultato operativo o della gestione caratteristica;
 - la crescita dei costi operativi (personale + beni e servizi);
 - la crescita dei costi gestionali (personale + beni e servizi + mobilità passiva);
 - la crescita e il livello comparato dei costi pro-capite, totali e per Livello di Assistenza, che esprimono l'efficienza aziendale, a parità di servizi erogati, ovvero consentono di comparare gli *input* (risorse) con gli *output* (servizi e risultati ottenuti).

I dati finanziari sui quali sono costruiti gli indicatori sono desunti dagli schemi di bilancio d'esercizio con particolare riferimento al Rendiconto di liquidità e sono volti a misurare la dinamica finanziaria dell'Azienda e i tempi medi di pagamento.

I dati patrimoniali per la definizione degli indicatori sono desunti dal riclassificato dello stato patrimoniale in chiave finanziaria, elaborato a livello regionale oltre che da elaborazioni aziendali riferite agli investimenti.

Il risultato d'esercizio 2010 passa da una perdita di 4,320 milioni di euro nel 2009 a una perdita di 4,709 milioni di euro nel 2010. Al netto degli ammortamenti il risultato di esercizio presenta un sostanziale pareggio (+ 4.000 €)

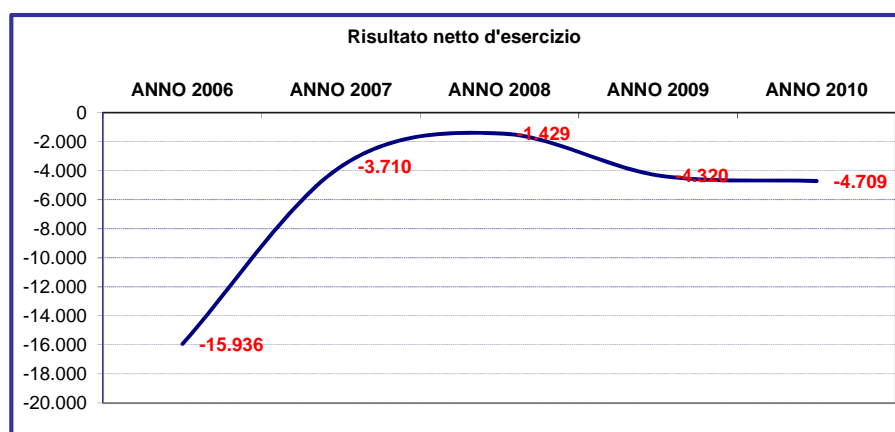
L'esercizio 2010 si conclude, pertanto, con un risultato che rispetta l'obiettivo ridefinito e assegnato all'AUSL di Imola con delibera di Giunta Regionale n. 536 del 18.04.2011, che definisce la condizione di equilibrio di bilancio nelle modalità definite a livello nazionale per la verifica degli equilibri regionali (risultato d'esercizio pari o superiore alle quote di ammortamento di tutti i beni a utilità ripetuta al 31.12.2010).

Pur rispondendo all'obiettivo, la perdita d'esercizio 2010 risulta in incremento rispetto al 2009, ma ciò è dovuto essenzialmente agli effetti dei costi per ammortamenti derivanti dall'apertura del nuovo DEA nell'esercizio 2009, riflessi nella misura del 50% sull'esercizio stesso, mentre risultano a regime (100%) nel 2010.

Tale risultato evidenzia un buon governo delle risorse disponibili ed è frutto delle azioni poste in essere dall'Azienda finalizzate alla riorganizzazione dei servizi e che hanno dimostrato una sostanziale tenuta dei costi.

Figura 2.1 - Andamento dei risultati di esercizio della AUSL di Imola: valori assoluti e % sul volume di Bilancio, a confronto con il gruppo di AUSL senza AO. Periodo 2006-2010

INDICATORE	INFORMAZIONE	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010
Risultato netto d'esercizio, in valore assoluto e % sul volume di Bilancio	Risultato d'esercizio netto (in migliaia di euro)	-15.936	-3.710	-1.429	-4.320	-4.709
	Risultato (perdita) in rapporto al volume di Bilancio - AUSL Imola	-9,4%	-5,1%	-0,7%	-1,9%	-2,0%
	Risultato (perdita) in rapporto al volume di Bilancio - AUSL di riferimento (gruppo)	-7,5%	-4,5%	-2,2%	-1,8%	-1,5%
Incidenza risultati gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto	Contributo gestione caratteristica	-90,7%	-131,5%	-166,0%	-151,0%	-126,0%
	Contributo gestione non caratteristica	-9,3%	31,5%	66,0%	51,0%	26,0%



Nel periodo preso in esame, 2006-2010, si evidenzia un andamento dei risultati netti d'esercizio che è in linea con l'andamento del finanziamento del SSR. In particolare si registra una riduzione nel triennio 2006-2008, periodo dove il livello di finanziamento è stato più sostenuto, mentre nel

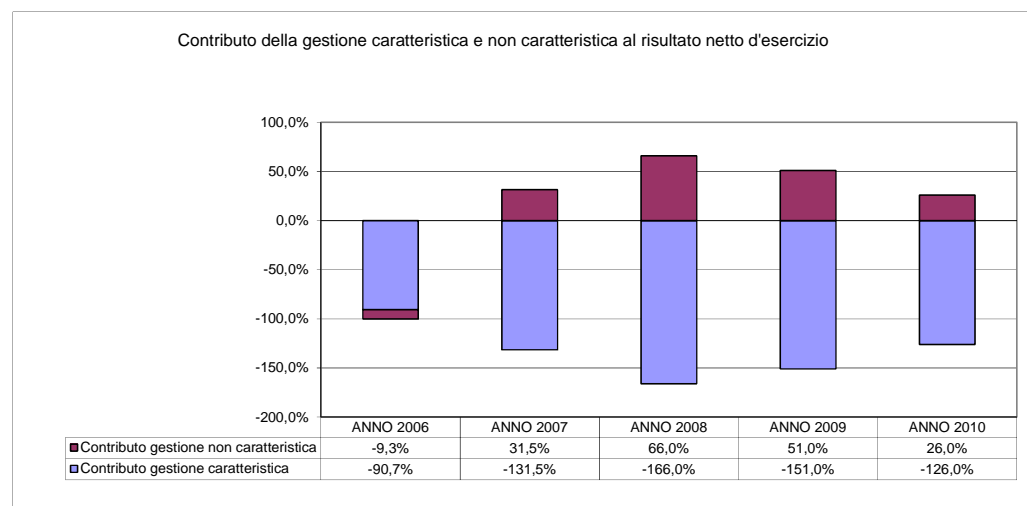
biennio successivo 2009-2010 si evidenzia un incremento delle perdite d'esercizio. Tale risultato è da valutare nell'ambito del contesto di riferimento in cui opera l'Azienda, infatti se si valuta il contesto nazionale di riferimento, il paese sta affrontando una pesante crisi economica che ha coinvolto tutti i settori, compresa la sanità. In questi ultimi due anni le manovre di Governo hanno ridotto sensibilmente il livello di finanziamento a fronte di un *trend* crescente dei costi di produzione.

Inoltre, l'AUSL di Imola nel corso del 2009 ha visto l'avvio del nuovo Dipartimento di Emergenza e Accettazione, con un impatto economico sul bilancio determinato principalmente dalla crescita di alcuni fattori produttivi come il personale dipendente (assunzione di 47 unità di personale), beni di consumo, servizi, con particolare riferimento a quelli legati all'investimento (utenze, pulizie, smaltimento rifiuti, ecc.), oneri finanziari legati al mutuo contratto per la costruzione dello stesso. Complessivamente l'impatto economico sul bilancio del 2009 è stato di 3,514 milioni di €.

Nel 2010, il risultato d'esercizio netto conseguito misura un leggero incremento, rispetta l'obiettivo assegnato.

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

Figura 2.2 – Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica al risultato d'esercizio. Periodo 2006-2010



L'indicatore in esame evidenzia, ad eccezione dell'esercizio 2006, dove entrambe le gestioni concorrono alla formazione della perdita d'esercizio con un risultato negativo, un contributo positivo della gestione non caratteristica, determinato in particolare dalla rilevazione di sopravvenienze attive. Nell'ultimo triennio il contributo positivo della gestione non caratteristica è in costante riduzione, indice che il risultato di esercizio si avvicina sempre più al risultato derivante dall'attività tipica che caratterizza l'Azienda Sanitaria.

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

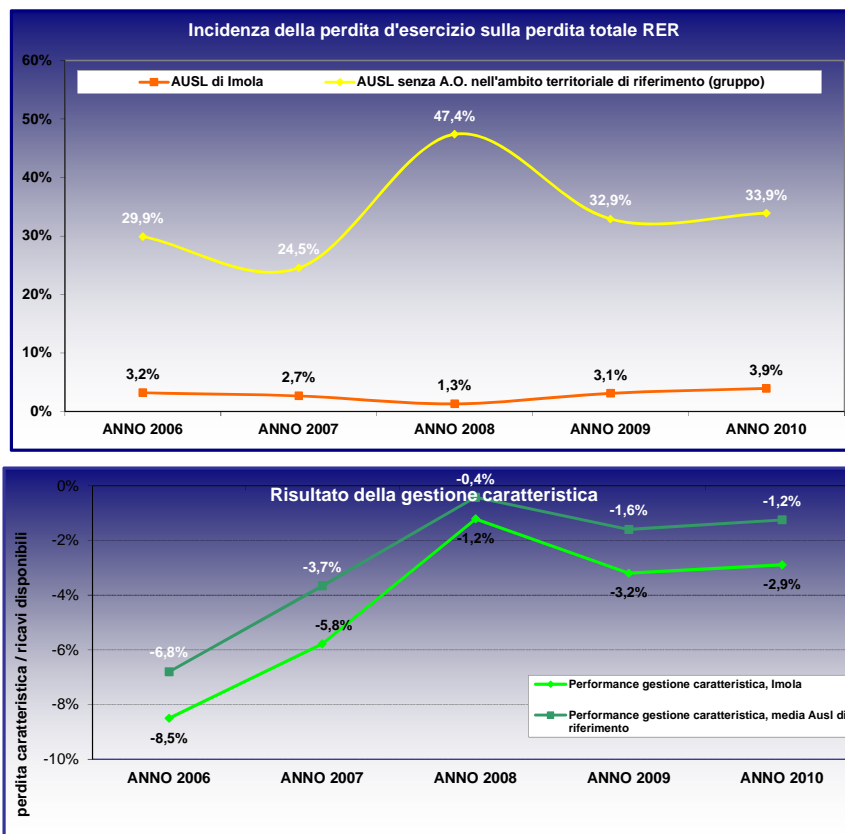
Si premette che le analisi economiche che seguono vengono effettuate in termini percentuali.

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

- il risultato netto d'esercizio dell'Azienda in rapporto al risultato complessivo regionale, volto a misurare l'apporto della gestione aziendale alla *performance* complessiva del sistema regionale;
- l'incidenza del risultato della gestione caratteristica sulle risorse disponibili per la produzione aziendale, volto a misurare il grado di capacità dell'azienda di coprire i costi caratteristici della gestione con i relativi ricavi disponibili, che rappresentano le risorse a disposizione dell'azienda per lo svolgimento della propria attività tipica.

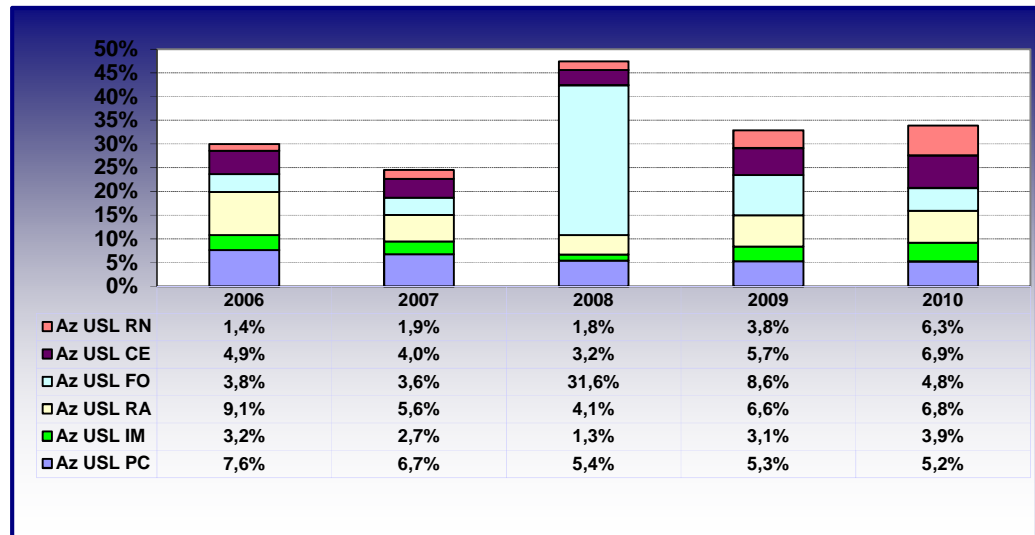
Figura 2.3 - Andamento dei risultati d'esercizio e del ROC della AUSL di Imola, a confronto con il gruppo di AUSL senza AO. Periodo 2006-2010

INDICATORE	INFORMAZIONE		ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010
Perdita d'esercizio in % sulla perdita complessiva regionale	Apporto della gestione aziendale alla performance di sistema	AUSL di Imola	3,2%	2,7%	1,3%	3,1%	3,9%
		AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	29,9%	24,5%	47,4%	32,9%	33,9%
Perdita della gestione caratteristica (ROC), in % sui ricavi disponibili	Performance gestione caratteristica, Imola	AUSL di Imola	-8,5%	-5,8%	-1,2%	-3,2%	-2,9%
		AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	-6,8%	-3,7%	-0,4%	-1,6%	-1,2%



L'incidenza della perdita del gruppo di AUSL senza AO nel territorio è, per l'esercizio 2010, pari al 33,90%. Nel Grafico 2.4 viene rappresentata l'incidenza complessiva per singola Azienda del gruppo di riferimento, rispetto alla perdita complessiva regionale.

Grafico 2.4 - Incidenza della perdita d'esercizio sulla perdita totale RER, ascrivibile al gruppo delle AUSL senza AO nel territorio. Periodo 2006-2010



Si rileva come nel 2010 l'AUSL di Imola registra una incidenza della propria perdita su quella complessiva RER pari al 3,9%, valore in incremento rispetto all'esercizio precedente, ma coerente all'andamento dell'incidenza complessiva del gruppo di AUSL senza AO nel territorio.

2.1.2 Analisi per Fattori Produttivi

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

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

In Figura 2.5 si riporta l'incidenza dei vari fattori produttivi impiegati sui ricavi disponibili dell'Azienda a confronto con la media regionale del gruppo di riferimento.

Nel periodo preso in esame risulta che le risorse disponibili sono assorbite principalmente dai servizi e dal costo del lavoro. In particolare, si deve evidenziare:

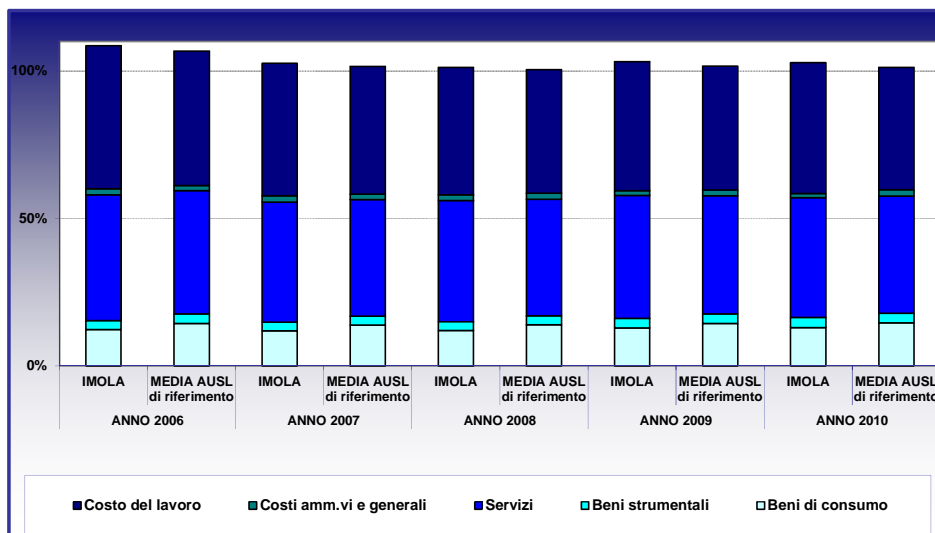
- il costo del lavoro dell'AUSL di Imola mantiene l'incidenza più elevata rispetto al gruppo di riferimento, con un andamento che presenta un'incidenza in costante diminuzione dal 2006 al 2008, tornando a risalire nel biennio successivo 2009-2010, per effetto

dell'ampliamento della dotazione organica per l'apertura del Nuovo DEA effettuata nel corso del 2009 e a regime nel 2010;

- il costo per servizi evidenzia un andamento sostanzialmente in linea con l'incidenza media del gruppo di riferimento, anche se lievemente superiore;
- per i "beni di consumo", anche per il 2010, si conferma la bassa incidenza rilevata per l'AUSL di Imola, che può essere in parte correlata al dato dei "servizi", di cui al punto precedente, in ragione delle esternalizzazioni realizzate;
- per i beni strumentali, determinati essenzialmente dagli ammortamenti non sterilizzati e cioè dai costi per investimenti finanziati con risorse proprie, si evidenzia un andamento che mantiene un livello inferiore alla media regionale del gruppo di riferimento dal 2006 al 2008, mentre aumenta fino a superare il valore medio regionale nel biennio successivo, 2009-2010. Anche in questo caso, le cause sono da ricercarsi nell'investimento effettuato per la costruzione del nuovo DEA, la cui apertura è avvenuta nel corso del 2009 e a regime nel 2010.

Figura 2.5 - Scomposizione per fattori produttivi del risultato della gestione caratteristica dell'AUSL di Imola e confronto con la media AUSL senza AO. Periodo 2006-2010

Fattori produttivi/Ricavi disponibili	ANNO 2006		ANNO 2007		ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	12,2%	14,3%	11,8%	13,8%	12,0%	13,9%	12,8%	14,4%	12,9%	14,6%
Beni strumentali	3,1%	3,2%	3,0%	3,1%	3,0%	3,1%	3,3%	3,2%	3,5%	3,2%
Servizi	42,7%	41,9%	40,7%	39,6%	41,1%	39,5%	41,7%	40,1%	40,7%	39,8%
Costi amm.vi e generali	2,1%	1,7%	2,0%	1,8%	2,0%	2,0%	1,5%	1,9%	1,4%	2,2%
Costo del lavoro	48,5%	45,7%	45,0%	43,4%	43,2%	41,9%	43,8%	42,1%	44,5%	41,5%
Tot costi a gestione diretta	108,5%	106,8%	102,6%	101,6%	101,2%	100,4%	103,2%	101,6%	102,9%	101,2%

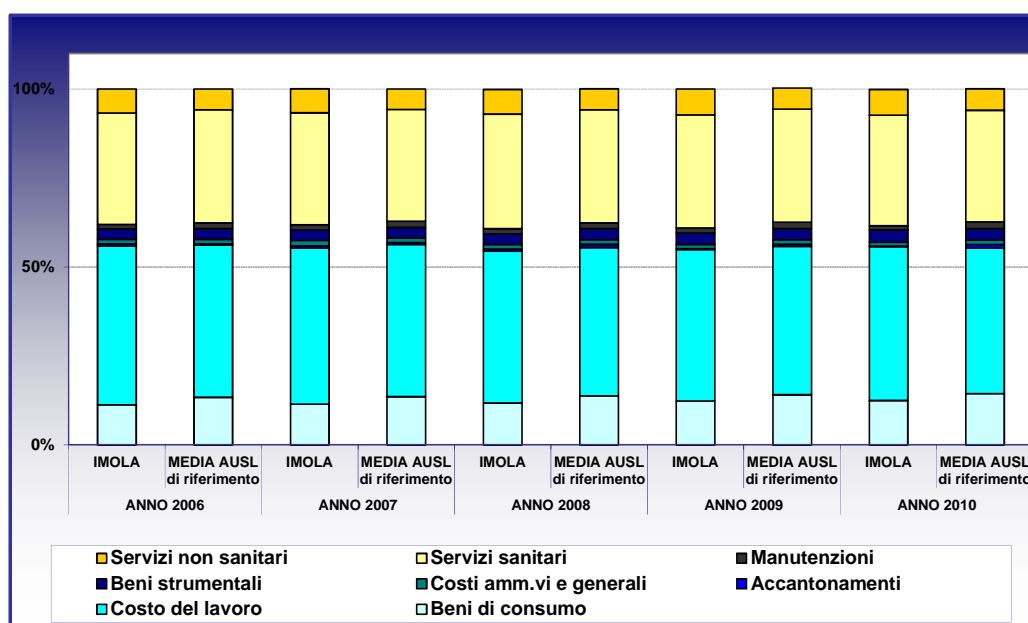


In Figura 2.6 si propone di analizzare le stesse categorie di fattori produttivi analizzate nell'indicatore precedente rispetto al consumo totale delle risorse impiegate dall'Azienda.

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

Figura 2.6 - Scomposizione per fattori produttivi dei risultati della gestione tipica e confronto con la media delle AUSL senza AO. Periodo 2005-2009

Composizione dei fattori produttivi	ANNO 2006		ANNO 2007		ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	11,3%	13,4%	11,5%	13,6%	11,8%	13,8%	12,4%	14,1%	12,5%	14,4%
Costo del lavoro	44,6%	42,8%	43,9%	42,7%	42,7%	41,7%	42,5%	41,7%	43,2%	41,0%
Accantonamenti	0,6%	0,3%	0,5%	0,5%	0,6%	0,9%	0,3%	0,6%	0,2%	0,9%
Costi amm.vi e generali	1,3%	1,3%	1,5%	1,3%	1,3%	1,3%	1,2%	1,3%	1,1%	1,3%
Beni strumentali	2,9%	3,0%	2,9%	3,0%	2,9%	3,1%	3,2%	3,1%	3,4%	3,2%
Manutenzioni	1,3%	1,6%	1,5%	1,7%	1,5%	1,6%	1,4%	1,8%	1,2%	1,9%
Servizi sanitari	31,3%	31,8%	31,5%	31,5%	32,2%	31,8%	31,8%	31,8%	31,1%	31,4%
Servizi non sanitari	6,7%	5,8%	6,7%	5,7%	6,9%	5,9%	7,2%	5,9%	7,2%	6,0%

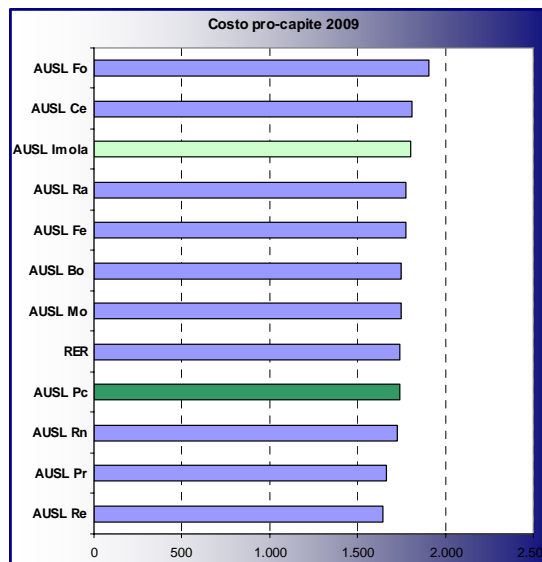


2.1.3 Finanziamenti e Costi pro-capite

Nella tabella di Figura 2.7 si riportano i costi pro-capite delle AUSL della Regione Emilia Romagna, per il periodo 2007-2009, presentati in ordine crescente per costo 2009 e con le relative variazioni assolute e percentuali nel triennio considerato.

Figura 2.7 - Costo pro-capite ponderato delle AUSL e dato medio RER. Periodo 2007-2009

	Costo pro-capite 2007	Costo pro-capite 2008	Costo pro-capite 2009	Var. ass. periodo	Var. % periodo
AUSL Re	1.565,76	1.609,53	1.647,00	81,24	5,2%
AUSL Pr	1.565,76	1.620,44	1.664,43	98,67	6,3%
AUSL Rn	1.611,34	1.657,93	1.728,48	117,14	7,3%
AUSL Pc	1.695,30	1.725,29	1.737,12	41,82	2,5%
RER	1.650,92	1.693,83	1.742,73	91,81	5,6%
AUSL Mo	1.652,60	1.681,93	1.749,24	96,64	5,8%
AUSL Bo	1.669,09	1.706,63	1.750,23	81,14	4,9%
AUSL Fe	1.695,09	1.717,87	1.774,28	79,19	4,7%
AUSL Ra	1.697,61	1.746,78	1.777,29	79,68	4,7%
AUSL Imola	1.700,78	1.748,24	1.799,47	98,69	5,8%
AUSL Ce	1.701,17	1.747,12	1.809,32	108,15	6,4%
AUSL Fo	1.701,36	1.823,77	1.905,89	204,53	12,0%



In prima battuta va osservato che la dinamica incrementale dei costi capitari è complessivamente intorno al +3% annuo: la crescita tra 2007 e 2009 è pari a +5,6% come dato medio RER, con valori oscillanti tra il +2,5% della AUSL di Piacenza e il +12% dell'AUSL di Forlì, estremi tra i quali si colloca l'AUSL di Imola, con una crescita dei costi pari a +5,8%.

In termini assoluti, la crescita dei costi pro-capite tra 2007 e 2009, per l'AUSL di Imola è stata pari a € 98,69, mentre la crescita media regionale pari a € 91,81.

Variabilità nei costi pro-capite tra Aziende RER

La differenza dei costi pro-capite minimo e massimo tra Aziende Sanitarie è piuttosto significativa, per quanto tenda a ridursi nel periodo considerato. Si riduce altresì la variabilità nei valori aziendali, espressa dalla deviazione standard.

Il *gap* di costo pro-capite dell'AUSL di Imola rispetto alla media regionale passa da € 49,86 del 2007 a 56,74 del 2009.

Scomposizione per macrolivelli di assistenza

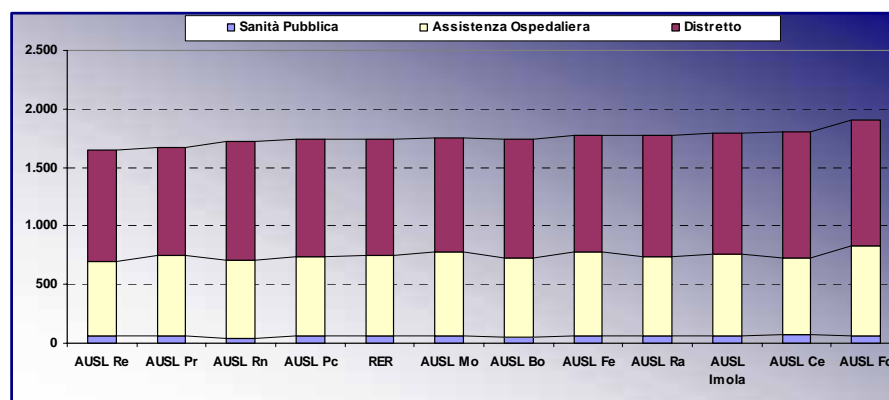
Il *gap* di costo pro-capite dell'AUSL di Imola, rispetto alla media RER, per l'anno 2009, si scompone, in prima analisi, tra i 3 macrolivelli nella misura seguente:

- Sanità pubblica + € 6,07
- Assistenza Ospedaliera + € 1,99
- Distretto + € 42,79

L'analisi di dettaglio, comprensiva del *trend* 2007-2009, sarà effettuata nei paragrafi seguenti, dedicati ai costi e agli *output* per i singoli macrolivelli.

Figura 2.8 - Costi pro-capite (in valore assoluto e %) per LEA delle AUSL e media RER. Anno 2009

Costi pro-capite 2009	Valori assoluti			Composizione %		
	Sanità Pubblica	Distretto	Assistenza Ospedaliera	Sanità Pubblica	Distretto	Assistenza Ospedaliera
AUSL Re	60,89	950,92	638,26	3,69%	57,63%	38,68%
AUSL Pr	56,36	914,81	696,08	3,38%	54,87%	41,75%
AUSL Rn	43,04	1.017,17	664,55	2,50%	58,97%	38,53%
AUSL Pc	59,29	1.007,40	675,57	3,40%	57,82%	38,78%
RER	58,55	997,03	687,15	3,36%	57,21%	39,43%
AUSL Mo	61,04	968,05	720,35	3,49%	55,33%	41,18%
AUSL Bo	54,36	1.015,53	676,65	3,11%	58,15%	38,74%
AUSL Fe	63,88	994,51	715,53	3,60%	56,06%	40,34%
AUSL Ra	56,55	1.038,81	680,25	3,18%	58,50%	38,31%
AUSL Imola	64,62	1.039,82	689,14	3,60%	57,97%	38,42%
AUSL Ce	68,67	1.081,60	658,04	3,80%	59,81%	36,39%
AUSL Fo	66,41	1.076,80	763,74	3,48%	56,47%	40,05%

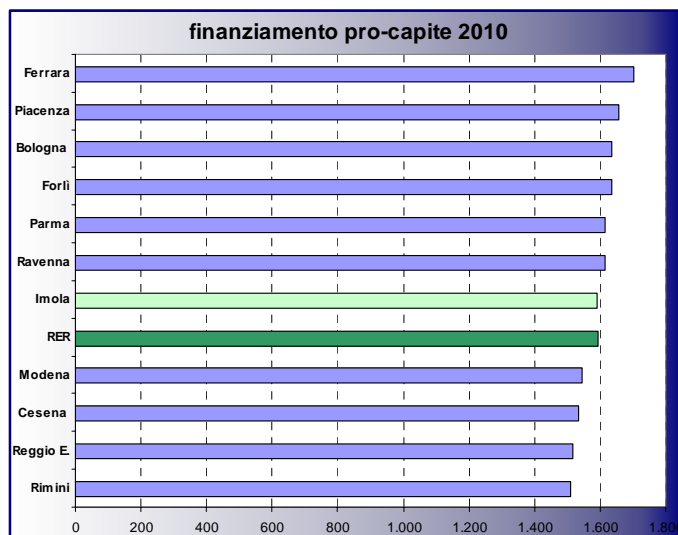


In termini generali (Figura 2.8) l'AUSL di Imola presenta costi pro-capite superiori alla media regionale su tutti e tre i macro-livelli assistenziali, anche se in percentuali diverse. Prendendo in esame, infatti, l'Assistenza Ospedaliera, l'AUSL di Imola, per quanto riguarda le quote di risorse destinate a questo macrolivello di specie, è leggermente superiore alla media regionale per un +0,28%, mentre relativamente alla Sanità Pubblica la differenza percentuale è del +10,36% e per il Distretto (comprensivo della spesa farmaceutica convenzionata e della specialistica ambulatoriale esterna) del +4,24%, risultando per questi due ultimi macrolivelli assistenziali in termini di valore assoluto inferiore solo alle AUSL di Cesena e Forlì.

Quanto ai finanziamenti pro-capite - analizzati in tabella di Figura 2.9, limitatamente ai fondi erogati a quota capitaria, in misura pertanto non confrontabile con il corrispondente costo pro-capite omnicomprensivo - si conferma come l'AUSL di Imola riceva, nel periodo 2006-2010, una quota molto prossima alla quota media regionale.

Figura 2.9 - Finanziamento pro-capite delle AUSL e dato medio RER. Periodo 2007-2010

	finanziamento pro-capite 2007	finanziamento pro-capite 2008	finanziamento pro-capite 2009	finanziamento pro-capite 2010	Var. ass. periodo	Var. % periodo
Rimini	1.366,81	1.437,53	1.487,85	1.508,24	141,43	10,3%
Reggio E.	1.380,54	1.441,12	1.490,96	1.516,84	136,30	9,9%
Cesena	1.373,88	1.442,21	1.508,78	1.535,03	161,15	11,7%
Modena	1.395,12	1.465,62	1.516,92	1.542,90	147,78	10,6%
RER	1.449,20	1.517,62	1.571,34	1.593,75	226,94	16,6%
Imola	1.448,96	1.507,26	1.574,23	1.591,63	224,82	16,4%
Ravenna	1.472,04	1.539,41	1.591,38	1.612,99	246,18	18,0%
Parma	1.484,88	1.546,54	1.597,15	1.614,12	233,58	16,9%
Forlì	1.482,95	1.550,86	1.607,84	1.634,45	260,57	19,0%
Bologna	1.489,10	1.562,58	1.614,68	1.634,70	239,58	17,2%
Piacenza	1.508,73	1.573,84	1.629,45	1.657,31	208,11	14,4%
Ferrara	1.535,67	1.614,54	1.677,21	1.701,39	252,43	17,4%



2.1.4 Grado di attrazione delle strutture ospedaliere aziendali

Il principale indicatore di "attrattività" delle strutture ospedaliere aziendali è l'indice di dipendenza della popolazione assistita dal/dai Presidio/i della AUSL. Come si vedrà meglio nell'analisi dedicata al livello Assistenza Ospedaliera, tale indice di fidelizzazione è particolarmente elevato per il Presidio dell'AUSL di Imola, specialmente se paragonato ai valori delle altre Aziende "generati" dalle sole strutture pubbliche direttamente gestite, ovvero senza considerare il privato accreditato (assente nell'ambito circondariale); nel 2010 raggiunge circa il 67%, compresa la mobilità intraregionale per specialità non presenti ed esclusa la mobilità extraregionale.

Come dettagliato in Tabella 2.10, la quota percentuale - interpretabile come "quota di mercato" della struttura ospedaliera, rispetto al bacino di assistiti "naturale" - si conferma pari al 74,5%

(nel 2009: 74,3%), se si considerano le sole specialità presenti - ovvero se si distingue (non si calcola) la mobilità generata dalle Alte Specialità, per le quali si aderisce alle Reti *Hub&Spoke*.

Tabella 2.10 - Indice di dipendenza della popolazione della AUSL di Imola per ricoveri ospedalieri in discipline presi nel Presidio. Periodo 2008-2010

Discipline	numero dimessi						indice di dipendenza	
	2008		2009		2010		2010	
	mobilità passiva	Ausl Imola	mobilità passiva	Ausl Imola	mobilità passiva	Ausl Imola	% mobilità passiva	% Ausl Imola
chirurgia generale	758	1680	704	1753	641	1744	26,87	73,13
oculistica	172	478	165	513	181	527	25,56	74,44
ortopedia/traumatologia	1084	930	1167	951	1236	966	56,13	43,87
otorinolaringoiatria	466	429	515	432	437	422	50,87	49,13
urologia	354	499	266	541	236	614	27,76	72,24
Dip.to chirurgico	2834	4016	2817	4190	2731	4273	38,99	61,01
gastroenterologia	52	9	77	22	70	14	83,33	16,67
geriatria	23	864	26	792	37	784	4,51	95,49
lungodegenza	93	1144	92	1192	85	1190	6,67	93,33
medicina generale	443	2297	438	2105	369	2164	14,57	85,43
oncologia	508	302	436	321	485	368	56,86	43,14
Dip.to medico	1119	4616	1089	4432	1046	4520	18,79	81,21
ostetricia/ginecologia	611	2156	548	1983	573	2101	21,43	78,57
pediatria	126	998	131	829	126	995	11,24	88,76
Dip.to materno infantile	737	3154	679	2812	699	3096	18,42	81,58
cardiologia	344	897	266	882	262	832	23,95	76,05
medicina urgenza	50	980	59	1028	56	1002	5,29	94,71
rianimazione	51	166	40	159	37	189	16,37	83,63
Dip.to emergenza-acc.	445	2043	365	2069	355	2023	14,93	85,07
psichiatria	55	213	26	221	14	245	5,41	94,59
TOTALE	5190	14042	4956	13724	4845	14157	25,50	74,50

In particolare si deve segnalare il risultato del Dipartimento Chirurgico, che conferma il *trend* positivo degli ultimi anni, grazie all'impegno a promuovere azioni organizzativo/gestionali e professionali proprie, per il recupero di attrattività.

2.1.5 Fondo per la non autosufficienza (FRNA)

Il Bilancio separato del FRNA evidenzia per l'AUSL di Imola, nel 2010, una spesa pari a € 12.388.243,14. La disponibilità del fondo è costituita da € 12.081.731,83 di contributi regionali e da € 260.776,30 di contributi da enti locali per Fondo Nazionale Non Autosufficienza, oltre a € 45.735,01 di residui degli anni precedenti.

Tabella 2.11 - Bilancio separato FRNA 2010 dell'AUSL di Imola, al 31/12/2010

A	VALORE DELLA PRODUZIONE FRNA	
01:30	CONTRIBUTI FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - FRNA	€ 12.388.243,14
01.30.001	Contributi da Fondo Sanitario Regionale	€ 10.403.786,83
01.30.002	Altri contributi da Regione	€ 1.677.945,00
01.30.004	FRNA- Contributi da enti locali da Fondo Nazionale Non Autosufficienza	€ 260.776,30
01.30.007	Contributi anticipati di esercizi precedenti	€ 45.735,01
TOTALE A VALORE DELLA PRODUZIONE		€ 12.388.243,14

B	COSTI DELLA PRODUZIONE FRNA	
10:30	ONERI A RILIEVO SANITARIO E RETTE - FRNA	€ 9.799.096,63
10.30.002	Oneri a rilievo sanitario per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni pubblici	€ 6.246.563,97
10.30.003	Oneri a rilievo per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni privati	€ 323.346,46
10.30.012	Oneri a rilievo per assistenza presso centri diurni pubblici	€ 258.772,67
10.30.021	Oneri a rilievo sanitario per piani di sostegno individualizzati	€ 0,00
10.30.023	Oneri a rilievo sanitario per Assistenza Domiciliare Integrata	€ 850.389,93
10.30.032	Oneri per assistenza gravissime disabilità presso strutture residenziali pubbliche	€ 126.479,82
10.30.092	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali pubblici	€ 632.470,11
10.30.093	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali privati	€ 615.353,67
10.30.112	Rette per disabili in strutture semiresidenziali (centri socio-riabilitativi diurni) pubbliche	€ 691.478,34
10.30.113	Rette per disabili in strutture semiresidenziali (centri socio-riabilitativi diurni) private	€ 54.241,66
10:31	ALTRI SERVIZI SANITARI FRNA	€ 693.699,98
10.31.041	Altri servizi sanitari da privato	€ 693.699,98
10:32	ASSEGNI SUSSIDI E CONTRIBUTI FRNA	€ 1.895.446,53
10.32.001	Assegni di cura anziani	€ 1.783.873,53
10.32.021	Assegni di cura gravissime disabilità acquisite	€ 111.573,00
TOTALE B COSTI DELLA PRODUZIONE		€ 12.388.243,14
RISULTATO D'ESERCIZIO		€ 0,00

Il 62% della spesa, pari a € 7.679.073,03 è imputabile all'area "anziani", il 15,3% del FRNA è destinato all'erogazione di assegni di cura e il 17,1% ai disabili. L'importo pari a € 693.699,98, classificato in tabella 2.11 "altri servizi sanitari da privato", pari al 5,6% della spesa complessiva, va ribaltato proporzionalmente sulle tre voci di spesa principali (anziani, assegni cura e disabili).

Nel 2010 la programmazione locale ha confermato i posti convenzionati per anziani. All'interno dei posti convenzionati ci sono i posti che accolgono adulti gravissimi disabili (ai sensi della DGR 2068/04).

In Tabella 2.12 si dettagliano i costi sostenuti a carico del FRNA sui 422 posti letto in case protette per anziani espressi in termini di quota giornaliera per la copertura degli oneri a rilievo sanitario. Il costo è computato sulle giornate effettive di presenza nelle strutture, che complessivamente, presentano tassi di occupazione pari al 98%, sviluppando un totale di 149.667 giornate.

Tabella 2.12 - FRNA 2010 dell'AUSL di Imola: dettaglio Case Protette

Denominazione Struttura	Comune	Soggetto gestore (denominazione)	Posti conv. al 31/12/10	Presenti all'1/1/2010 su posti conv.	Presenti al 31/12/10 su posti conv.	n. Ammessi nell'anno su posti autor.	n. Dimessi nell'anno su posti autor.	Tot gg. annue effettive presenza su posti conv. 2010	Quota giornaliera onere a rilievo sanitario 2010	Quota giornaliera a carico ospite (retta) 2010	Quota giornaliera onere a rilievo sanitario 2009	Quota giornaliera a carico ospite (retta) 2009	Onere a rilievo sanitario 2010
Casa di Riposo per Inabili al Lavoro	IMOLA	ASP Circondario Imolese	141	139	143	72	74	50.351	€ 33,08	€ 49,50	€ 31,52	€ 46,49	€ 1.665.636,42
Casa Protetta Villa Armonia	IMOLA	Società Privata	27	25	26	13	12	9.597	€ 33,69	€ 49,50	€ 32,51	€ 46,43	€ 323.346,46
CP Comunale "La Coccinella"	CASTEL C.S.P.T.	ASP Circondario Imolese	76	73	75	60	60	27.145	€ 33,47	€ 44,10	€ 32,83	€ 40,60	€ 908.566,68
Opera Pia "S. Maria" di Tossignano	BORGO T.	ASP Circondario Imolese	40	40	40	13	10	14.600	€ 33,94	€ 46,50	€ 32,54	€ 43,00	€ 495.547,53
Casa Protetta S. Antonio Abate di Fontanelice	FONTANELICE	ASP Circondario Imolese	30	30	30	11	2	10.629	€ 32,74	€ 48,30	€ 31,75	€ 44,80	€ 348.016,99
Casa Protetta "Toschi" di Dozza	DOZZA	ASP Circondario Imolese	16	16	16	9	4	5.802	€ 33,86	€ 44,10	€ 32,75	€ 40,60	€ 196.479,25
Casa Protetta di Medicina	MEDICINA	ASP Circondario Imolese	48	47	47	18	19	17.140	€ 33,55	€ 49,50	€ 33,62	€ 47,17	€ 575.068,72
Casa Cassiano Tozzoli	IMOLA	ASP Circondario Imolese	44	41	44	9	10	15.829	€ 40,75	€ 49,57	€ 40,67	€ 49,57	€ 645.055,28
DISTRETTO IMOLA	8		422	410,78	420,85	242	233	149.667					€ 5.157.717,33

In Tabella 2.13 si dettagliano i costi sostenuti a carico del FRNA su 85 posti letto in RSA - di cui 70 nella RSA pubblica "Baroncini" di Imola (7 pl riservati ai ricoveri di sollievo) e 15 di una Struttura privata, ubicata nel Comune di Medicina - espressi nei termini di quota giornaliera per la copertura degli oneri di rilievo sanitario. Il costo è computato sulle giornate effettive di presenza nelle strutture; la RSA "Baroncini" presenta nel 2010 un tasso di occupazione pari al 97%.

Tabella 2.13 - FRNA 2010 e confronto 2009: dettaglio RSA

ANAGRAFICA PRESIDIO			DATI DI ATTIVITA'						COSTI						
Denominazione Struttura	Comune	Soggetto gestore	Posti convenzionati al 31/12/10	Di cui: Posti per ricoveri temporanei post-dimissione	Presenti all'1/1/10 su posti conv. Ausl Imola	Presenti al 31/12/10 su posti conv.	n. Ammessi 2010 su posti conv. (compresi Ricoveri Temp. Rsa Imola)	n. Dimessi 2010 su posti conv. (compresi Ricoveri Temp. Rsa Imola)	Tot gg. annue effettive presenza su posti conv. (compreso Ricov. Temp. Rsa Imola)	Quota giornaliera onere a rilievo sanitario 2009	Quota giornaliera a carico ospite (retta) 2009	Quota giornaliera onere a rilievo sanitario 2010	Quota giornaliera a carico ospite (retta) 2010	Quota giornaliera retta ricoveri temporanei RSA Imola 2010	Onere a rilievo sanitario e rete ricoveri temporanei 2010 FRNA (#)
RSA BARONCINI	Imola	ASP Circondario Imolese	70	7	67	69	159	157	24.500	€ 39,92	€ 49,57	€ 40,67	€ 49,57	€ 119,30	€ 1.190.622,94
RSA Medicina	Medicina	Gersa srl	15	0	15	15	10	10	5.448	€ 39,92	€ 55,72	€ 40,67	€ 55,72		€ 221.570,16
	2	Totale distretto	85	7	82	84	169	167	29948						€ 1.412.193,10

In Tabella 2.14 si riportano i costi sostenuti a carico del FRNA su 52 posti in Centri Diurni, espressi come quota giornaliera a copertura degli oneri di rilievo sanitario. Il costo è computato sulle giornate effettive di presenza nelle strutture, con tariffe differenziate per tipologia/gravità dei pazienti; i 3 Centri presentano nel 2010 un tasso di occupazione medio pari al 85 % su 304 giorni di apertura.

Tabella 2.14 - FRNA 2010 e confronto 2009: dettaglio Centri Diurni

		DATI DI ATTIVITA'								COSTI								
Denominazione Struttura	Comune	Soggetto gestore	Posti conv. al 31/12/10	Tot gg. attività settimanali	Ore di apertura giornaliera	Presenti all'1/1/10 su posti conv.	Presenti al 31/12/10 su posti conv.	n. Ammessi nell'anno su posti conv.	n. Dimessi nell'anno su posti conv.	Tot giornate annue effettive presenza su posti conv. con onere BASE 2010	Tot giornate annue effettive presenza su posti conv. con onere GRAVI DISTURBI 2010	Quota giornaliera onere a rilievo sanitario BASE 2009	Quota giornaliera onere a rilievo sanitario BASE 2010	Quota giornaliera onere a rilievo sanitario GRAVI 2009	Quota giornaliera onere a rilievo sanitario GRAVI 2010	Quota giornaliera a carico ospite (retta) 2009	Quota giornaliera a carico ospite (retta) 2010	Onere a rilievo sanitario 2010
Centro Diurno Castel S. Pietro	cspt	ASP	16	6	10	8	10	18	6	3.756	145	€ 18,47	€ 18,87	€ 23,94	€ 24,54	€ 29,93 in base ad ISEE	€ 29,93 in base ad ISEE	€ 74.448,50
Centro Diurno RSA Baroncini	Imola	ASP	20	6	10	15	18	16	14	4.517	951	€ 18,47	€ 18,87	€ 23,94	€ 24,54	€ 29,10	€ 29,10 in base ad ISEE	€ 108.589,82
Centro Diurno Medicina	Medicina	ASP	16	6	10	10	9	10	5	3.857	257	€ 17,67	€ 18,07	€ 22,84	€ 23,44	da € 8,27 a massimo € 16,04 secondo ISEE	€ 20,00 in base ad ISEE	€ 75.734,55
DISTRETTO IMOLA	3		52			33	37	44	25	12.130	1.353							€ 258.772,67

In Tabella 2.15 si declina il conto "FRNA Acquisto altri servizi", per un importo totale 2010 pari a € 373.405,97: le voci più consistenti riguardano l'Assistenza al domicilio per la somministrazione del pasto e l'Animazione a domicilio.

Tabella 2.15 - FRNA 2010 dell'AUSL di Imola: dettaglio altri servizi

Progetti di Fragilità	2010 FRNA
Accoglienza temporanea di sollievo in strutture residenziali e/o semi-residenziali	€ 25.878,79
Animazione a domicilio	€ 75.780,28
Supporto Ricoveri Ospedalieri	€ 1.830,47
Assistenza e trasporto a domicilio del pasto	€ 263.812,81
Progetto Caffè Alzheimer e Prevenzione Fragilità Comune Imola	€ 6.103,62
Totale	€ 373.405,97

Di seguito si esplicitano (Tabella 2.16) i servizi a supporto della domiciliarità così come previsto dalla DGR 1206/2007, pagati con il FRNA. Nel 2010 i pasti ed i trasporti sono stati pagati con il FNA gestito direttamente dal Nuovo Circondario Imolese.

Tabella 2.16 - FRNA 2010 dell'AUSL di Imola: Assistenza Domiciliare ai sensi DGR 1206/2007

Domiciliarità ai sensi DGR 1206/2007 - Anziani	2010 FRNA
Assistenza Domiciliare (assistenza, coordinamento, viaggi)	€ 790.567,24
Telesoccorso	€ 10.225,81
Totale	€ 800.793,05

Per quanto riguarda l'ambito dei gravi disabili, di cui alla DGR 2068/2004, in ordine al quale la spesa nel 2010 presso l'AUSL di Imola è stata pari a € 238.052,82, si rimanda agli approfondimenti di cui al paragrafo 2.3.2.

Tabella 2.17 - FRNA 2009 dell'AUSL di Imola: Gravissime Disabilità ai sensi DGR 2068/2004

Gravissime Disabilità	2010 FRNA
Assegno di cura Gravissime Disabilità	€ 111.573,00
Residenzialità Gravissime Disabilità	€ 126.479,82
Totale	€ 238.052,82

In tale paragrafo, si evidenzia che il programma degli interventi a favore dei disabili è stato ulteriormente sviluppato nel corso del 2010. Nelle strutture residenziali di livello alto sono stati ospitati 17 utenti per un totale di 5.966 giornate; in quelle di livello medio (comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette) sono stati ospitati 32 utenti per un totale di 9.586 giornate; nei centri socio riabilitativi diurni sono stati ospitati 44 utenti per un totale di 7.280 giornate. Nei centri socio-occupazionali sono stati inseriti nel 2010 n. 49 utenti per un totale di 11.335 giornate.

Per il sostegno alla domiciliarità sono stati erogati nel territorio 27.151,54 ore di assistenza domiciliare (socio-educativa e socio-assistenziale).

Per completezza, in Tabella 2.18, si declina nel dettaglio la spesa sostenuta per i disabili adulti complessivamente per tutte le tipologie di intervento effettuate nel 2010.

Tabella 2.18 - FRNA 2010 dell'AUSL di Imola: Disabilità Adulti

Rette Disabili Adulti ai sensi DGR 1230/2008	2010
Rette in centri residenziali privati	€ 615.353,67
Rette in centri residenziali pubblici	€ 632.470,11
Rette in centri semiresidenziali privati	€ 40.171,47
Rette in centri semiresidenziali pubblici	€ 556.626,39
Rette in centri socio-occupazionali privati	€ 14.070,19
Rette in centri socio-occupazionali pubblici	€ 134.851,95
Totale	€ 1.993.543,78

Assistenza domiciliare	2010
Assistenza domiciliare e territoriale socio-educativa	€ 89.386,18
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	€ 135.996,11
Totale	€ 225.382,29

Dettaglio altri servizi	2010
Interventi per inserimenti lavorativi	€ 68.799,62
Totale	€ 68.799,62

2.1.6 Sostenibilità finanziaria

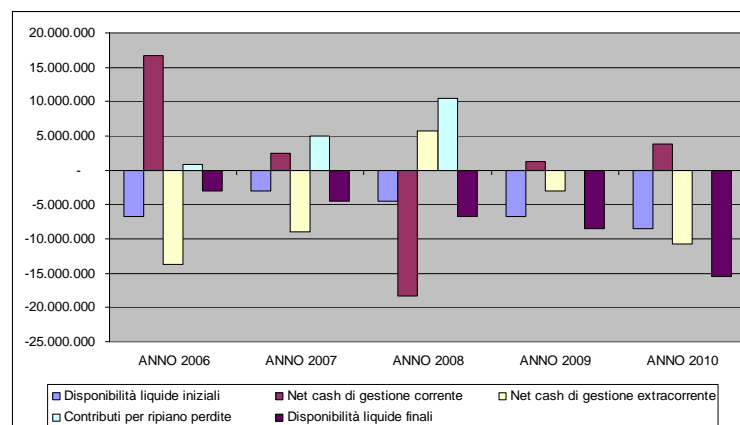
Gli indicatori che seguono si pongono l'obiettivo di esprimere la dinamica finanziaria dell'Azienda attraverso:

- la rappresentazione sintetica delle entrate e delle uscite dei mezzi monetari intervenuti nel periodo;
- i tempi medi di pagamento dei debiti verso i fornitori.

Il primo indicatore si desume dallo schema del Rendiconto di Liquidità, attraverso una rappresentazione sintetica dei risultati delle varie gestioni, come risulta dalla tabella 2.19.

Tabella 2.19 – Rendiconto di liquidità. Periodo 2006-2010

Rendiconto di liquidità	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010
Disponibilità liquide iniziali	- 6.745.887	- 3.011.002	- 4.534.634	- 6.688.581	- 8.527.253
Net cash di gestione corrente	16.689.072	2.426.317	- 18.380.628	1.231.582	3.844.656
Net cash di gestione extracorrente	- 13.760.093	- 8.940.387	5.756.673	- 3.070.254	- 10.784.513
Contributi per ripiano perdite	805.906	4.990.438	10.470.008	-	-
Disponibilità liquide finali	- 3.011.002	- 4.534.634	- 6.688.581	- 8.527.253	- 15.467.110



Le risorse finanziarie alle quali si fa riferimento possono essere così sintetizzate:

- le disponibilità liquide iniziali (*cash* iniziale): costituiscono le risorse liquide disponibili all'inizio dell'esercizio e sono costituite dal denaro in cassa, c/c postali e dall'anticipazione di tesoreria;
- il *Net cash* della gestione corrente: rappresenta il saldo dei movimenti finanziari in entrata e in uscita generati dalla gestione corrente di cui le componenti più significative sono il risultato netto d'esercizio, gli ammortamenti al netto delle sterilizzazioni, la variazione dei crediti e dei debiti correnti;
- il *Net cash* della gestione extracorrente: rappresenta il saldo dei movimenti finanziari in entrata e in uscita relativi alla gestione extracorrente ed è determinato dalle operazioni legate alla realizzazione del Piano degli Investimenti, infatti si distinguono i flussi monetari in entrata che rappresentano le "fonti" di risorse dai flussi monetari in uscita che rappresentano gli "impieghi" di risorse.
- I contributi ripiano perdite: si tratta di contributi regionali incassati dall'azienda per il ripiano di perdite relative ad esercizi precedenti.
- le disponibilità liquidate finali (*cash* finale): analogamente alle disponibilità liquide iniziali, costituiscono le risorse liquide disponibili alla fine dell'esercizio.

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

In particolare si evidenzia un *trend* in miglioramento nel triennio 2006-2008 con maggiori disponibilità finanziarie determinate fondamentalmente dai contributi ripiano perdite, crescenti nel periodo stesso e dall'accensione di mutui nel 2008. Le maggiori liquidità hanno consentito di ridurre i debiti verso fornitori per beni servizi e di migliorare, conseguentemente, i tempi medi di pagamento, come risulta dall'indicatore che segue. Il biennio successivo, 2009-2010, non evidenzia i medesimi risultati, a causa della crisi economica, della conseguente scarsità di risorse finanziarie. Infatti si evidenzia un maggior ricorso all'anticipazione di tesoreria e una variazione dei debiti in aumento, confermata dall'aumento dei tempi medi di pagamento.

In Tabella 2.20 si riportano i tempi medi di pagamento delle principali categorie di fornitori nel periodo 2006-2010. Tale indicatore va letto in correlazione con l'indicatore precedente, che esprime la dinamica finanziaria dell'Azienda e le cause che hanno portato a generare più o meno risorse nei periodi presi in esame. I tempi medi di pagamento evidenziano un andamento decrescente nel triennio 2006-2008, mentre riprendo a crescere nel biennio successivo.

Tabella 2.20 - Tempi di pagamento dei fornitori della AUSL di Imola. Periodo 2006-2010

Ritardi medi nei pagamenti	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010
Beni economici	420	360	180	220	270
Prodotti farmaceutici	420	360	180	220	270
Servizi in appalto	420	360	180	220	270
Farmaceutica convenzionata	30	30	30	30	30
Casi di Cura	330	300	150	120	150
Assistenza termale	270	270	180	180	180
Cooperative sociali	150	120	90	90	60
Enti Gestori Case Protette	180	120	90	90	60
Protesica	420	360	180	220	270
Attrezzature	420	360	180	220	210

2.1.7 Sostenibilità patrimoniale

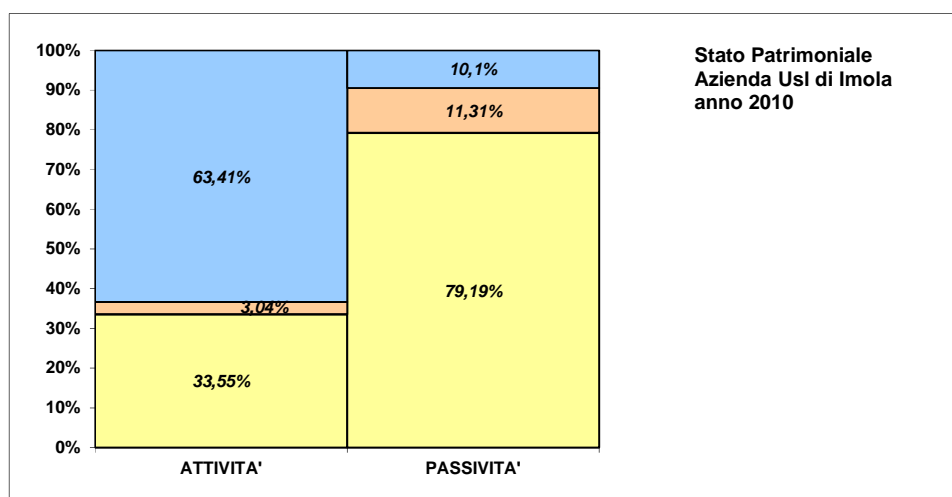
Gli indicatori che seguono sono volti a misurare la solidità patrimoniale dell'Azienda, attraverso l'esame della struttura degli investimenti, delle dinamiche che caratterizzano gli stessi, dei finanziamenti aziendali e delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti.

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

In Figura 2.21 si riporta una sintesi dei dati tratti dallo Stato Patrimoniale riclassificato dalla RER.

Figura 2.21 - Stato Patrimoniale riclassificato AUSL di Imola e media AUSL senza AO 2006-2009

ATTIVITA'	AUSL Imola '07	Media AUSL '07	AUSL Imola '08	Media AUSL '08	AUSL Imola '09	Media AUSL '09	AUSL Imola '10	Media AUSL '10	AUSL Imola '07	Media AUSL '07	AUSL Imola '08	Media AUSL '08	AUSL Imola '09	Media AUSL '09	AUSL Imola '10	Media AUSL '10	PASSIVITA'
Liquidità immediate e differite	49%	43%	37%	39%	35%	37%	34%	36%	87%	85%	71%	78%	71%	80%	79%	84%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	2%	3%	2%	3%	2%	3%	2%	4%	7%	12%	9%	12%	9%	11%	8%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	49%	55%	60%	59%	62%	61%	63%	61%	9%	8%	17%	14%	17%	11%	10%	8%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	101%	100%	100%	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



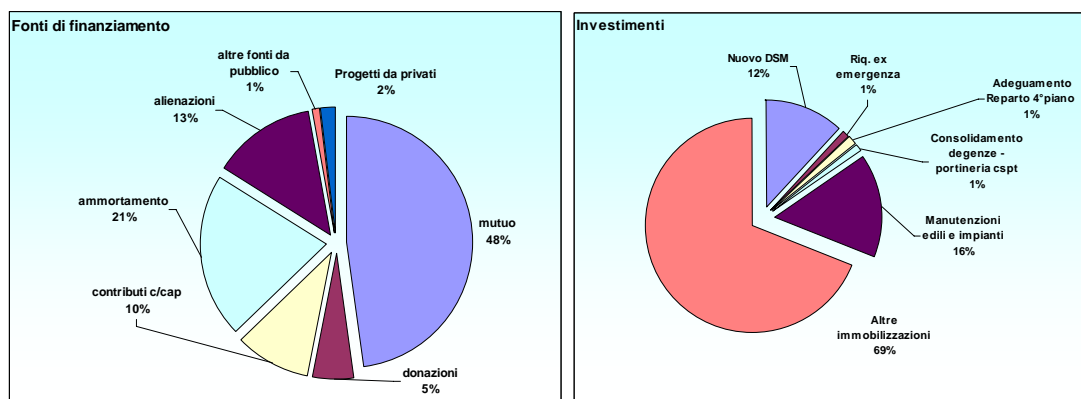
La struttura patrimoniale dell'Azienda evidenzia un attivo nel quale prevalgono gli investimenti a fronte di un passivo dove assumono maggiore rilevanza i debiti a breve termine.

Nel periodo preso in esame i valori dell'AUSL di Imola tendono ad avvicinarsi alla media delle AUSL del gruppo di riferimento, pur continuando a mantenere la caratteristica dell'Azienda che presenta un rapporto tra attivo immobilizzato (investimenti) e patrimonio netto sommato ai finanziamenti a medio lungo termine tra i migliori della Regione.

Di seguito si presenta il prospetto riepilogativo degli investimenti realizzati nel 2010 e delle relative fonti di finanziamento. Come sintetizzato nei grafici in Figura 2.22, l'AUSL di Imola ha completato la realizzazione della nuova sede del Dipartimento di Salute Mentale ed avviato investimenti organici e funzionali alla strategia di innovazione strutturale e organizzativa dell'Azienda. Si nota come il 48% della copertura finanziaria deriva da mutui, il 10% da contributi in conto capitale ed il 34% da autofinanziamento. L'acquisizione mediante donazioni e finanziamenti privati copre complessivamente il 7% della spesa per investimenti dell'anno 2010.

Figura 2.22 - Consuntivo 2010 Piano degli Investimenti dell'AUSL di Imola e fonti di finanziamento

Descrizione intervento	mutuo	donazioni	contributi c/cap	ammortamento	alienazioni	altre fonti da pubblico	Progetti da privati	Totale investimento
NUOVA SEDE DSM								
Fabbricati	€ 362.154		€ 607.263					€ 969.417
*Mobili e arredi	€ 208.509							€ 208.509
Totale parziale	€ 570.663		€ 607.263					€ 1.177.926
Riqualificazione ex emergenza x realizzazione di area ambulatoria multidisciplinare e riorganizzazione attività dh			€ 128.573					€ 128.573
Totale parziale			€ 128.573					€ 128.573
Adeguamento Reparto degenza ordinaria agli standard costruttivi e di accreditamento di porzione del 4° piano			€ 118.266					€ 118.266
Totale parziale			€ 118.266					€ 118.266
Consolidamento corpo degenze zona portineria cspt			€ 114.318					€ 114.318
Totale parziale			€ 114.318					€ 114.318
Manutenzioni edili e impianti immobili AUSL (compreso DL)	€ 1.525.119	€ 16.099						€ 1.541.218
Altre immobilizzazioni								
Attrezzature sanitarie	€ 630.164	€ 430.000				€ 11.236	€ 156.066	€ 1.227.467
Hardware e software	€ 1.070.968	€ 800				€ 41.219	€ 3.900	€ 1.116.887
altri beni	€ 108.236	€ 15.251				€ 4.845	€ 17.067	€ 145.219
Automezzi	€ 69.526	€ 69.000				€ 27.404	€ 23.546	€ 189.476
Ausili per assistenza territoriale	€ 127.931							€ 127.931
Interessi capitalizzati								€ -
Rimborso quota capitale mutuo	€ 633.212				€ 55.000			€ 688.212
Oneri pluriennali su mutui								€ -
Acquisto azioni Montecatone R.I				€ 2.102.000	€ 1.261.000			€ 3.363.000
Totale parziale	€ 2.640.037	€ 515.051	€ -	€ 2.102.000	€ 1.316.000	€ 84.504	€ 200.599	€ 6.858.191
TOTALE GENERALE	€ 4.735.820	€ 531.150	€ 968.420	€ 2.102.000	€ 1.316.000	€ 84.504	€ 200.599	€ 9.938.493



Passando ad una descrizione analitica degli interventi effettuati/conclusi nel 2010, si richiamano:

- *Nuova sede DSM* - Nei primi mesi dell'anno 2010 si sono conclusi i lavori di Manutenzione straordinaria per la realizzazione della residenza e del reparto di diagnosi e cura psichiatrico presso l'Ospedale S. Maria della Scaletta (ex reparto Ortopedia) con la realizzazione di n. 14 pl per la Residenza e di n. 15 pl per il Reparto Diagnosi e Cura, per una superficie lorda di circa 1.550 mq.
- *Tecnologie sanitarie* - Gli investimenti in Tecnologie Sanitarie effettuati nel 2010 hanno riguardato, in particolare, l'attivazione di tecnologie sanitarie destinate ai vari Dipartimenti ospedalieri aziendali per un importo complessivo di circa € 620.000, di cui il maggior importo per

la sostituzione di apparecchiature obsolete o non più manutenibili necessarie per garantire il mantenimento e/o miglioramento dell'attività clinica aziendale. Tra le apparecchiature più rilevanti acquisite, si possono menzionare: un sistema coloratore/montavetrini per l'Anatomia Patologica, quattro monitor fetali, un sistema televisivo per endoscopia con tecnologia HD per la Otorinolaringoiatria e uno per la Gastroenterologia, *set* di trapani per chirurgia Ortopedica, l'implementazione della VIDEO Elettroencefalografia, un nuovo incubatore a CO2 per la Genetica Medica e gli aggiornamenti tecnologici dello Spirometro della Pneumologia e del sistema digitale del Apparecchio Telecomandato della Radiologia.

Si è inoltre proceduto all'acquisizione delle nuove tecnologie per l'attivazione, nel mese di maggio, dei nuovi reparti Area Psichiatria Adulti, presso l'Ospedale S. Maria della Scaletta di Imola, del Dipartimento di Salute Mentale, per un importo complessivo di circa € 10.000.

Di particolare rilevanza risultano le Tecnologie Sanitarie introdotte nel 2010 acquisite mediante donazioni:

- Un Mammografo Digitale e tre Ecotomografi (Cardiologico, Ginecologico e Urologico) di ultimissima generazione per un valore complessivo di € 350.000, da parte della Fondazione Cassa di Risparmio di Imola.
- Due aggiornamenti Tecnologici di Ecotomografi Radiologici per un valore complessivo di € 120.000, da parte della Cassa di Risparmio di Imola - BPL.
- Un elettro-idro-bisturi ed insufflatore per attività di endoscopia Gastrica per un valore complessivo di € 80.000, da parte della Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna.
- Un'auto medica, due Elettrocardiografi e HW e SW per la gestione informatizzata dei tracciati elettrocardiografici per un valore complessivo di € 50.000, da parte della Fondazione Cassa di Risparmio di Ravenna e Banca di Imola.

Nel corso del 2010 sono stati avviati ulteriori "investimenti strategici aziendali", inseriti nel Programma pluriennale degli investimenti, tra cui:

- **Programma investimenti straordinari in Sanità (ex art. 20 Legge 67/88 – 1° stralcio - IV fase).** Si dettagliano gli interventi previsti dall'Accordo di Programma Regionale, avente un costo complessivo di € 5.000.261,67, finanziato con fondi dello Stato – Regione Emilia Romagna:
 - Intervento di manutenzione straordinaria per la riqualificazione degli ex reparti di emergenza dell'Ospedale Civile di Imola, consistente nella realizzazione di un poliambulatorio chirurgico con attività di endoscopia e del reparto di Day Hospital Oncologico.
 - Intervento di ristrutturazione della porzione rimanente del IV piano per le unità operative di attività chirurgica per una superficie complessiva ristrutturata di 3.000 mq. Il costo delle opere è previsto per € 3.700.261,67, con inizio dei lavori avvenuto in data 11 ottobre 2010 per il Day Hospital Oncologico (1° stralcio) e nei primi mesi del 2011 la parte restante del 2° stralcio.

- Intervento di manutenzione straordinaria di porzione del IV piano dell'Ospedale di Imola per la realizzazione di un nuovo reparto di degenza destinato all'UO Chirurgia, sito al IV piano (1.500 mq), con inizio dei lavori avvenuto il 4 ottobre 2010. L'importo dei lavori sarà di € 1.300.000.

▪ **Programmi di intervento per la riduzione del rischio sismico**

Sono stati inoltre realizzati interventi eseguiti con finanziamenti statali per la riduzione del rischio sismico, e finanziamenti aziendali per interventi per il miglioramento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e per la conservazione del patrimonio immobiliare. In particolare, nella porzione a piano terra, destinata alla portineria dell'Ospedale di Castel San Pietro Terme, a marzo 2010 sono stati completati i lavori di miglioramento sismico delle strutture di fondazione, che hanno comportato anche la sistemazione dei locali portineria e ambulatori. Per tale intervento è stato utilizzato uno specifico finanziamento statale gestito dal Servizio Geologico, Sismico e dei Suoli della Regione Emilia Romagna, per un importo di € 816.000.

▪ **Programmi di edilizia sanitaria**

Nel 2010 sono stati, inoltre, completati i seguenti interventi realizzati con fondi dell'azienda:

- Manutenzione della nuova sede dei Poliambulatori chirurgici (Poliambulatori C) a piano terra dell'Ospedale di Imola, con un nuovo riassetto funzionale e distributivo degli spazi (1.000 mq).

- Adeguamento degli spazi degli ex poliambulatori chirurgici C e trasferimento degli studi medici precedentemente posizionati al V piano del corpo degenza, presso dell'Ospedale di Imola.

- Realizzazione della sede di inter-nucleo consistente nella ristrutturazione di una porzione di edificio contiguo all'Ospedale Vecchio, dislocato a piano terra, per la realizzazione di spazi per: ambulatorio infermieristico, continuità assistenziale diurna, consulenze specialistiche, medici di medicina generale per patologie croniche, assistente sociale. L'importo dei lavori è stato di € 200.000 conclusi in aprile 2010.

- Ampliamento degli ambulatori destinati allo screening mammografico presso la UO di Radiologia dell'Ospedale di Imola.

- Manutenzione ordinaria e straordinaria degli ambienti del polo sanitario di Medicina, come la realizzazione dei nuovi spogliatoi, il rifacimento delle finiture di alcuni ambulatori siti al piano terra, oltre alle sistemazioni esterne con il rifacimento dell'asfaltatura dei percorsi, la sistemazione delle grondaie e di porzioni di coperto per una spesa complessiva di € 76.000.

Tabella 2.23 - Grado di rinnovo/obsolescenza del patrimonio dell'AUSL di Imola. Periodo 2006-2010

Indicatore	2006	2007	2008	2009	2010
Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi	13,8%	10,7%	6,1%	6,1%	6,0%
Valore residuo beni durevoli / totale investimenti lordi beni durevoli	72,4%	65,9%	65,1%	63,7%	60,0%

In Tabella 2.23 si evidenzia come l'impatto dei nuovi investimenti - raggiunto un picco nel 2006 - tenda fisiologicamente a ridursi progressivamente tra 2008 e 2010; il valore residuo dei beni durevoli ammonta nel 2010 al 60% del valore lordo totale delle immobilizzazioni.

2.2 Impatto sul contesto territoriale

2.2.1 Impatto economico

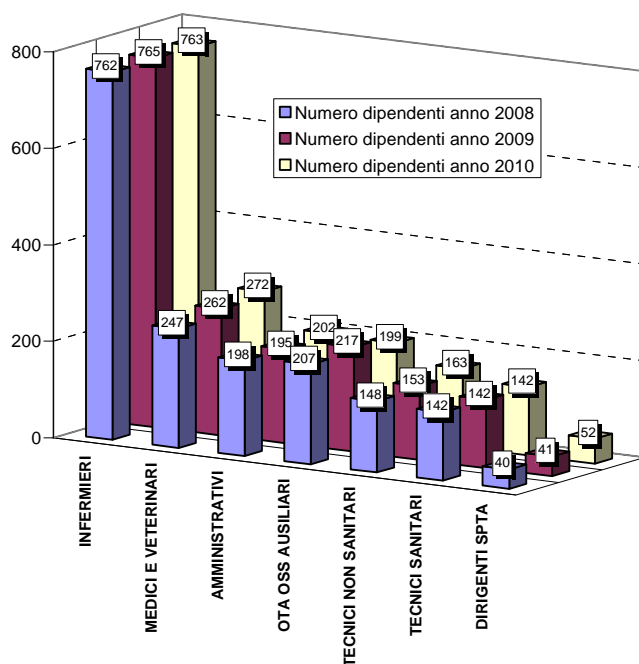
L'AUSL di Imola mantiene nel 2010 una posizione di preminenza, sia sul locale mercato del lavoro, che, più in generale, sul sistema economico/produttivo del territorio.

L'Azienda offre direttamente occupazione a 1.793 persone, ai quali vanno aggiunti i medici convenzionati e il personale con contratto atipico (di cui si rendiconta in Sezione 4).

In Figura 2.24 si evidenzia la distribuzione dei dipendenti per ruolo e residenza nel territorio circondariale: l'80% risiede nei 10 Comuni del Nuovo Circondario Imolese.

Figura 2.24 - Dipendenti della AUSL di Imola per ruolo, e % dei residenti nel territorio circondariale Periodo 2008-2010

Ruolo	Numero dipendenti anno 2008	Numero dipendenti anno 2009	Numero dipendenti anno 2010
INFERMIERI	762	765	763
MEDICI E VETERINARI	247	262	272
AMMINISTRATIVI	198	195	202
OTA OSS AUSILIARI	207	217	199
TECNICI NON SANITARI	148	153	163
TECNICI SANITARI	142	142	142
DIRIGENTI SPTA	40	41	52
Totale	1.744	1.775	1.793
Totale dipendenti residenti	1.422	1.443	1.434
% dipendenti residenti	81,5%	81,3%	80,0%



Per quanto riguarda i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici Ambulatoriali e le Guardie Mediche, il dato 2010 presenta valori stabili rispetto al periodo dell'anno precedente (tabella 2.25).

Tabella 2.25 - Medici medicina generale, Pediatri libera scelta, Medici ambulatoriali e di Continuità assistenziale. Periodo 2007- 2010

Convenzione	2007	2008	2009	2010
Medici di medicina generale	96	97	100	99
Pediatri di libera scelta	20	20	20	20
Medici ambulatoriali	27	25	25	26
Continuità assistenziale	22	26	23	22

Il monte salari e compensi complessivo erogato al personale dipendente e convenzionato nel 2010 è pari a circa 100 milioni di euro.

Si deve poi considerare l'effetto volano economico ed occupazionale indotto dall'AUSL di Imola sul territorio, elemento questo di rilievo nel quadro della crisi economico-finanziaria "esplosa" negli ultimi anni che coinvolge anche questo territorio.

Al dato riguardante i dipendenti dell'AUSL di Imola va, infatti, aggiunto l'indotto generato su imprese del territorio, sia in ordine alla rilevante mole di risorse economiche gestite (oltre 200 milioni di euro/anno di sola spesa corrente) che per la crescente quota di attività - sanitarie e non - esternalizzate.

A tal proposito si segnalano alcuni elementi utili a significare l'impatto economico dell'AUSL di Imola rispetto al territorio:

- un totale di 996 fornitori, dei quali 436 con sede in Emilia Romagna, numero che ricomprende 148 fornitori con sede nel Circondario Imolese (14,8%);

- una spesa, nell'anno 2010, per servizi esternalizzati (alberghieri, tecnici, ausiliari e per prestazioni socio-sanitarie) di circa € 11.800.000, che dà occupazione a circa 340 addetti;
- nell'ambito dei servizi esternalizzati sono stati affidati appalti a cooperative sociali di tipo A e tipo B per un importo annuo di circa € 4.300.000.

2.2.2 Impatto sociale

Anche nel 2010 l'AUSL di Imola ha registrato un considerevole numero di donazione da parte di cittadini, aziende ed istituti bancari per un valore che si avvicina al milione di euro. Tale importo testimonia ancora una volta, oltre la generosità dei cittadini, degli enti e delle aziende, anche e soprattutto il loro attaccamento, in termini di partecipazione attiva e solidale, alla salute pubblica del territorio imolese. Il nostro territorio, d'altronde, ha sempre prestato particolare sensibilità e fiducia verso il settore sanitario, dimostrando con atti di liberalità una particolare disponibilità al sostegno delle attività sanitarie. Come sopra detto, i cittadini e le imprese del mondo produttivo locale nel 2010 hanno contribuito in modo particolare al finanziamento di attività di prevenzione dei tumori e assistenza oncologica, nonché all'acquisizione da parte dell'Azienda di strumenti diagnostici che permettono di migliorare l'offerta qualitativa dei servizi sanitari.

Nonostante la crisi economica, infatti, sono stati raccolti circa € 128.000, versati direttamente a sportelli CUP o tramite conto corrente bancario da privati cittadini.

Circa € 700.000 è il valore delle donazioni in beni e servizi ricevuti da fondazioni, istituti bancari ed aziende del territorio, di cui € 550.000 per attrezzature sanitarie, € 70.000 per automezzi e € 15.000 per arredi, piccoli elettrodomestici e presidi vari.

Altri € 150.000, per lo più donati dalla Fondazione della Cassa dei Risparmi di Imola, hanno finanziato progetti specifici come l'invio dei referti a domicilio ed un progetto della Neuropsichiatria per bambini con sindrome autistica.

In Tabella 2.26 si rappresenta l'andamento e l'importo di lasciti, donazioni e contributi liberali, effettuati da parte della comunità afferente l'AUSL di Imola (cittadini, fondazioni bancarie e altre imprese) dal 2007 al 2010.

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

Tabella 2.26 - Lasciti, donazioni e contributi verso l'AUSL di Imola. Periodo 2007-2010

Lasciti e donazioni	2007	2008	2009	2010
N.ro lasciti e donazioni ricevuti da cittadini	2.218	1.939	1.507	1.106
Importi lasciti e donazioni ricevuti da cittadini	€ 395.380	€ 252.099	€ 176.675	€ 127.378
N.ro donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti	17	80	133	93
Importo donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti	€ 320.508	€ 507.719	€ 2.203.990	€ 666.451

Va inoltre segnalato il grande capitale sociale presente nel territorio imolese. Diverse sono le associazioni di volontariato che a diverso titolo in termini di sussidiarietà esercitano azioni che integrano e completano l'offerta dei servizi ai cittadini. Si ricorda, anche, l'impegno del Comitato Consultivo Misto (CCM), importante forma di partecipazione dei cittadini, che svolge una attiva e costruttiva azione di verifica della qualità dei servizi e di miglioramento dell'accesso ai servizi, a tutela del cittadino.

2.2.3 Impatto culturale

L'AUSL di Imola, accanto all'impegno per lo sviluppo tecnologico e l'eccellenza delle sue strutture sanitarie, ha mantenuto particolare attenzione ed interesse alla conservazione e al recupero del proprio patrimonio artistico, architettonico e culturale. Gli interventi effettuati in questi anni hanno sottolineato l'importanza della salvaguardia del patrimonio artistico e culturale come valore aggiunto all'opera di tutela della salute e come risposta ulteriore alla comprensione sull'importanza dell'umanizzazione nel rapporto medico/paziente.

Conservazione, recupero e valorizzazione del patrimonio artistico ed architettonico

L'AUSL di Imola possiede un notevole patrimonio artistico e culturale in termini di opere d'arte e di beni archivistici e librari. Segnatamente ai beni artistici e di interesse artistico, il patrimonio dell'Azienda è costituito da un assetto di 309 opere per un valore stimato di € 977.555, tutte opere registrate e catalogate ad inventario. Il complesso dei beni artistici è rappresentato prevalentemente da 98 dipinti (circa il 30%), sculture, arredi e suppellettili di natura religiosa derivanti dalle chiese sconsacrate dell'ex complesso ospedaliero Osservanza. In collaborazione con le istituzioni locali, una parte dei beni artistici si trova allocata presso il Museo Diocesano e la Pinacoteca comunale.

Per quanto riguarda i beni archivistici, a conferma di quanto già anticipato nel bilancio di missione 2009, l'Azienda a giugno 2010 ha provveduto al trasferimento dei fondi archivistici degli ex Ospedali Psichiatrici Lolti e Osservanza (1841-1950) presso l'Archivio Storico del Comune di Imola, in base al contratto con il Comune - approvato con deliberazione n. 129 del 12.08.2010 – e previa autorizzazione al trasferimento da parte della Soprintendenza Archivistica per l'Emilia Romagna.

Sono, inoltre, previsti interventi di riordino e inventariazione dei suddetti fondi archivistici, secondo un piano pluriennale di attività concordato dall'Azienda con l'Archivio Comunale di Imola.

Con deliberazione aziendale n. 98 del 29.06.2010 sono state donate alla Biblioteca Comunale di Imola le raccolte librerie relative agli ex Ospedali Lolti e Osservanza, previa autorizzazione della competente Soprintendenza per i beni librari e documentari. Il trasferimento è avvenuto nel mese di luglio 2010. La Biblioteca Comunale di Imola si è impegnata a riordinare e catalogare i fondi librari nel corso dei prossimi anni.

Interventi sul patrimonio immobiliare ed architettonico

Costante è stato negli ultimi anni l'impegno per il recupero dell'ex area manicomiale del "Lolli". Diversi sono stati gli interventi di natura immobiliare che hanno portato al pieno recupero e utilizzo di diversi stabili. Nel 2010 è entrata pienamente in funzione, dopo un prezioso intervento di ristrutturazione e recupero, la struttura della ex Direzione Lolli dove hanno trovato collocazione il poliambulatorio multidisciplinare, il nuovo Centro unico prenotazioni e il Dipartimento di Salute Mentale.

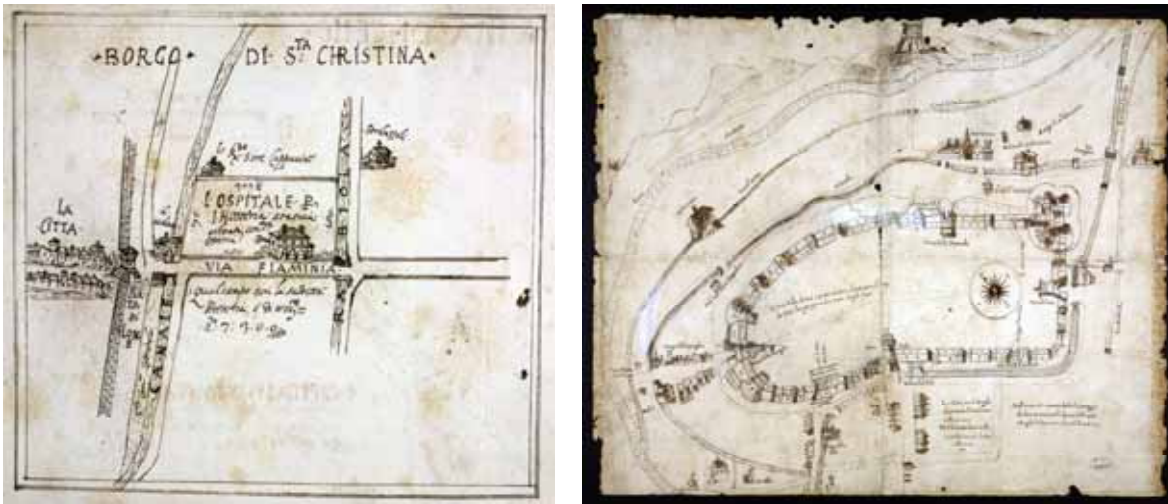


L'immobile oggetto dell'intervento è sito in Imola, Piazzale Giovanni dalle Bande Nere n. 11 ed è porzione dell'ex Ospedale Psichiatrico "Lolli", realizzato nel 1880. I lavori, completati nell'autunno del 2009, hanno comportato il recupero dell'edificio mediante il risanamento delle strutture, la realizzazione di partizioni interne e il recupero dei dipinti presenti sulle pareti di vari ambienti, con tecniche di restauro conservativo, per un costo complessivo, comprensivo degli arredi ed IVA, di € 4.722.000.

Altro intervento, sempre nel 2010, ha riguardato lo stabile ove è collocata la Camera Mortuaria. Al di là degli aspetti tecnici che hanno riguardato l'ampliamento e la messa a norma della struttura al fine di migliorare la condizione dei locali dedicati alla preparazione, vestizione ed esposizione delle salme – che a causa della carenza di spazi generavano problemi di mancato rispetto della privacy e della dignità - è di particolare rilevanza il pregio storico dell'immobile.

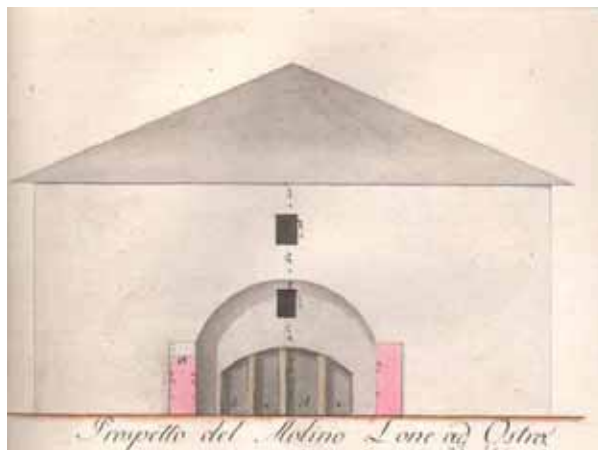
Cenni storici

La Camera Mortuaria dell'AUSL di Imola è inserita nella vecchia costruzione del Molino di Lone (originariamente detto Molino Illione) sulla vecchia via Emilia ora via Amendola al numero civico 18. Anticamente il Molino sorgeva in prossimità della Porta d'Alone (Porta Bologna) a circa 200 mt dall'attuale collocazione.



Collocazione originaria Molino Ilione

Con l'inizio dei lavori dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta, ad opera dell'architetto Cosimo Morelli, il Molino fu demolito per essere ricostruito nell'attuale sede. Al canale che lo serviva venne fatta una deviazione. La Congregazione della Carità dell'Ospedale in seguito divenne proprietaria del Molino.



Prospetto del Molino Lone
Rilievo eseguito dall'Ing. Pirazzoli nel 1825

Il molino, del tipo ad "Ostro" con ingresso dell'acqua a Sud, in origine aveva due coppie di macine in pietra, per grano e per granone che funzionavano con ruote idrauliche. Nel 1934 furono aggiunti quattro laminatoi a cilindri da otto passaggi che funzionavano con una turbina. Nel 1949 venne impiantato anche un grosso laminatoio per mangimi, orzo e granoturco. Forniva farina a tutti gli ospedali di Imola, compresi i sanatori, macinando il grano dei poderi della Congregazione. Il mulino ha chiuso definitivamente nel 1955, parte dei locali della costruzione è stata convertita a Camera mortuaria ancora utilizzata.

Altro intervento avviato nel 2010, riguarda il recupero dei locali dell'ex Padiglione 3 del complesso manicomiale "Lolli" che, a seguito di convenzione con l'Alma Mater Studiorum-Università di

Bologna, verranno adibiti a laboratori per le Facoltà di Farmacia ed Agraria a disposizione dei corsi universitari che si svolgono a Imola.

2.2.4 Impatto ambientale

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

Nel corso del 2010, l'AUSL di Imola, nell'ambito delle politiche energetiche, ha aderito alla convenzione fra l'agenzia regionale Intercent-ER e la società HERACOMM per la fornitura di energia elettrica, stipulando un contratto di durata annuale.

Sempre nel 2010 l'AUSL di Imola, al fine di perseguire migliori condizioni economiche di fornitura del Gas Metano, ha aderito, per una prima parte dell'anno, ad una convenzione per l'acquisto del Gas Metano sul libero mercato fra Consenergy2000 (consorzio cui è associata) ed HERACOMM e successivamente alla convenzione fra l'agenzia regionale Intercent-ER e la società HERACOMM. Entrambe le convenzioni hanno portato ad uno sconto sul prezzo del Gas per tutto l'anno 2011.

Si è proseguito, inoltre, nella campagna di sensibilizzazione, informazione ed orientamento rivolta ai propri operatori, al fine di un corretto e più razionale uso dell'energia.

Tale attività si è manifestata tramite adeguata informazione, mediante affissione di appositi cartelloni informativi presso le sedi dell'azienda e tramite la gestione della casella di posta elettronica iospengolospreco@ausl.imola.bo.it, appositamente attivata, secondo il piano predisposto dalla Regione Emilia Romagna relativo alla medesima campagna, per la segnalazione tempestiva di sprechi rilevati dagli operatori sanitari e amministrativi.

Presso il Polo Formativo aziendale, con un modulo di 4 ore, si è dato corso ad attività di addestramento, in base ad un *format* della Regione Emilia Romagna relativo alla campagna "io spengo lo spreco", avente ad oggetto "Uno sviluppo sostenibile per la sanità e per la comunità (24-25 novembre 2010).

Monitoraggio consumi e spesa

Nel 2010 è proseguita la sistematica memorizzazione delle fatture competenti alle utenze GAS, Energia Elettrica, Acqua Potabile e Teleriscaldamento, utili ad assolvere annualmente al disposto della L. 10/90 in materia di ricognizione delle risorse energetiche, gestione delle risorse e nomina dell'*energy manager*.

L'UO Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche è continuamente impegnata, per conto di tutta l'Azienda, al popolamento del Data Base Access e alle relative personalizzazioni ed affinamenti che si rendono necessari per la caratterizzazione delle statistiche, via via richieste a questa amministrazione dalle Strutture Centrali (Ministero della Salute, Regione Emilia Romagna, FIRE). L'iter della L. 10/90 prevede la comunicazione dei dati di consumo di Energia Primaria (espressi in TEP, tonnellate equivalenti di petrolio) al registro nazionale FIRE, avvenuta, per il 2010, nei modi e nei tempi prescritti.

Gli stessi dati e statistiche di elaborazione vengono utilizzati dall'*Energy Manager* Aziendale per monitorare gli andamenti nel corso dell'anno, ai fini di previsione di budget o di proiezione di bilancio finale di acquisto di Energia Primaria.

In particolare, sulla scorta anche di questi dati, nel corso del 2010 si è potuto aprire un tavolo di confronto e di rinegoziazione del prezzo del Teleriscaldamento con il fornitore UNICO HERA SPA, che ha portato l'Azienda a siglare un protocollo con lo stesso fornitore, che prevede benefici per l'azienda in termini tariffari a fronte di azioni virtuose in termini di prelievo di energia termica in specifiche fasce orarie.

Monitoraggio della realizzazione dei progetti UO Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche (UOPTI)

Si è proseguito nel lavoro indicato a suo tempo dalla Regione Emilia Romagna, presso il tavolo di coordinamento degli *Energy Manager*, relativamente alla progettazione a nuovo o alla riqualificazione di reparti attraverso soluzioni che utilizzano materiali ecocompatibili.

Al fine di ridurre l'impatto ambientale, si applicano normalmente tutte le misure tecniche ed organizzative per migliorare l'efficienza energetica e il contenimento dei consumi idrici. Nello specifico per quanto riguarda l'impianto elettrico, il miglioramento è declinato mediante:

1. utilizzo di lampade fluorescenti, a basso consumo e/o a led e l'abbandono totale delle lampade alogene e/o a incandescenza;
2. applicazione di sistemi di "dimmerizzazione" (regolazione dell'intensità luminosa) dei corpi illuminanti presenti negli ambienti, che permetta un minore utilizzo di energia e contemporaneamente crei un ambiente più gradevole (confort) per il pubblico e per i degenti.

Per quanto concerne il miglior impiego dell'energia termica, si sta operando curando contemporaneamente, in ogni sistema o sottosistema, i seguenti 4 parametri:

- Produzione di calore.
- Distribuzione di energia termica.
- Regolazione di impianto in distribuzione.
- Isolamento termico (caratteristica dell'Involucro).

Quanto alla produzione di calore giova ricordare che la maggior parte delle strutture di AUSL Imola è servita da Teleriscaldamento (trasmissione di calore con fluido a basso contenuto entalpico) distribuito in rete da Hera sul Comprensorio Imolese. Questa caratteristica di base permette di assicurare il miglior impiego di energia primaria (combustibile) in quanto il Teleriscaldamento è un prodotto di CO-generazione combinata di energia Elettrica e calore.

Quanto alla Distribuzione di Energia Termica si adottano soluzioni avanzate impieganti coibentazioni e tecniche di distribuzione ottimizzate dei fluidi che veicolano il calore.

Quanto alla regolazione (utile ad ottimizzare per ogni ambiente la climatizzazione) sono normalmente adottate: valvole di regolazione o termostatiche sui corpi scaldanti e regolazione automatica della portata d'aria di reparto con sistemi a portata costante.

Quanto all' Isolamento termico (caratteristica dell'Involucro edilizio) sono normalmente adottati:

- infissi in alluminio con taglio termico e dotati di vetro camera a basso indice di irraggiamento.
- Infissi in legno dotati di vetro camera a basso indice di irraggiamento, che hanno caratteristica di Trasmittanza di valore voluto e controllato.
- Isolamenti addizionali alle pareti esterne disperdenti dell'involucro edilizio aventi caratteristica di Trasmittanza di valore voluto e controllato.

Si deve considerare che l'evoluzione della normativa, in materia di sicurezza ambientale e confort alberghiero, implica un sempre maggiore utilizzo di impianti di trattamento aria.

Questo implica impianti che sono notoriamente particolarmente energivori e che (intrinsecamente) neutralizzano in parte le caratteristiche di isolamento dell'involucro edilizio. Pertanto si adottano criteri di progettazione che implicano tecnologie a massimo rendimento energetico, macchine di ventilazione con regolazione continua della portata (*inverter*), motori a basse perdite, sistemi di produzione del freddo ad alto valore di rendimento (COP).

Acqua

L'acqua potabile non è esattamente e direttamente un prodotto energetico, ma ha un grande valore in termini di sostenibilità. Nei progetti sono adottate come misure tecniche per la riduzione del consumo di acqua potabile:

- cassette di risciacquo a doppio pulsante;
- rubinetterie con aeratore nei lavandini e nei lavelli;
- inserimento nell'erogatore della doccia di riduttore di flusso.

Nei plessi dove è impiegata una tipologia di acqua industriale o tecnica saranno riattivati i pozzi artesiani storicamente presenti, compatibilmente con la qualità tecnica della medesima.

Manutenzione

In Termini di Energia la *mission* della Manutenzione si intende come l'insieme delle azioni tese al mantenimento delle caratteristiche Edili e Impiantistiche e dove possibile al miglioramento delle stesse. La manutenzione Edile e Impianti utilizza i migliori criteri di ottimizzazione dell'utilizzo dell'energia nella fase di intervento correttivo e di mantenimento delle caratteristiche funzionali.

In particolare:

- controllo verifica e ripristino delle coibentazioni edili e impiantistiche;
- controllo periodico della qualità della combustione (laddove presente) e sostituzione (a fine vita) dei produttori di calore (caldaie) con altri a miglior rendimento energetico;
- applicazione dei protocolli di controllo degli impianti previsto dalla normativa europea, nazionale e regionale.

Casi di studi per futuri sviluppi

Nel 2010 è stato studiato un caso specifico di miglioramento nell'utilizzo dell'acqua potabile per portare ad un minore prelievo dalla rete potabile, surrogandola, a soli scopi tecnici, con l'acqua di un pozzo presso l'Ospedale di Imola, argomento oggetto di una tesi di laurea presso Università di

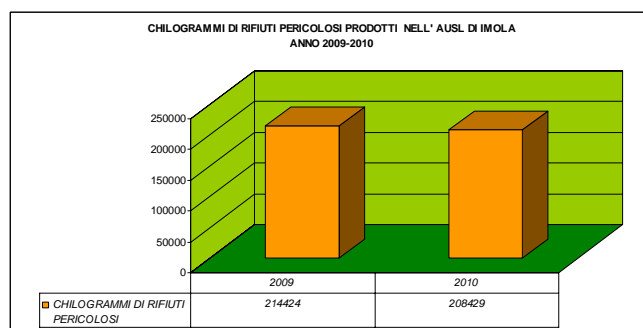
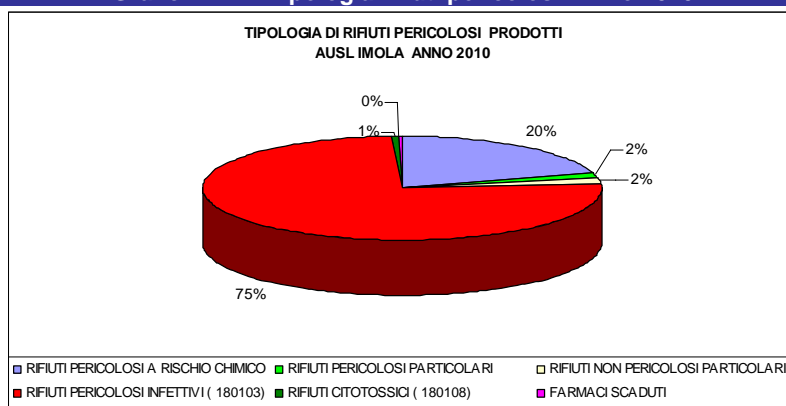
Bologna Facoltà di Ingegneria Gestionale. A maggio 2010, l'*Energy manager* con il documento PSA_fotovoltaico.doc ha svolto una ricognizione tesa a verificare le potenzialità in tema di Energia da Fonti Rinnovabili in relazione agli immobili dell' AUSL di Imola.

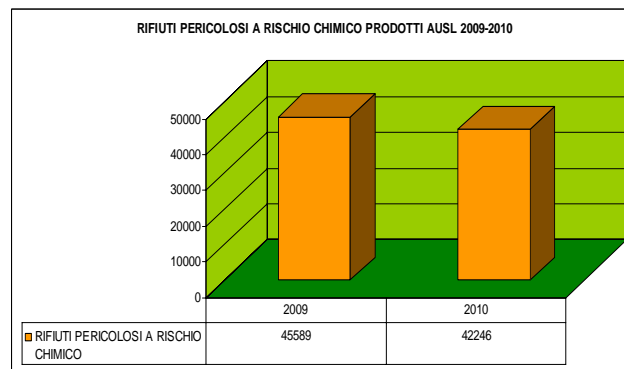
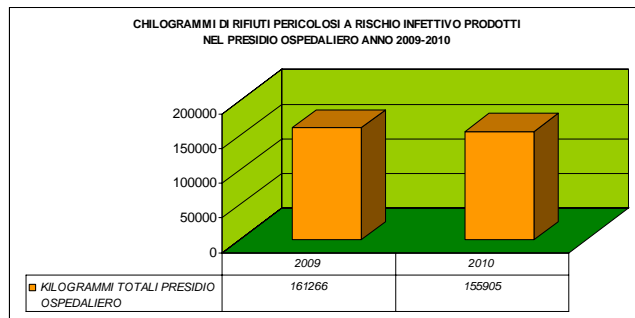
Sul fronte della gestione dei rifiuti sanitari si è proseguito nella messa a punto della procedura "Gestione del percorso del rifiuto prodotto dalle strutture dell'AUSL Imola".

A seguito dell'aumento complessivo di chilogrammi di rifiuti, ravvisato nel corso degli anni passati, è stata intrapresa un azione di formazione e informazione sullo smaltimento degli stessi, da maggio a dicembre 2010, coinvolgendo il 50% del personale aziendale (474 operatori formati / 945 da formare) che ha portato alla riduzione complessiva della produzione dei rifiuti pericolosi e al relativo aumento del rifiuti differenziati. In particolare si evidenzia:

- La diminuzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo: da kg 161.266 nel 2009 a kg 155.905 nel 2010, con una contrazione pari a -3,3%.
- La diminuzione dei rifiuti pericolosi a rischio chimico: da kg 45.589 del 2009 a kg 42.246 nel 2010, pari a -7,3 %.
- Il mantenimento di produzione dei rifiuti liquidi del laboratorio da kg 30.475 a kg 33.590 (smaltimento iniziato nel mese di febbraio 2009).
- Una migliore gestione dello smaltimento dei farmaci scaduti.

Grafici 2.27 – Tipologia rifiuti pericolosi. Anno 2010





Piano della Mobilità aziendale

Nell'ambito del Piano della Mobilità aziendale, nel 2010 è stato completato il progetto di viabilità e sosta nell'area dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta di Imola, che a partire dal 15 aprile 2010 ha previsto una nuova regolamentazione di accesso e viabilità su tutte le aree ospedaliere. In particolare la riorganizzazione, oltre a garantire circa 180 nuovi posti auto, tra parcheggio dipendenti, ampliamento del parcheggio generale e posti riservatisi, prevede:

- la regolamentazione con sbarre elettroniche attivabili tramite appositi *pass* su tutte le aree di viabilità e sosta dell'Ospedale;
- l'individuazione di distinte zone riservate a parcheggio per il personale dipendente e per auto di servizio e autorizzate;
- l'individuazione, con aumento di posto auto, di zone parcheggio riservate ai disabili e utenti che accedono al servizio di Nefrologia e Dialisi;
- di dedicare il vialetto di ingresso all'ospedale esclusivamente al traffico ciclabile e pedonale.

E' stata rinnovata nel 2010 la convenzione con ATC per l'acquisto da parte dei dipendenti di abbonamenti a prezzo agevolato, nell'ambito del progetto di promozione della Mobilità Collettiva, con riferimento al percorso casa-lavoro, incentivando l'uso del mezzo pubblico (sono stati superati i 200 abbonamenti).

2.3 Livelli essenziali di assistenza

Nei paragrafi seguenti viene esplicitato il valore dei risultati aziendali per singolo LEA, dandone una evidenziazione circa il loro posizionamento nel Sistema Regionale, in logica di *benchmarking*.

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

A questo proposito è necessario premettere che in diverse circostanze l'ultimo dato di costo, messo a disposizione dalla Regione, è relativo all'esercizio 2009; così come spesso l'ultimo esercizio in cui è possibile il confronto regionale per *output* è il 2009 e, pertanto, in dette occasioni, i dati di attività 2010 presentati originano da fonti interne aziendali. La serie storica privilegiata prende a riferimento, di norma, l'ultimo triennio/quadriennio.

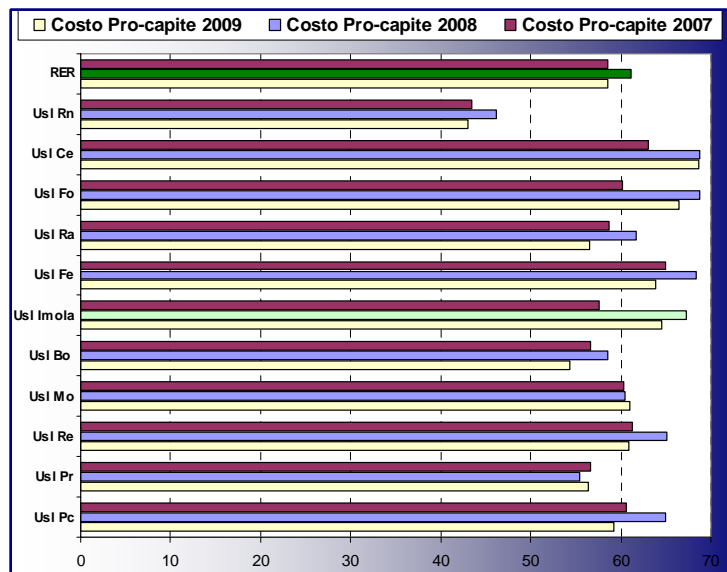
2.3.1 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Nell'esercizio 2009 si registra, rispetto all'anno precedente, una riduzione del costo pro-capite del livello di assistenza Sanità Pubblica dell'AUSL di Imola, che passa da € 67,33 del 2008 a € 64,62 del 2009, pari ad un abbattimento del 4,02%. Nonostante ciò il costo pro-capite di Imola per tale livello di assistenza rimane uno dei più alti a livello regionale, risultando superiore di € 6,07 rispetto a quello medio regionale, pari a € 58,55.

Tabella 2.28 - Andamento del costo pro-capite del livello Assistenza Sanità Pubblica, confronto tra AUSL e dato medio RER. Anni 2007, 2008 e 2009

	Costi 2007 (*)	Costo Pro-capite 2007	Costi 2008 (*)	Costo Pro-capite 2008	Costi 2009 (*)	Costo Pro-capite 2009	Var. costi 2009/2008	Var. costi procapite 2009/2008
Usl Pc	17.974	60,64	19.382	64,91	18.523	59,29	-4,43%	-8,66%
Usl Pr	26.689	56,72	26.419	55,45	28.264	56,36	6,98%	1,64%
Usl Re	33.638	61,27	36.326	65,11	35.262	60,89	-2,93%	-6,48%
Usl Mo	41.437	60,29	42.092	60,52	42.525	61,04	1,03%	0,86%
Usl Bo	42.596	56,70	44.492	58,52	41.156	54,36	-7,50%	-7,11%
Usl Imola	6.215	57,60	7.361	67,33	7.292	64,62	-0,94%	-4,02%
Usl Fe	21.298	64,92	22.841	68,40	20.522	63,88	-10,15%	-6,61%
Usl Ra	20.808	58,73	21.831	61,67	20.207	56,55	-7,44%	-8,30%
Usl Fo	11.744	60,15	13.761	68,73	13.833	66,41	0,52%	-3,38%
Usl Ce	12.451	63,02	13.761	68,71	14.108	68,67	2,52%	-0,06%
Usl Rn	12.420	43,43	13.365	46,20	12.309	43,04	-7,90%	-6,84%
RER	247.269	58,54	261.631	61,19	254.001	58,55	-2,92%	-4,31%

* Costi totali in migliaia di euro



Programmi regionali di *screening* e coperture vaccinali

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

Tabella 2.29 - % di adesione allo screening per la prevenzione dei tumori della AUSL di Imola e confronto con la media RER. Periodo 2006-2009

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto		ANNO 2006		ANNO 2007		ANNO 2008		ANNO 2009	
		IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
% Avanzamento Programma (*)	Screening tumore collo dell'utero	80,6%	94,6%	100,5%	101,1%	110,2%	105,4%	84,9%	101,2%
	Screening tumore della mammella	91,4%	90,2%	111,2%	97,8%	99,7%	99,2%	89,0%	102,6%
	Screening Colon Retto	119,2%	124,1%	67,0%	92,8%	101,9%	101,0%	73,6%	92,1%
% Adesione a invito (**)	Screening tumore collo dell'utero	66,4%	50,8%	60,8%	57,2%	67,5%	60,9%	62,0%	61,9%
	Screening tumore della mammella	71,0%	70,6%	72,4%	73,5%	75,8%	72,4%	78,9%	73,2%
	Screening Colon Retto	52,3%	48,4%	43,4%	47,6%	58,8%	53,7%	58,9%	51,5%

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

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

Come si può vedere in Tabella 2.29, l'AUSL di Imola conferma negli anni, per tutti e tre gli *screening*, una adesione ai programmi – "*% delle persone aderenti rispetto alle persone da invitare nell'anno*" – al di sopra della media regionale.

Diversamente, per quanto riguarda l'avanzamento del programma - indicatore che valuta la "*% di inviti rispetto alla popolazione bersaglio annuale*" (cioè da invitare) – che nel 2009 presenta invece una flessione rispetto agli anni precedenti.

Criticità quest'ultima che tende al superamento nel 2010, in quanto si riscontra una ripresa del *trend* positivo dell'indice di avanzamento, specialmente per quanto riguarda lo *screening* collo dell'utero e colon retto. I dati sotto riportati sono stati elaborati dall'UO Anatomia Patologica –

capofila aziendale dei programmi di *screening*, fonte dei dati regionali al 2009 - confermano tale indirizzo, con alte percentuali espresse in particolare dai due indicatori sugli *screening* collo dell'utero e colon retto. Da migliorare lo screening della mammella.

Avanzamento del programma anno 2010

- *Screening* Collo dell'utero: 93%
- *Screening* Mammografico: 73%
- *Screening* Colon-Retto: 109%

Adesione a invito anno 2010

- *Screening* collo dell'utero: 54,6% (6.304 aderenti su 11.536 inviti). A queste vanno aggiunte 5.447 adesioni spontanee al pap-test (accessi spontanei al nostro servizio pap-test e pap-test fatti dal ginecologo privato a donne che comunque hanno ricevuto l'invito), ciò a dimostrazione che la copertura della popolazione da parte del test è molto elevata e che persone che non hanno aderito all'invito hanno comunque effettuato il pap-test.
- Screening Mammografico: 57%;
- Screening Colon-Retto: 51%.

Vaccinazioni infantili

Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili, l'AUSL di Imola mantiene valori di copertura elevati, anche se si registra un aumento dei genitori che rifiutano le vaccinazioni obbligatorie per i propri figli. Le vaccinazioni dei minori 0-17 anni sono assicurate dalla Pediatria di Comunità, strutturalmente afferente al Dipartimento delle Cure Primarie - così come da indirizzo regionale - e funzionalmente partecipe del Dipartimento Materno Infantile.

I dati 2010 mostrano il consolidamento da parte della AUSL di Imola delle coperture vaccinali, presentando, ove possibile il confronto (anno 2009), dati superiori alla media regionale. Nell'anno 2010 per il quale vengono riportati i dati della sola AUSL di Imola si evidenzia una lievissima flessione, rispetto all'anno precedente.

Tabella 2.30 - Tasso di copertura per vaccinazioni nei bambini di 2 anni della AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2009 e anno 2010 per l'AUSL di Imola

Copertura vaccinale nei bambini	ANNO 2007		ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010
	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA
Vaccinazioni obbligatorie	98,9%	97,3%	98,0%	97,2%	97,6%	97,1%	97,0%
Poliomelite	99,1%	97,6%	98,2%	97,4%	97,7%	97,3%	97,0%
Vaccinazioni facoltative							
(di cui) Rosolia	97,1%	93,4%	96,0%	93,4%	96,0%	93,7%	96,0%
(di cui) Morbillo	97,1%	93,5%	96,1%	93,6%	96,0%	93,7%	96,0%
Emofilo (HIB)	97,0%	96,7%	96,9%	96,5%	97,1%	96,5%	96,0%
Pertosse	98,7%	97,3%	97,9%	97,1%	97,6%	97,1%	97,0%

La Tabella 2.31 mostra la copertura vaccinale meningococco a 24 mesi e a 16 anni, rispetto alla quale l'AUSL di Imola raggiunge valori percentuali superiori alla media regionale.

**Tabella 2.31 - Tasso copertura meningococco per vaccinazione a 24 mesi e 16 anni.
Periodo dal 2007 al 2010**

Copertura vaccinale per HPV e meningococco	ANNO 2007		ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010	
	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
Copertura vaccinale meningococco coorte 2005	92,4%	88,5%						
Copertura vaccinale meningococco coorte 1991	83,3%	68,7%						
Copertura vaccinale meningococco coorte 2006			95,5%	92,4%				
Copertura vaccinale meningococco coorte 1992			86,1%	74,4%				
Copertura vaccinale meningococco coorte 2007					95,8%	93,2%		
Copertura vaccinale meningococco coorte 1993					91,1%	74,8%		
Copertura vaccinale meningococco coorte 2008							86,8%	nd
Copertura vaccinale meningococco coorte 1994							93,3%	nd

L'AUSL di Imola, come risulta dalla Tabella 2.32, è stata altresì tra le più performanti ad attuare le campagne rivolte alle adolescenti per HPV.

Tabella 2.32 - Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1996-1998 distinte per Azienda Usi al 30/06/2010

Copertura vaccinale HPV	Copertura al 30/06/2010		Copertura al 30/06/2010		Copertura al 30/06/2010	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi
per le coorti di nascita 1996 - AUSL IMOLA	64,7	61,7				
per le coorti di nascita 1996 - RER	51,88	47,32				
per le coorti di nascita 1997 - AUSL IMOLA			95,7	93,1		
per le coorti di nascita 1997 - RER			75,69	71,83		
per le coorti di nascita 1998 - AUSL IMOLA					87,4	83,5
per le coorti di nascita 1998 - RER					71,55	52,36

* Coorte di nascita con offerta gratuita su presentazione spontanea

La Pediatria di Comunità anche nel 2010 si è attivata per la copertura vaccinale antiinfluenzale nei confronti di bambini classificati come malati cronici. A tal fine sono stati chiamati 1.417 bambini per l'esecuzione della vaccinazione contro l'influenza stagionale, secondo le indicazioni ministeriali e regionali. Il 35% dei minori malati cronici sono stati vaccinati contro l'influenza e circa un centinaio di bambini è stato vaccinato, secondo le indicazioni, con 2 dosi. Sono stati chiamati, inoltre, anche i bambini di età fino a 5 anni con patologie a rischio per malattia invasiva da pneumococco per essere vaccinati con il nuovo vaccino PREVENA 13, secondo le indicazioni regionali: i bambini vaccinati sono stati 150, di cui circa la metà con 2 dosi.

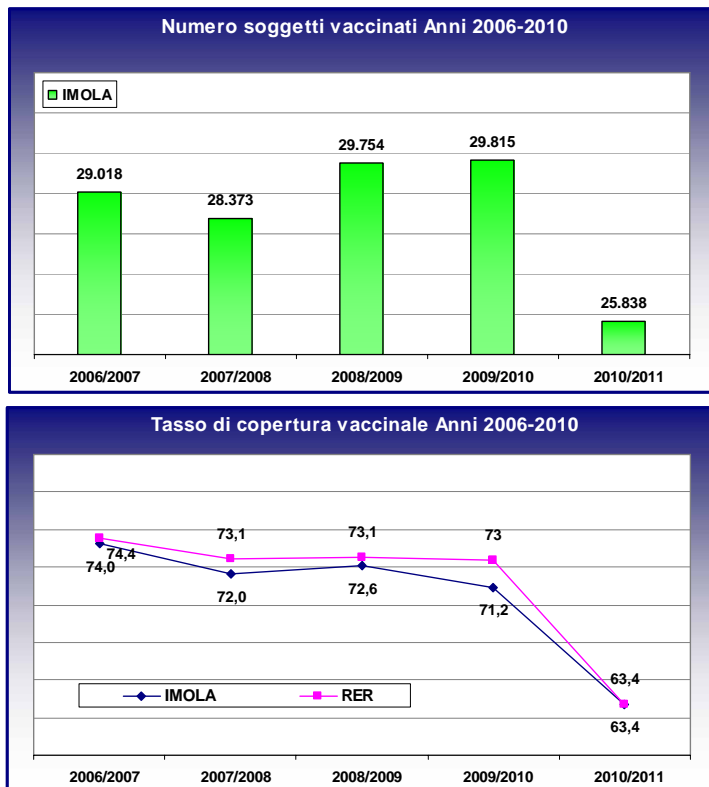
Per quanto concerne la vaccinazione antinfluenzale, la campagna 2010/2011 ha evidenziato complessivamente un calo dei soggetti vaccinati in tutte le AUSL della Regione. Tale fenomeno è con grande probabilità da imputare ad una "sfiducia" nei confronti della vaccinazione antinfluenzale, conseguente agli effetti molto modesti della temuta Pandemia dell'anno precedente ed alla diffusione dei timori sul vaccino pandemico. I dati, peraltro non ancora consolidati, mostrano un calo nella considerevole: la copertura si sarebbe abbassata a circa 26.000 persone vaccinate contro le 30.000 della precedente campagna, con un tasso di copertura della popolazione anziana di età superiore a 65 anni pari a 63,4% (contro 71,1% dell'anno precedente) esattamente sovrapponibile alla media regionale.

Grafici 2.33 - Numero di vaccinati contro l'influenza e tasso di copertura nei over 65 anni dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2006-2010

N.ro soggetti vaccinati	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
IMOLA	29.018	28.373	29.754	29.815	25.838
RER	1.019.753	988.671	1.024.037	982.035	844.920
Tasso copertura vaccinale	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
IMOLA	74,0	72,0	72,6	71,2	63,4
RER	74,4	73,1	73,1	73	63,4

* nella campagna 2010/2011 i dati non sono definitivi

N.B. La popolazione di riferimento è quella al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale Fonte Servizio Sanità Pubblica



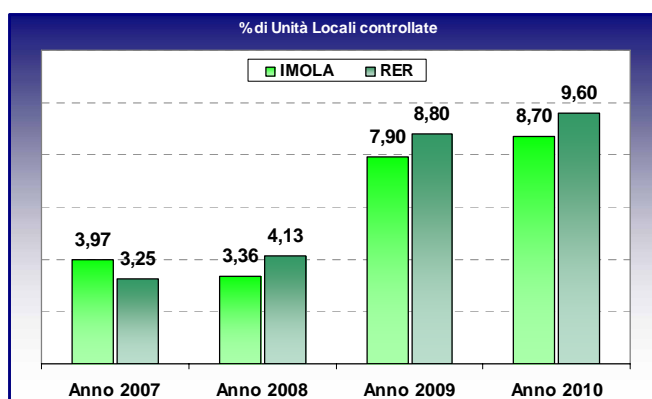
Controlli sugli ambienti di lavoro

L'attività di vigilanza sugli ambienti di lavoro si è sviluppata in linea con gli indirizzi regionali ed aziendali di settore. In Figura 2.34 si presentano i tassi di copertura dei controlli e la % di aziende sanzionate nel territorio circondariale, a confronto con la media regionale.

A commento dei dati sotto riportati, va segnalato che, a partire dall'anno 2009, su indicazione regionale si è seguito un diverso criterio di rilevazione dei dati, per cui gli indicatori riferiti a questi ultimi due esercizi risentono di tale fattore. Al di là di tale precisazione, nel 2010 si è registrato un aumento del numero dei controlli, sostanzialmente in linea col dato medio regionale e una % di aziende sanzionate superiore rispetto al 2009.

Figura 2.34 - % imprese controllate e imprese con infrazione, nell'ambito dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010

Controlli sugli ambienti di lavoro		Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
AUSL Imola	% di Unità controllate	3,97	3,36	7,90	8,70
	% di Aziende sanzionate su controllate	22,9	28,0	19,9	31,3
RER	% di Unità controllate	3,25	4,13	8,80	9,60
	% di Aziende sanzionate su controllate	27,4	23,4	15,4	18,1



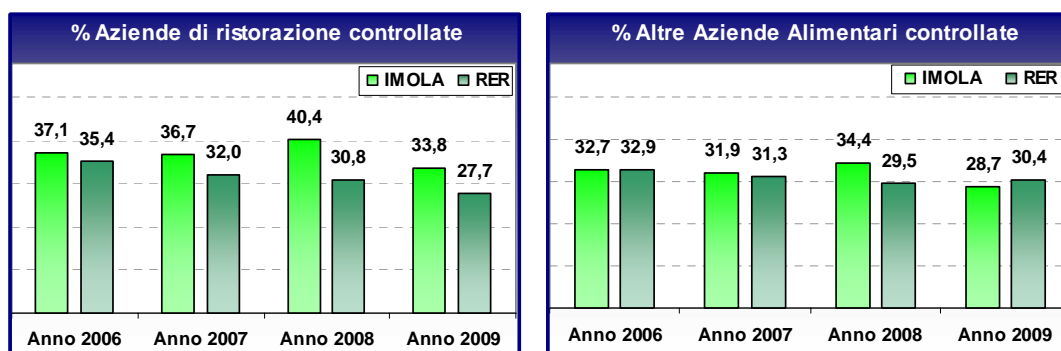
Controlli nelle industrie alimentari e negli allevamenti

Come mostra la Figura 2.35, per quanto riguarda l'attività di vigilanza sulle aziende di ristorazione e alimentari, l'AUSL di Imola presenta, nel periodo 2006 – 2009 (la Regione non messo ancora a disposizione i dati relativi all'anno 2010), tassi di copertura superiori a quelli medi regionali, ad eccezione dei controlli sulle aziende alimentari limitatamente al 2009, dove rispetto alla media regionale l'AUSL di Imola presenta una leggera flessione.

Il dato relativo all'indicatore “% di aziende sanzionate su controllate” risulta, per quanto riguarda le aziende di ristorazione, in diminuzione rispetto al 2008, seppur ancora superiore alla media regionale. In riferimento alle aziende alimentari il dato imolese delle aziende sanzionate risulta inferiore sia al dato 2008, che al dato medio regionale.

Figura 2.35 - % aziende alimentari e di ristorazione controllate e con infrazioni della AUSL di Imola e confronto RER periodo 2006 – 2009

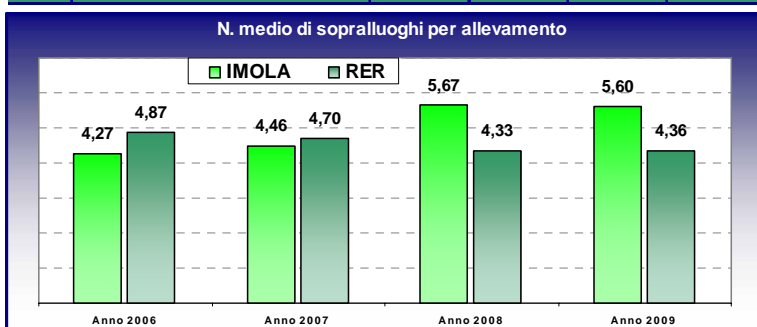
Controlli su Aziende di Ristorazione e Alimentari			Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Aziende di Ristorazione	AUSL Imola	% di Aziende di ristorazione controllate	37,1	36,7	40,4	33,8
		% di Aziende sanzionate su controllate	15,5	35,7	35,8	32,3
	RER	% di Aziende di ristorazione controllate	35,4	32,0	30,8	27,7
		% di Aziende sanzionate su controllate	30,6	28,6	32,8	27,5
Altre Aziende Alimentari	AUSL Imola	% di Aziende di trasformazione / lavorazione / confezionamento controllate	32,7	31,9	34,4	28,7
		% di Aziende sanzionate su controllate	11,3	19,0	38,6	25,2
	RER	% di Aziende di trasformazione / lavorazione / confezionamento controllate	32,9	31,3	29,5	30,4
		% di Aziende sanzionate su controllate	30,4	28,0	31,8	31,9



In figura 2.36 si riportano invece i dati relativi al numero medio di sopralluoghi per allevamento nell'AUSL di Imola e confronto con i dati regionali.

**Figura 2.36 - sopralluoghi per allevamento nell'ambito della AUSL di Imola e confronto RER
Periodo 2006-2009**

Controlli sugli allevamenti		Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
AUSL Imola	Allevamenti esistenti AUSL Imola	1.019	944	737	741
	Sopralluoghi effettuati AUSL Imola	4.348	4.214	4.180	4.155
	N. medio di sopralluoghi per allevamento	4,27	4,46	5,67	5,60
RER	Allevamenti esistenti RER	25.225	25.357	27.021	27.009
	Sopralluoghi effettuati RER	122.804	119.324	117.064	117.949
	N. medio di sopralluoghi per allevamento	4,87	4,70	4,33	4,36



L'AUSL di Imola per quanto riguarda l'attività di controllo sugli allevamenti mantiene anche nel 2009, come si può osservare in tabella 2.36, un dato in termini di "numero medio di sopralluoghi per allevamento" superiore a quello medio regionale.

Performance che si conferma anche per l'anno 2010. Sulla base dei dati rilevati dal Servizio Veterinario aziendale (non essendo disponibili i dati dal sito regionale) si registrano, per quanto riguarda l'attività di controllo e sorveglianza n. 4.490 accessi su numero di allevamenti rilevati al 31/12/2010 pari a 784.

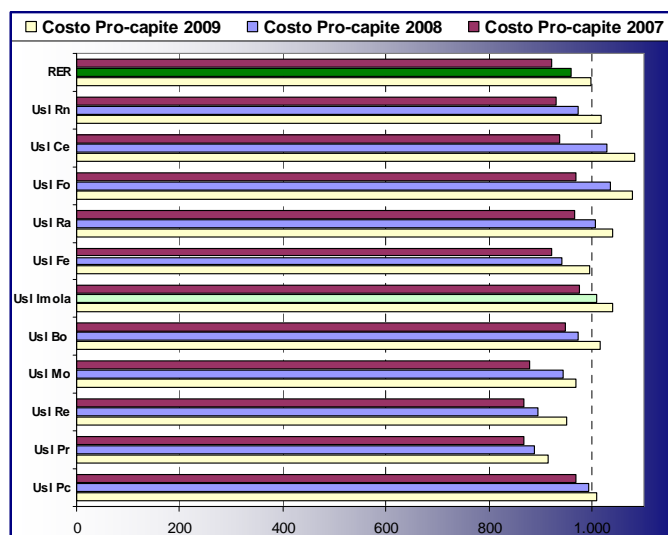
2.3.2 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza distrettuale

L'aumento di costo pro-capite dell'assistenza distrettuale per l'AUSL di Imola, nel 2009 rispetto al 2008 è pari a € 31,40 (+3,11%). Se si confronta con la media regionale, l'Azienda mantiene il terzo maggior costo pro-capite per tale livello di assistenza. Tuttavia è significativo notare come, tra 2008 e 2009, l'aumento del costo pro-capite per il macrolivello in esame abbia registrato, nell'AUSL di Imola, un aumento inferiore a quello medio regionale. Conseguentemente il *gap* tra costo aziendale e media regionale si è ridotto da € 49,90 a € 42,79.

Tabella 2.37 - Andamento del costo pro-capite del livello Assistenza distrettuale, confronto tra AUSL e dato medio RER. Anni 2007, 2008 e 2009

	Costi 2007 (*)	Costo Pro-capite 2007	Costi 2008 (*)	Costo Pro-capite 2008	Costi 2009 (*)	Costo Pro-capite 2009	Var. costi 2009/2008	Var. costi procapite 2009/2008
Usl Pc	275.701	968,57	284.237	992,99	292.927	1.007,40	3,06%	1,45%
Usl Pr	368.283	866,62	381.335	888,26	399.622	914,81	4,80%	2,99%
Usl Re	412.879	866,57	433.881	894,19	465.125	950,92	7,20%	6,34%
Usl Mo	567.226	879,55	618.241	942,49	646.182	968,05	4,52%	2,71%
Usl Bo	812.651	947,77	840.946	972,44	887.772	1.015,53	5,57%	4,43%
Usl Imola	124.251	975,83	129.261	1.008,42	137.795	1.039,82	6,60%	3,11%
Usl Fe	342.316	920,94	352.174	942,00	376.489	994,51	6,90%	5,57%
Usl Ra	368.604	965,42	388.076	1.005,45	406.544	1.038,81	4,76%	3,32%
Usl Fo	178.311	968,47	191.855	1.034,18	203.555	1.076,80	6,10%	4,12%
Usl Ce	176.338	935,93	198.235	1.027,49	212.119	1.081,60	7,00%	5,27%
Usl Rn	262.358	930,94	280.241	973,51	296.940	1.017,17	5,96%	4,48%
RER	3.888.918	920,76	4.098.482	958,52	4.325.071	997,03	5,53%	4,02%

* Costi totali in migliaia di euro



Lo scostamento di costo pro-capite nell'AUSL di Imola rispetto alla media RER (pari a + € 42,79), per tale macrolivello assistenziale merita un approfondimento di analisi per sottolivelli, sempre a confronto con la media RER, per l'anno 2009.

In Tabella 2.38 si riportano i costi pro-capite e gli scostamenti tra costo dell'AUSL di Imola e il costo medio RER.

Tabella 2.38 - Composizione del costo pro-capite del macrolivello Distretto, per livelli di assistenza, dell'AUSL di Imola. Anno 2009 e scostamento AUSL di Imola/media RER

Costi pro-capite 2009	AUSL IMOLA	MEDIA RER	Scostam. Imola su media RER	Scostam. % Imola su media RER
Disabili	30,75	44,24	-13,49	-43,87%
Farmaceutica	248,89	258,21	-9,32	-3,74%
Neuro Infantile	104,81	104,18	0,63	0,60%
Dipendenze Patologiche	37,22	30,56	6,66	17,89%
Salute Donna	31,50	45,10	-13,60	-43,17%
Salute Infanzia	83,88	162,30	-78,42	-93,49%
Termale	6,98	4,69	2,29	32,81%
Protesica e Integrativa	34,85	38,23	-3,38	-9,70%
ADI-Hospice	155,58	127,42	28,16	18,10%
Salute Mentale Adulti	103,36	78,71	24,65	23,85%
Emergenza extraosp.	39,85	32,91	6,94	17,42%
Medicina di Base	122,44	110,70	11,74	9,59%
Anziani	786,15	804,36	-18,21	-2,32%
Specialistica	321,72	281,09	40,63	12,63%
TOTALE	1039,82	997,03	42,79	4,12%

I sottolivelli dove si registra un maggior costo pro-capite sono: Salute Mentale (+23,85%), ADI-Hospice (+18,10%), Dipendenze Patologiche (+17,89%), Emergenza Extraospedaliera (+17,42%), Specialistica (+12,63%), Medicina di Base (+9,58%), e in misura meno influente per valore assoluto, Termale (+32,81%).

Lo scostamento del sottolivello Specialistica in valori assoluti spiega in realtà la gran parte del *gap* negativo tra costo aziendale e costo RER: al netto del sottolivello di specie, il *gap* si ridurrebbe da € 42,79 a € 2,16.

Di contro, i sottolivelli per i quali l'AUSL di Imola spende meno rispetto alla media regionale sono: Salute Donna; Salute Infanzia; Disabilità; Protesica e Integrativa.

L'assistenza farmaceutica - aggregato molto rilevante per il quale si effettuerà un approfondimento specifico - registra un costo pro-capite 2009 inferiore alla media RER di € 9,32 pari al -3,74%.

Assistenza agli Anziani

Riguardo all'assistenza residenziale e semi-residenziale agli anziani, c'è da evidenziare come il territorio imolese mantenga una buona offerta di posti letto in linea con la media regionale, seppur rispetto a quest'ultima, come si può notare in Tabella 2.39, maggiormente orientata sui posti letto residenziali.

Tabella 2.39 - Posti di Assistenza residenziale e semiresidenziale nella AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010

Assistenza residenziale e semiresidenziale: numero posti letto				
Assistenza residenziale	2007	2008	2009	2010
Anziani	500	500	507	507
Disabili	17	17	17	17
Assistenza semi-residenziale	2007	2008	2009	2010
Anziani	52	52	52	52
Disabili	46	46	51	51

(*) Posti letto al 31/12 di ogni anno

Assistenza residenziale e semiresidenziale: numero posti letto per 1.000 abitanti						
Assistenza residenziale	2007		2008		2009	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Anziani (>74)	33,9	30,9	32,7	30,7	34,4	30,6
Disabili	0,13	0,42	0,13	0,4	0,13	0,44
Assistenza semi-residenziale	2007		2008		2009	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Anziani (>74)	3,5	5,7	3,5	5,9	3,5	5,9
Disabili	0,36	0,88	0,39	0,9	0,39	0,89

Nel 2009 l'AUSL di Imola registra un numero di Posti Letto in strutture residenziali pari a 34,4 per 1.000 abitanti ultra settantaquattrenni *versus* 30,6 come dato medio regionale; di converso, un numero di posti in semiresidenziale pari a 3,5 per 1.000 abitanti *versus* 5,9 di media RER.

Nel 2010 - esercizio per il quale non sono disponibili dati di confronto - nell'AUSL di Imola rimane invariata la dotazione residenziale e la dotazione di posti di semiresidenziale.

Assistenza domiciliare

Il Servizio di Assistenza Domiciliare ha registrato, nel corso degli ultimi anni, un particolare sviluppo, anche in considerazione della modifica dei percorsi assistenziali, sempre più orientati alla non istituzionalizzazione del paziente, ed alla sua presa in carico a livello territoriale.

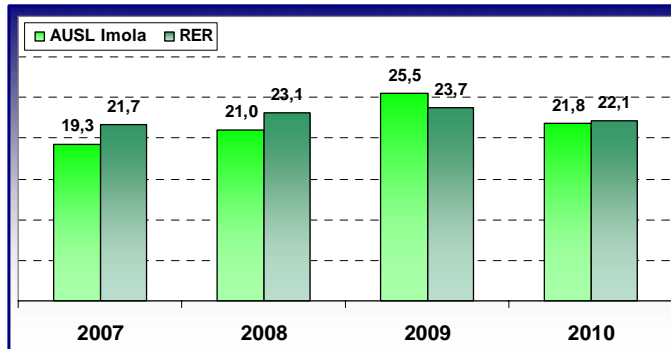
La Tabella 2.40 evidenzia il volume dell'attività, il numero dei pazienti presi in carico a livello infermieristico, nonché i livelli prestazionali erogati.

Grafici 2.40 – Attività di assistenza infermieristica nei Programmi di cure domiciliari. Periodo 2007-2010

ATTIVITA' DI ASSISTENZA NEI PROGRAMMI DI CURE DOMICILIARI	2007	2008	2009	2010
	IMOLA	IMOLA	IMOLA	IMOLA
PAZIENTI ASSISTITI	2.784	2.970	3.026	2.055
ACCESSI (assistenza continuativa e occasionale)	44.930	45.744	46.635	46.176
MEDIA ACCESSI PER ASSISTITO	16	15	15	22
PRESTAZIONI	63.173	61.781	62.884	65.859
MINUTI ASSISTENZA INFERMIERISTICA erogati da prestazione, nel corso dell'anno	1.173.975	1.127.825	1.136.340	1.234.815
MEDIA PRESTAZIONI PER ASSISTITO	23	21	21	32
MINUTI DI ASSISTENZA PER PAZIENTE ASSISTITO	422	380	376	601

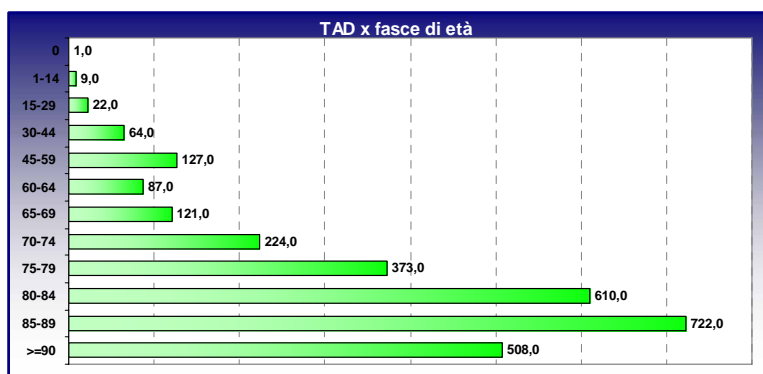
La Tabella 2.41, che presenta il tasso di copertura dell'assistenza domiciliare, mostra un dato aziendale, nel 2010, perfettamente sovrapponibile a quello medio regionale, considerando l'indicatore "TAD (Tipologie di Assistenza Domiciliare) in rapporto a 1000 abitanti".

Grafici 2.41 - Tasso di copertura dell'Assistenza Domiciliare (pazienti assistiti e TAD per 1.000 abitanti) nella AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010



Nel Grafico 2.42 si evidenzia come l'assistenza domiciliare sia sostanzialmente rivolta alla popolazione anziana e, in modo particolare nell'AUSL di Imola, riguarda in misura preponderante il target "Grandi anziani" (over 75).

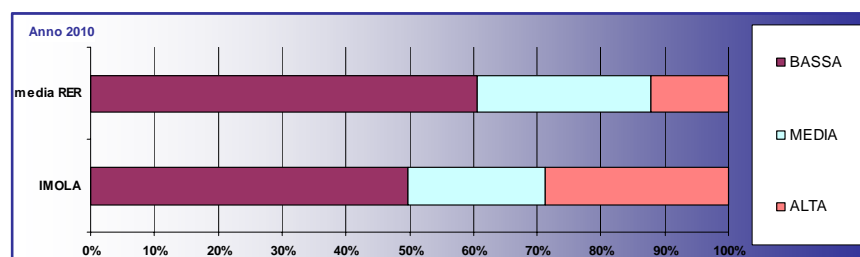
Grafico 2.42 - Assistenza Domiciliare per fasce d'età nella AUSL Imola. Anno 2010



Dopo avere esaminato i numeri assoluti di pazienti e prestazioni erogate, rapportati alla popolazione assistita, nella Figura 2.43 si analizza il *case-mix* "produttivo", in termini di intensità/complessità.

Figura 2.43 - Assistiti a domicilio della AUSL di Imola e dato medio RER: composizione per intensità assistenziale. Periodo 2008-2010

	2008		2009		2010	
	IMOLA	media AUSL confrontabili	IMOLA	media AUSL confrontabili	IMOLA	media RER
BASSA	59,7%	46,2%	58,9%	46,3%	49,8%	60,6%
MEDIA	18,9%	37,3%	19,9%	37,6%	21,6%	27,4%
ALTA	20,6%	16,1%	20,5%	15,9%	28,7%	12,1%
NON DEFINITA	0,8%	0,4%	0,7%	0,2%	-	-



Hospice

L'attività di Hospice nell'AUSL di Imola si conferma molto sviluppata, rispetto alla media RER, con un numero di posti letto in rapporto alla popolazione *target* - ovvero la "popolazione pesata" utilizzata per il calcolo del costo pro-capite del sottolivello ADI-hospice - quasi doppio (0,19 vs 0,12) e un alto tasso di utilizzo.

Tabella 2.44 - Livelli di attività dell'Hospice dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010

Attività hospice	2007		2008		2009		2010	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N. posti letto	12	202	12	216	12	226	12	241
PL su popolazione target	0,20	0,10	0,19	0,10	0,19	0,11	0,19	0,12
N. pazienti dimessi	197	3.182	205	3.347	194	3.837	191	3.935
% deceduti sul tot. Dimessi	71%	69%	73%	71%	81%	72%	75,4%	73,6%
Degenza media	21,0	18,2	19,0	18,8	20,7	17,51	19,6	18,8

Consultori familiari

Per quanto riguarda l'attività dei Consulteri familiari, si deve registrare una crescita costante e significativa dell'attività. In particolare, significativo risulta l'incremento delle prestazioni rivolte alle donne immigrate in gravidanza sul totale delle prestazioni rivolte alle donne in gravidanza in generale.

Tabella 2.45 - Tassi di copertura per il livello Salute donna della AUSL di Imola e confronto RER Periodo 2006-2009

Indicatori di attività	2006		2007		2008		2009	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
% donne in gravidanza seguite dai consultori familiari su totale "nati vivi"	28,8%	40,3%	21,1%	40,8%	26,0%	43,5%	25,2%	44,7%
% donne immigrate seguite in gravidanza su totale donne in gravidanza seguite	40,4%	47,0%	55,6%	48,0%	49,8%	51,4%	69,5%	57,2%
% utenti seguiti dai consultori familiari su popolazione target - Ostetricia e Ginecologia	7,0%	15,7%	6,8%	15,5%	7,6%	15,0%	8,0%	14,6%
% utenti seguiti dai consultori familiari su popolazione target - Psicologia	0,80%	0,59%	0,79%	0,52%	0,87%	0,53%	0,9%	0,5%

Per quanto riguarda le prestazioni alle donne immigrate in gravidanza il dato dell'AUSL di Imola è superiore a quello medio regionale (69,5% vs 57,2% della media regionale).

Va comunque precisato che, il confronto tra Consulteri delle AUSL regionali deve essere letto alla luce delle diverse organizzazioni interne aziendali: ad esempio, nell'AUSL di Imola la prevenzione

dei tumori femminili è esaustivamente ricompresa nell'attività di *screening*, in capo alla UO Anatomia Patologica; le attività per la popolazione *target* di età 15-64 anni sono condotte in sinergia con la UO ospedaliera Ostetricia e Ginecologia. A questo proposito, nella nuova organizzazione aziendale la struttura semplice Consultorio Familiare, pur appartenendo come da indicazione regionale al Dipartimento delle Cure Primarie, partecipa a pieno titolo anche al Dipartimento Materno Infantile.

Tabella 2.46 - Indicatori di attività del Consultorio familiare dell'AUSL di Imola e confronto RER Periodo 2006-2009

Volumi di attività	2006		2007		2008		2009	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Numero prestazioni	14.232	777.685	16.115	810.398	16.825	798.777	17.665	802.815
Variazione % su anno precedente	20,1%	-8,3%	13,2%	4,2%	4,4%	-1,4%	5,0%	0,5%
Distribuzione per tipologia di attività	2006		2007		2008		2009	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Contraccezione	5,4%	7,4%	5,3%	6,7%	4,6%	6,6%	3,5%	7,2%
Gravidanza	30,4%	21,5%	39,2%	23,4%	38,7%	24,5%	44,8%	25,0%
I.V.G.	2,8%	2,4%	3,9%	2,5%	3,8%	2,3%	3,4%	2,3%
Menopausa	1,9%	3,6%	0,6%	2,9%	0,8%	2,6%	0,7%	2,0%
Psicologia	15,4%	6,7%	14,3%	5,9%	15,3%	6,1%	14,6%	6,0%
Puerperio	13,7%	3,6%	13,1%	3,5%	13,6%	3,5%	12,0%	3,5%
Specialistica ginecologica	28,8%	21,6%	22,1%	21,7%	22,7%	19,2%	21,0%	19,9%

L'attività del Consultorio Familiare si articola nelle diverse aree di seguito trattate.

Area Ostetrico-Ginecologica. Il Consultorio di Imola si conferma come uno dei servizi privilegiati ove poter offrire in un percorso di continuità, una serie di interventi coerenti ed appropriati che riguardano la donna gravida, la puerpera ed il suo bambino: dall'assistenza in gravidanza, alla preparazione alla nascita e alle prime cure neonatali. Per il 2010 si rileva una conferma del tendenziale incremento di prestazioni in tutte le aree, in particolare nell'area dell'assistenza alla gravidanza e del sostegno al puerperio. Nel corso dell'anno è stato predisposto un percorso di assistenza alla gravidanza che contempla un numero standard sia di visite che di ecografie. Per snellire il flusso delle donne gravide che chiedono di essere seguite al Consultorio, in considerazione anche della valorizzazione del ruolo dell'ostetrica, è stata predisposta una procedura che prevede l'accoglienza della gravida da parte dell'ostetrica stessa. Sono nettamente cresciuti gli accessi delle puerpere agli "spazi cuccioli", ambulatori in cui le ostetriche controllano i parametri di salute dei bambini oltre che rispondere ai dubbi ed alle preoccupazioni delle neomamme. Anche la segreteria telefonica "Pronto Latte" ha avuto un significativo aumento delle richieste, a conferma dei molteplici bisogni delle donne, in questo momento così delicato della loro maternità.

Spazio per la salute della donna migrante. E' in continuo aumento l'afflusso delle donne straniere a questo servizio, che è divenuto uno dei punti di riferimento elettivo per le risposte alle loro domande di salute, legate in particolare alla sessualità, alla maternità, ecc. Per favorire anche la loro partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita, si è ritenuto opportuno ampliare il numero dei corsi riservati alle donne migranti, e nel corso del 2010 sono stati attivati n. 3 corsi annuali per donne di etnia araba.

Area Psicologica. Dalla lettura dei dati del 2010 si evince un incremento dell'attività psicologica; particolare attenzione è stata rivolta alle situazioni di difficoltà nell'area della genitorialità precoce, nonché ai casi di maltrattamento femminile che hanno richiesto un impegno ed un monitoraggio costante da parte di tutti gli operatori coinvolti nei vari servizi. Sono cresciute le richieste di consulenza psicologica in merito alle problematiche relazionali di coppia, di famiglia e relative all'assunzione del ruolo genitoriale; le donne, le coppie, le famiglie si interrogano, con maggiore consapevolezza rispetto al passato, chiedendo risposte adeguate per orientarsi alla ricerca di un equilibrio personale e relazionale più soddisfacente.

Nel 2010 è stato istituito presso la sede consultoriale di Medicina uno spazio di consultazione psicologica ad apertura settimanale (nella giornata di giovedì). La presenza contemporanea della psicologa durante l'attività ambulatoriale ostetrico ginecologica facilita la presa in carico multiprofessionale integrata, metodologia che costituisce uno dei valori guida di questo servizio.

Prevenzione del fenomeno del maltrattamento. Oltre all'attività clinico-terapeutica, nell'ambito di un tavolo di lavoro multidisciplinare e multi servizi, si è avviata la revisione delle linee guida aziendali per la presa in carico sociosanitaria delle donne maltrattate. Consultorio familiare, Pronto Soccorso, Servizio Sociale Ospedaliero, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Medici di medicina generale e di continuità assistenziale, insieme all'Azienda dei Servizi alla Persona e alle Forze dell'Ordine hanno avviato nel 2009 un gruppo di lavoro con l'obiettivo di promuovere un percorso d'accoglienza condiviso che prevede la presa in carico delle donne vittime di violenza, dal primo accesso alla dimissione, con la pianificazione di un progetto individuale, che garantisce una continuità assistenziale nell'attuazione degli interventi di sostegno personalizzati, evitando alla donna passaggi dolorosi a più servizi o più professionisti, nel rispetto del proprio vissuto.

Per il secondo anno consecutivo, si è proposta una giornata seminariale cittadina, inerente questa specifica tematica, che ha visto coinvolti circa 400 ragazzi delle scuole superiori imolesi e i loro insegnanti.

Spazio Giovani. Storicamente il Consultorio ha sempre rappresentato un punto di riferimento culturale e sanitario, un servizio che promuove salute, valorizzando il contesto di cura, con un operatività orientata sia all'area diagnostico-terapeutica che a quella di educazione alla salute. È sensibilmente cresciuta anche la programmazione degli interventi di promozione alla salute per gli adolescenti, genitori ed insegnanti con un'offerta alle scuole che tende ad orientarsi sull'approfondimento delle tematiche più critiche dell'adolescenza quali: il rapporto con il cibo, la sessualità, l'affettività, il rapporto con sé stessi e gli altri, l'identità, il bullismo, ecc.

Area menopausa. E' proseguita anche nel 2010 l'organizzazione dei corsi educativo - informativi sui temi legati alla menopausa che hanno visto un discreto aumento del numero delle iscritte. Si è inoltre consolidata l'attività di ginnastica perineale condotta da un'ostetrica presso la sede di Imola del Consultorio.

Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Nel corso del 2010 l'organizzazione del DSM-DP, formalizzata nell'Atto Aziendale e nel Regolamento Attuativo, è stata ulteriormente sviluppata, coerentemente con gli obiettivi fissati dal "Piano Attuativo Salute Mentale e Dipendenze Patologiche" 2009-2011, con particolare riferimento agli interventi integrati per la programmazione socio-sanitaria, ai Programmi regionali PRIA-DCA-Leggieri-Dipendenze Patologiche, alla declinazione di processi strutturati finalizzati a garantire la Pianificazione Dipartimentale dell'"Accesso", dell'"Emergenza-Urgenza" e delle "Collaborazioni". Sviluppata la pianificazione con la Direzione Sanitaria Aziendale per il "Programma di Psicologia Clinica e di Comunità".

Inoltre (maggio – giugno 2010) sono state completate le nuove strutture per le UU.OO. di Psichiatria Adulti:

- l'UOC SPDC/RTI è stata trasferita all'Ospedale S. Maria della Scaletta;
- l'UOC Psichiatria Territoriale Adulti (CSM e DHT) al Polo Sanitario "L. Lolli".

L'adeguamento agli standard definiti nella programmazione regionale ed ai requisiti generali e specifici per l'accreditamento, hanno inoltre determinato e/o accelerato progressive trasformazioni dell'assetto complessivo delle strutture residenziali e semiresidenziali del DSM-DP.

In particolare le Residenze Socio Riabilitative (RSR) gestite in forma di *mix* con il Privato Sociale e precedentemente accreditate nell'ambito della organizzazione dipartimentale, hanno acquistato una completa autonomia gestionale come strutture del Privato Sociale.

La dotazione dei posti letto socio-riabilitativi è stata riconfigurata su due strutture (Casa Basaglia e Pascola) per un totale di 30 posti letto, da dedicare progressivamente solo a nuovi utenti ed a percorsi alternativi agli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

Cà del Vento, precedentemente accreditata come RSR rientra oggi nell'ambito delle Strutture Socio-Sanitarie gestite dal Privato Sociale e, come per tutte le altre strutture socio sanitarie utilizzate dal DSM-DP il percorso di accesso è vincolato da una valutazione multidisciplinare (UVM) a garanzia dell'applicazione progettuale e gestionale di quanto fissato dalle norme relative ai Livelli Essenziali di Assistenza.

L'UOC Dipendenze Patologiche ha sviluppato una programmazione finalizzata alla internalizzazione della struttura semiresidenziale "Centro Diurno Arcobaleno" gestito in forma di mix con il Privato Sociale ed alla chiusura del "Centro Crisi Tasso" (6 posti letto residenziali). Il percorso sarà completato nel corso del 2011.

Il Dipartimento ha inoltre attivato, in linea con quanto fissato come Progetto Strategico sui Piani Distrettuali per il Benessere e la Salute Sociale (2009-2011), il percorso integrato terapeutico-riabilitativo territoriale definito "Budget di cura/salute".

Particolare attenzione è stata rivolta a garantire Piani di Attività Formative finalizzati allo sviluppo di conoscenze e competenze tecnico professionali adeguate alle trasformazioni organizzative ed alla conseguente crescita culturale in atto, privilegiando aggiornamenti interni rivolti a tutte le

unità operative e, su temi specifici, a operatori di altri servizi sanitari e sociali ed al Privato Sociale.

Ulteriore impulso è stato dato alle attività di ricerca con la partecipazione a due ricerche finalizzate nazionali:

- Get Up sugli esordi psicotici
- HoNOS 5 su valutazioni di esito e costi.

L'accordo di fornitura con la Casa di Cura *Villa Azzurra* di Riolo Terme, siglato nel 2009 in applicazione dell'Accordo RER – AIOP ha consentito sia di realizzare un costante controllo sulla mobilità passiva, sia di strutturare in termini di appropriatezza e continuità un reale governo clinico sui percorsi clinico-assistenziali anche in questo ambito.

La flessibilità dell'accordo relativamente al *mix* di prestazioni erogate ha consentito di spostare progressivamente, nel corso dell'anno, la domanda di ricovero su letti residenziali per doppia diagnosi, riducendo parallelamente quella su RTI psichiatrica; positivo anche lo spostamento sul DSM-DP di tutti gli invii in struttura riducendo con ciò gli accessi in urgenza (su invio di MMG) verso posti letto in SPOI.

Relativamente ai Sistemi Informativi sono stati tracciati i record regionali per i flussi specifici di Unità Operativa coerentemente con le norme ministeriali e regionali sullo sviluppo del Sistema Informativo per la Salute Mentale e le Dipendenze Patologiche.

È stata implementata a livello dipartimentale e aziendale la Raccomandazione "Prevenzione della violenza" anche attraverso un costante utilizzo dell'*incident reporting* ed è stata applicata la Circolare regionale per la "Disciplina delle contenzioni fisiche in SPDC".

UOC Psichiatria Territoriale Adulti (PTA). L'Unità Operativa è costituita oggi da:

- Centro di Salute Mentale (CSM) con sede centrale a Imola e 3 ambulatori periferici;
- Day Hospital Territoriale (DHT) a responsabilità infermieristica;
- Centro Diurno (con progressiva integrazione delle attività espressive/artistiche del Laboratorio Girasole e sviluppo della gestione degli interventi in rete con gruppi AMA, Associazioni di Familiari e Utenti ("E pas e temp", Polisportiva "Eppur si muove" – associata ANPIS) per lo sviluppo dei progetti regionali "Teatro e Salute Mentale e Sport".

Tabella 2.47 - Attività complessiva UOC Psichiatria Territoriale Adulti. Periodo 2007-2010

Attività Psichiatria Territoriale Adulti	ANNO 2007		ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Prima visita psichiatrica			525		694		879	
Pazienti seguiti dal CSM	1.960	66.813	1.671	65.929	1.871	72.084	2.035	76.302
Persone trattate per 10.000 abitanti	185	186	156	182	172	196	185	205
Pazienti trattati in DHT			75		77		65	
Pazienti trattati in Centro Diurno			45		46		61	
Numero pazienti presi in cura			165		425		480	
Numero pazienti dimessi			216		243		410	

Passando ad una analisi di dettaglio, i posti letto residenziali sono suddivisi tra Residenze Sanitarie Socio Riabilitative e Residenze Socio Sanitarie psichiatriche, come mostra la Tabella 2.48.

Tabella 2.48 - Posti letto in residenze socio riabilitative e socio sanitarie. Periodo 2007- 2010

POSTI LETTO UOC PTA IN RESIDENZE SOCIO RIABILITATIVE	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010
Totale	46	44	47	31
Di cui: ex OP	20	22	21	4
Alt. OPG	6	7	7	7
POSTI LETTO PTA IN RESIDENZE SOCIO SANITARIE	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010
Totale	57	56	54	63
Di cui ex OP	39	37	35	35

Nelle Residenze Sanitarie Socio Riabilitative sono ospitati 31 utenti in carico al CSM (di cui 7 alternative all'O.P.G. e 4 pazienti ex O.P.). Nelle Residenze Socio Sanitarie psichiatriche sono ospitati 35 pazienti ex O.P. e 28 pazienti in carico al CSM, di cui 18 sono gestiti in progetti integrati con ASP e/o disabili adulti (Programmazione del FRNA per la Salute Mentale e rendicontazione).

Passando in rassegna i dati di attività della U.O.C. Psichiatria Territoriale Adulti si registrano nel corso del 2010 n. 2035 pazienti che hanno effettuato almeno un accesso al Servizio, di cui n. 879 primi contatti con una presa in cura di 480 pazienti. 415 sono stati, sempre nel 2010, i dimessi.

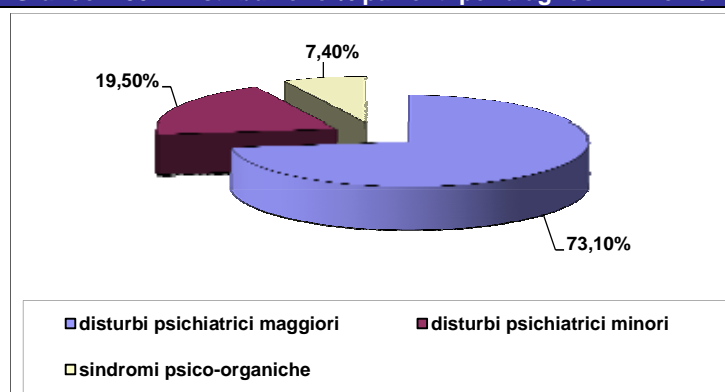
Per quanto riguarda la percentuale per fascia di età dei pazienti in carico al Servizio si rileva quanto evidenziato in tabella 2.49.

Tabella 2.49 – Distribuzione % Utenza per classi di età. Anno 2010

Utenza per classi di età	Distribuzione percentuale
< 18 anni	0,40%
18 - 44 anni	39,50%
45 - 64 anni	39,10%
> 65 anni	21,30%

Il grafico 2.50, che segue, rappresenta la suddivisione percentuale della classificazione per diagnosi dei pazienti.

Grafico 2.50 – Distribuzione % pazienti per diagnosi. Anno 2010



UOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura / Residenza Trattamenti Intensivi. L'Unità

Operativa è costituita da:

- SSU SPDC: 15 posti letto
- SSU RTI: 12 posti letto residenziali intensivi e 2 posti letto con funzione di Night Hospital.

La degenza media ordinaria nel 2010 è stata pari a 17,53 giorni (vs 18,69 del 2009) e la degenza media in RTI di 31,5 (vs 28,2 del 2009).

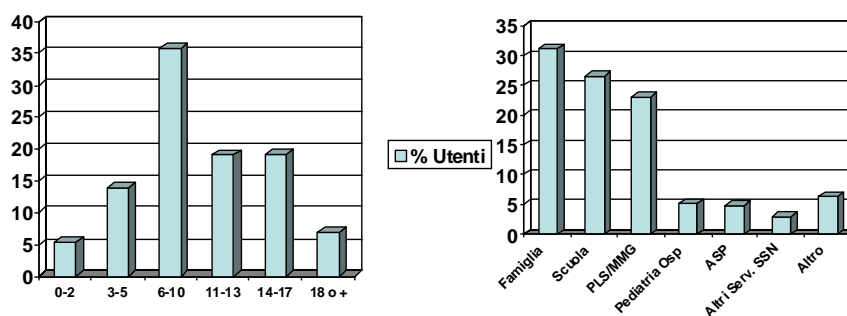
Tabella 2.51 – Attività complessiva UOC SPDC – RTI. Periodo 2007-2010

Attività SPDC - RTI	ANNO 2007		ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Dimessi SPDC	276	7.226	246	7.024	235	7.176	281	7.276
Tasso ospedalizzazione su 10.000 abitanti	19,8	15,7	18,4	14,9	17,8	15,2	19,2	15,3
Degenza media SPDC (GD)			17,3		18,7		17,5	
N.ro T.S.O.	31	1.184	38	1.276	18	1.105	14	1.142
T.S.O. su totale dimessi SPDC	11,2%	16,4%	15,4%	18,2%	7,7%	15,4%	5,0%	15,7%
Percentuale pazienti con numero ricoveri SPDC > 3/anno			2,2%		3,4%		2,5%	
Numero contenzioni fisiche in SPDC			27		11		18	
Ricoveri RTI	135		139		131		115	
Degenza media RTI (GD)			26		28		32	
Casi in night hospital			65		110		71	

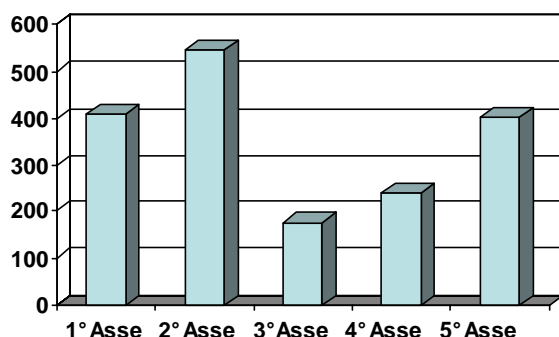
UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. L'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, neuromotori, sensoriali, neuropsicologici e psicopatologici dei minori. Risponde alle richieste di valutazione clinica dei minori da parte degli organi giudiziari.

Nel corso del 2010 l'UOCNPIA ha preso in carico n. 377 nuovi utenti, portando a 1.115 il numero complessivo di utenti seguiti, di cui 12 inseriti in strutture residenziali. Nei grafici sotto riportati vengono rappresentate la suddivisione percentuale per fasce di età, la classificazione per diagnosi di accesso e le strutture di invio dei pazienti al Servizio.

Grafici 2.52 – Distribuzione % pazienti per fasce di età e struttura di invio. Anno 2010



Grafici 2.53 – Distribuzione % pazienti per diagnosi. Anno 2010



Asse 1 = disturbi psichici e comportamentali
Asse 2 = disturbi del linguaggio e dell'apprendimento
Asse 3 = ritardo mentale
Asse 4 = disturbi organici
Asse 5 = problemi correlati a circostanze psicosociali

Nel corso del 2010 presso l'UOCNPIA è stata formalizzata una équipe multidisciplinare aziendale costituita da professionisti di diversi servizi sanitari con l'obiettivo di definire e avviare un percorso integrato per l'assistenza ai pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare, secondo le indicazioni delle linee guida regionali.

Va inoltre segnalato il Progetto semiresidenziale per pazienti autistici >18 anni. Riguardo alla criticità costituita dai pazienti adolescenti e dai giovani adulti è stato avviato un progetto con caratteristiche di inserimento in struttura semiresidenziale per 3 pazienti con disturbo autistico grave, per i quali è stato progettato un intervento psico-educativo con approccio cognitivo-comportamentale. Il progetto ha visto nella fase iniziale la presenza di due educatori per un totale di 12 ore settimanali. Nel corso del 2011 si intende estendere a 5 pazienti il progetto prevedendo un ampliamento delle risorse educative.

UOC Dipendenze Patologiche. Particolare attenzione è stata rivolta alla riorganizzazione delle attività semiresidenziali e al superamento della struttura residenziale "Tasso", coerentemente con le linee di programmazione aziendale.

Il processo, che sarà completato nel 2011, ha comportato la chiusura al 31.12.2010 del Centro Crisi Tasso e l'avvio delle procedure concorsuali per l'internalizzazione del Centro Semiresidenziale Arcobaleno, con la finalità di realizzare una maggiore flessibilità organizzativa a garanzia di

maggior continuità ed integrazione sui percorsi di presa in cura complessi in continuità con le attività ambulatoriali.

Nel 2010 l' UODP ha avuto in carico 1.027 utenti. Di questi:

- 375 per abuso\dipendenza da droghe
- 381 per abuso\dipendenza da alcol
- 54 per fumo di tabacco
- 19 per gioco d' azzardo patologico
- 116 utenti hanno effettuato visite alcoliche per la patente su invio della commissione medica locale
- 13 lavoratori con mansioni a rischio hanno effettuato accertamenti di secondo livello a seguito di positività all' uso di sostanze stupefacenti sul luogo di lavoro
- 69 utenti hanno avuto rapporti con il servizio per consulenze, interventi di *counselling*, segnalazioni dalla Prefettura (senza necessità di un programma terapeutico articolato, né presa in carico definitiva).

Dei 375 utenti in carico per *addiction* da droghe:

- 275 per eroina
- 54 per cocaina
- 25 per cannabinoidi
- 21 per altre sostanze psicoattive.

Pienamente sviluppato il Programma Dipendenze Patologiche relativamente agli obiettivi fissati e monitorati con specifici indicatori quali:

Astinenza da sostanza (a 1 anno)

- Eroina 136/252
- Cocaina 17/49
- Cannabinoidi 8/19
- Altre sostanze 6/18
- Alcool 109/343

Miglioramento del rapporto con le sostanze (a 1 anno)

- Eroina 90/275
- Cocaina 11/54
- Cannabinoidi 5/25
- Altre sostanze 3/21
- Alcool 48/381

È stato siglato l'accordo con gli Enti Ausiliari in ambito provinciale, da sviluppare con specifici accordi locali nel 2011. Si riportano i dati strutturali e di attività della U.O.C. Dipendenze Patologiche.

Tabella 2.54 – Attività complessiva UOC Dipendenze Patologiche. Periodo 2008-2010

ATTIVITA' DIPENDENZE PATOLOGICHE	2008	2009	2010
Prestazioni totali	34796	35154	33397
N° utenti	818	1033	1027
Di cui: per etilismo	363	435	472
per doppia diagnosi	336	380	385
Nuovi presi in cura	207	130	144
Dimessi	238	75	249
Inserimenti in comunità	31	31	31
N° borse lavoro	31	35	27
Utenti in C.D. Arcobaleno	45	43	41
Tasso	26	21	13

Di seguito si riportano i dati relativi ai posti letto in strutture convenzionate per dipendenze patologiche, i tassi di prevalenza e incidenza di utenti alcolisti e tossicodipendenti, in cura presso l'Unità Operativa Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Imola a confronto con le altre AUSL regionali.

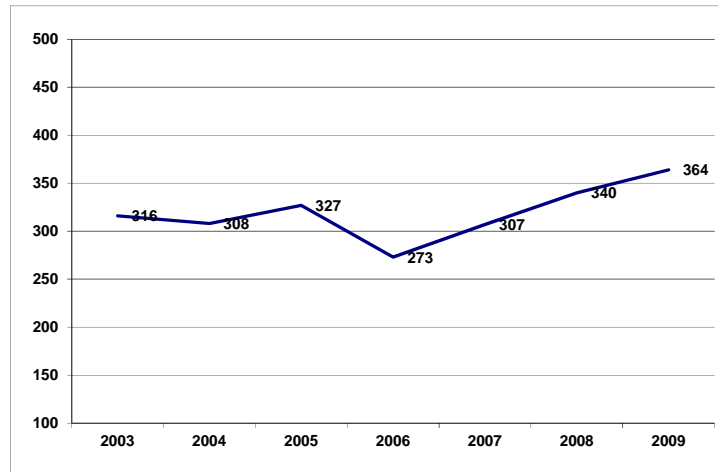
Tabella 2.55 - Posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture convenzionate per dipendenze patologiche delle AUSL e dato medio RER. Anni 2010 - 2011

Aziende USL	N. posti letto (marzo 2010)	PL per 10.000 ab. (2010)	(di cui) residenziali 2010	(di cui) semires 2010	N. posti letto (marzo 2011)	PL per 10.000 ab. (2011)	(di cui) residenziali 2011	(di cui) semires 2011
PIACENZA	80	2,78	80	0	80	2,78	80	0
PARMA	110	2,52	100	10	110	2,52	100	10
REGGIO EMILIA	222	4,23	196	26	222	4,23	196	26
MODENA	167	2,40	167	0	167	2,40	167	0
BOLOGNA	242	2,84	187	55	242	2,84	187	55
IMOLA	51	4	51	0	51	4	51	0
FERRARA	112	3,12	100	12	112	3,12	100	12
RAVENNA	210	5,39	205	5	210	5,39	205	5
FORLI'	90	4,82	65	25	73	3,91	48	25
CESENA	98	4,77	84	14	115	5,59	101	14
RIMINI	152	4,67	105	47	152	4,67	105	47
RER	1.534	3,49	1.340	194	1.534	3,49	1.340	194

L'indicatore "posti per 10.000 abitanti" evidenzia una significativa variabilità di dotazione specifica tra Aziende regionali. La dotazione della AUSL di Imola - con 4 posti per 10.000 abitanti - è, tra le Aziende, quella che si approssima maggiormente al dato medio RER (3,5).

La Tabella 2.56 rappresenta il numero di alcolisti presi in carico dal 2003 al 2009 dall'UO Dipendenze Patologiche. Come si può notare, specialmente nel corso degli ultimi anni, si registra un aumento costante di pazienti alcolisti seguiti.

Tabella 2.56 – Numero alcolisti presi in carico. Periodo 2003 - 2009



L'incidenza rappresentata in Figura 2.57 - ossia il numero di nuovi utenti alcol dipendenti, in ciascuno degli anni presi in esame - conferma la maggiore intercettazione del fenomeno da parte della UO Dipendenze Patologiche, posizionando l'AUSL di Imola tra i valori più alti (5,7 su 10.000 abitanti della popolazione *target vs* 4,7 media RER), dato superato solo dalla AUSL di Rimini (7,4), AUSL Piacenza (6,3) e dalla AUSL di Cesena (6,1).

Figura 2.57 - Tasso di incidenza di alcolisti in carico alle UU.OO. Dipendenze Patologiche delle AUSL e confronto RER. Periodo 2006-2009

	2006	2007	2008	2009
Forlì	4,6	2,4	1,7	2,6
R. Emilia	3,4	3,3	2,6	3,6
Parma	3,1	3,1	2,9	4,0
Bologna	3,8	3,4	3,7	4,1
Ravenna	4,1	3,9	5,0	4,6
Ferrara	4,1	4,1	3,5	4,6
Regione	4,2	4,1	4,2	4,7
Modena	5,0	4,6	4,9	5,3
Imola	5,6	5,7	5,2	5,7
Cesena	3,9	4,4	4,3	6,1
Piacenza	6,0	7,2	7,7	6,3
Rimini	4,9	5,3	6,8	7,4

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

Assistenza Odontoiatrica

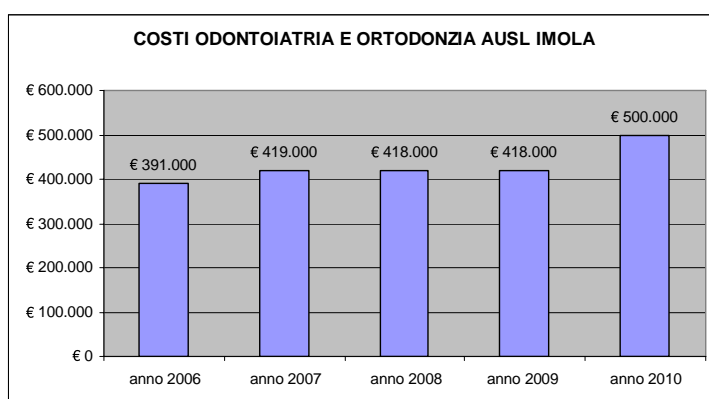
Con l'avvio dal 2004 del "Programma regionale di assistenza odontoiatrica", la AUSL di Imola ha dato corso a specifiche azioni al fine di dare tempestiva e piena attuazione ai nuovi indirizzi regionali in materia di assistenza odontoiatrica. A cinque anni dall'avvio del programma l'AUSL di Imola, in linea con quanto si è sviluppato sull'intero territorio regionale, ha riorganizzato i propri servizi al fine di garantire quelle forme di assistenza odontoiatrica rivolta ai soggetti più vulnerabili (delibere regionali 2678/2004 e 374/2008).

Sono state adeguate al Nomenclatore le prestazioni offerte (compresa la protesica fissa erogata nelle sedi di Castel S. Pietro e Medicina), ed è stata adeguata l'offerta oraria al bacino di utenza individuato dai nuovi criteri di vulnerabilità sanitaria e sociale.

I dati dimostrano una attività in continuo sviluppo sia in ordine ai trattamenti di conservativa e protesica, che per quanto riguarda i trattamenti di ortodonzia. Anche la spesa mostra un aumento nel quinquennio, conseguenza di una maggiore presa in carico di pazienti.

Tabella 2.58 - Numero utenti distinti per trattamento nelle AUSL RER. Anni 2009 – 2010. Andamento costi AUSL di Imola. Periodo 2006 - 2010

Azienda erogante	TOTALE UTENTI 2009				TOTALE UTENTI 2010			
	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile
PIACENZA	1.360	208	15	175	1.427	192	18	203
PARMA	2.004	173	258	717	1.675	160	179	559
REGGIO EMILIA	5.471	1.253	383	1.180	4.764	1.237	343	913
MODENA	3.790	1.274	42	505	3.412	1.185	37	447
BOLOGNA	4.823	1.517	213	1.510	6.077	1.838	277	1.860
IMOLA	1.079	377	49	301	1.180	445	27	314
FERRARA	899	515	56	722	662	430	55	417
RAVENNA	2.676	1.071	29	520	2.613	1.129	74	644
FORLÌ	648	62	81	353	653	86	70	328
CESENA	1.289	697	10	273	1.273	643	22	265
RIMINI	465	535	35	246	634	765	70	508
AOSP PARMA	164	193	6	38	190	145	2	16
AOSP MODENA	650	190	58	201	504	186	43	186
AOSP FERRARA	308	13	17	9	286	5	27	6
REGIONE	25.556	8.071	1.252	6.746	25.256	8.440	1.244	6.656



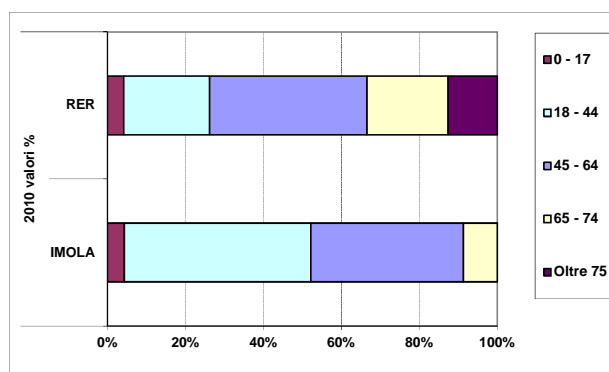
Per quanto riguarda infine gli utenti disabili, nel corso del 2010, si è consolidata la collaborazione con il Presidio per il trattamento in regime di Day Hospital degli utenti non collaboranti, per i quali viene utilizzato il riunito collocato presso il blocco operatorio.

Gravissime Disabilità acquisite

Nel 2010 l'AUSL di Imola ha erogato prestazioni configuranti la "presa in carico" - assistenza domiciliare, assegni di cura e/o assistenza residenziale - a un totale di 23 pazienti con gravissime disabilità acquisite, pari a 1,80 casi per 10.000 abitanti, per una spesa totale per l'applicazione della DGR. 2068/04 di € 238.052,82 che è gravato sul fondo regionale per la non autosufficienza.

Figura 2.59 - Pazienti presi in carico con gravissime disabilità acquisite, per classi di età, nell'AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2010

Gravissime disabilità acquisite	2010 valori assoluti		2010 valori %	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER
0 - 17	1	52	4,3%	4,2%
18 - 44	11	273	47,8%	22,1%
45 - 64	9	499	39,1%	40,3%
65 - 74	2	258	8,7%	20,8%
Oltre 75	0	156	0,0%	12,6%
Totale	23	1.238	100,0%	100,0%
Casi per 10.000 abitanti	1,76	2,90		



Nota: Le prese in carico riguardano quasi esclusivamente persone di età inferiore ai 65 anni

Tabella 2.60 - Pazienti in carico con gravissime disabilità acquisite e prestazioni erogate, nell'AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2010

Gravissime disabilità acquisite	PAZIENTI PRESI IN CARICO	PAZIENTI IN CARICO x 10.000 ABITANTI	% pazienti con Assistenza Domiciliare	% pazienti con Assegno di cura	% pazienti in Assistenza Residenziale	TOT PRESTAZIONI (ADI, Assegno Cura, Residenziale)	Assistenza Domiciliare (fonte BD ADI)	Assegno di cura (DGR 2068/2004)	Assistenza Residenziale	N. PRESTAZIONI MEDIE PER PAZIENTE	PRESTAZIONI EROGATE x 10.000 ABITANTI
PIACENZA	121	4,2	50,4%	31,4%	33,1%	139	61	38	40	1,15	4,83
PARMA	149	3,4	38,9%	42,3%	41,6%	183	58	63	62	1,23	4,18
REGGIO EMILIA	144	2,7	56,9%	52,1%	33,3%	205	82	75	48	1,42	3,90
MODENA	165	2,4	38,2%	33,9%	40,6%	186	63	56	67	1,13	2,68
BOLOGNA	206	2,4	38,8%	43,7%	33,5%	239	80	90	69	1,16	2,80
IMOLA	23	1,8	60,9%	69,6%	26,1%	36	14	16	6	1,57	2,75
FERRARA	91	2,5	15,4%	68,1%	36,3%	109	14	62	33	1,20	3,04
RAVENNA	77	2,0	55,8%	62,3%	36,4%	119	43	48	28	1,55	3,06
FORLI	57	3,1	47,4%	45,6%	47,4%	80	27	26	27	1,40	4,28
CESENA	96	4,7	60,4%	42,7%	36,5%	134	58	41	35	1,40	6,52
RIMINI	109	3,4	47,7%	41,3%	46,8%	148	52	45	51	1,36	4,55
REGIONE	1.238,0	2,8	44,6%	45,2%	37,6%	1.578	552	560	466	1,27	3,59

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

Dalla Tabella 2.60 si evince che l'AUSL di Imola ha la maggior percentuale di pazienti con assistenza domiciliare ed è una tra le Aziende con la percentuale più bassa di pazienti in assistenza residenziale. Questo dato è in linea con le indicazioni della DGR 2068/04 che privilegia l'assistenza e la permanenza dell'utente al proprio domicilio supportando il *caregiver* con l'assistenza di un'equipe apposita che attua il progetto assistenziale domiciliare che può prevedere l'ADI, l'assegno di cura, gli ausili, il ricovero di sollievo ecc. Questa alta percentuale di assistiti a

domicilio giustifica anche il dato relativo all'alto numero di prestazioni medie per paziente, pari a 1,57, necessarie per la gestione domiciliare.

Assistenza Specialistica

Il presente paragrafo affronta gli aspetti relativi all'assistenza specialistica. L'analisi, effettuata per raggruppamenti, riguarda le prestazioni diagnostiche, le prestazioni di laboratorio, le prestazioni riabilitative, quelle terapeutiche e le visite ambulatoriali. Si riportano gli indicatori relativi all'indice di consumo, l'indice di fuga e l'indice di performance sui tempi di attesa. Per ogni indicatore viene riportato il grado di performance aziendale e il confronto con le altre Aziende USL e/o la media RER.

Anche nel 2010 l'Assistenza Specialistica si è confermata per l'AUSL di Imola, come per il complessivo Sistema Sanitario Regionale, un'area di assistenza particolarmente critica, per il persistere di problematiche strutturali legate a:

- gestione della domanda, in continua crescita come effetto dell'aumentata prevalenza delle malattie croniche, per le quali si richiede sviluppare la presa in carico da parte della medicina territoriale in integrazione con le risorse specialistiche e il *disease management*;
- necessità di ricercare la massima appropriatezza nel ricorso all'assistenza specialistica;
- definizione dei volumi di offerta, differenziati tra primo accesso, accessi successivi, follow up e presa in carico specialistica;
- gestione dell'accesso modulata per priorità.

Prima di procedere alla disamina per singolo macro-aggregato, si ricorda che in ordine ai tempi di attesa gli standard e gli obiettivi regionali prevedono che: il tempo massimo di attesa per le prestazioni Diagnostiche, Riabilitative e Terapeutiche sia di 60 giorni, in almeno il 90% dei casi; mentre per le Visite sia di 30 giorni, in almeno il 90% dei casi.

Tabella 2.61 - Tasso di consumo standardizzato per macro categorie di Specialistica dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010

Tasso di consumo standardizzato (*1000 ab)	2007			2008			2009			2010		
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER
Diagnostica	1.333	1.449	-8,0%	1.518	1.495	1,5%	1.429	1.430	-0,1%	1.529	1.532	-0,2%
Laboratorio	9.796	10.781	-9,1%	10.582	11.688	-9,5%	10.543	11.069	-4,8%	10.832	11.280	-4,0%
Riabilitative	562	482	16,6%	518	484	7,0%	364	445	-18,2%	479	452	6,0%
Terapeutiche	580	465	24,7%	584	475	22,9%	449	476	-5,7%	544	473	15,0%
Visite ambulatoriali	1.276	1.444	-11,6%	1.345	1.479	-9,1%	1.264	1.440	-12,2%	1.381	1.497	-7,7%
Totale (senza LAB)	3.752	3.842	-2,3%	3.966	3.935	0,8%	3.507	3.791	-7,5%	3.932	3.953	-0,5%

Come si evidenzia in Tabella 2.61 nel 2010 l'indice di consumo dell'AUSL di Imola per le prestazioni specialistiche per esterni mostra un incremento rispetto all'anno precedente. Dato sovrapponibile a quello medio regionale (3.932 prestazioni per 1.000 abitanti vs 3.953 della media RER). Il costo pro-capite del livello di specie - come già accennato - rimane, (dati regionali riferiti anno 2009) tra i più elevati, anche se si deve rilevare comunque come il differenziale 2007/2009 tra l'AUSL di Imola e la Regione si sia ridotto di circa il 15%, passando da 46,6 a 40,63 euro. Riguardo al tasso di fuga, nell'AUSL di Imola sostanzialmente più elevato per tutte le categorie di prestazioni, si deve innanzitutto evidenziare che la stessa Azienda "acquista" da altre

AUSL o Privato accreditato le prestazioni di alta specialità, non erogate direttamente (radioterapia; medicina nucleare; prestazioni di emodinamica).

Nel 2010 sono stati stipulati accordi di fornitura con due centri accreditati del territorio dell'ASL di Bologna per prestazioni che vengono erogate anche dall'Azienda, ma con criticità negli indici di performance (Risonanze Magnetiche Nucleari). In gran parte per quanto appena detto e in ragione del fatto che l'AUSL di Imola è un monodistretto, con scarsa presenza nel territorio di privato accreditato per la specialistica, si spiega il tasso di fuga pari al 22,21% *versus* una media regionale del 10,24%. Diversamente se il confronto viene fatto a livello di Distretto il dato aziendale si colloca ad un livello inferiore alla media regionale che si posiziona su 29,76%.

Tabella 2.62 - Tasso di fuga per macro categorie di Specialistica nell'ambito dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010

Tasso di fuga (%)	2007		2008		2009		2010	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R. fuori Az	IMOLA	MEDIA R.E.R. fuori Az
Diagnostica	20,96	9,34	21,79	9,41	21,13	5,28	22,93	9,43
Laboratorio	12,02	4,61	12,42	4,46	10,74	2,83	10,68	4,40
Riabilitative	4,41	3,99	6,30	4,13	7,29	2,86	6,61	4,24
Terapeutiche	23,34	10,43	26,00	10,33	38,03	7,30	28,26	11,04
Visite ambulatoriali	21,60	7,77	22,95	7,84	23,82	5,47	23,36	8,00
Totale (senza LAB)	19,9	8,2	20,81	8,32	22,84	5,32	22,21	10,24

In Tabella 2.63 si riportano i dati di performance sui tempi di attesa per macro-aggregati: diagnostica; laboratorio; riabilitazione; terapeutiche; visite, che comprendono tipologie di prestazioni qualitativamente eterogenee e quantitativamente molto diversificate.

Tabella 2.63 - Indici di performance sui tempi di attesa per macro categorie di Specialistica dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010

% prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg	2007			2008			2009			2010			
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola / RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola / RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola / RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola / RER	
diagnostica	< 30 gg	46,29	51,15	-9,5%	42,20	50,70	-16,8%	38,49	49,60	-22,4%	35,59	49,32	-27,8%
	< 60 gg	69,66	74,90	-7,0%	69,10	72,72	-5,0%	66,11	70,87	-6,7%	65,17	70,76	-7,9%
	> 90 gg	20,01	14,20	40,9%	20,38	15,27	33,5%	20,42	16,92	20,7%	20,64	16,98	21,6%
laboratorio	< 30 gg	95,60	88,08	8,5%	95,02	87,35	8,8%	94,80	90,11	5,2%	94,05	90,38	4,1%
	< 60 gg	98,63	95,27	3,5%	98,62	95,88	2,9%	98,43	96,76	1,7%	98,24	96,79	1,5%
riabilitative	< 30 gg	62,07	70,33	-11,7%	66,87	67,33	-0,7%	54,04	71,55	-24,5%	50,92	73,52	-30,7%
	< 60 gg	74,03	88,52	-16,4%	76,92	87,22	-11,8%	79,52	88,36	-10,0%	72,52	87,16	-16,8%
	> 90 gg	21,34	6,54	226,3%	19,44	7,03	176,5%	13,59	7,11	91,1%	21,48	8,04	167,2%
terapeutiche	< 30 gg	77,59	60,02	29,3%	81,76	58,58	39,6%	68,12	52,94	28,7%	71,90	60,41	19,0%
	< 60 gg	86,01	82,17	4,7%	91,13	82,85	10,0%	85,33	74,29	14,9%	86,94	79,04	10,0%
	> 90 gg	10,03	9,74	3,0%	6,23	9,47	-34,2%	11,52	14,42	-20,1%	8,51	13,32	-36,1%
visite ambulatoriali	< 30 gg	52,65	49,94	5,4%	50,09	50,54	-0,9%	49,68	44,41	11,9%	43,37	47,79	-9,2%
	< 60 gg	68,82	71,61	-3,9%	65,28	71,71	-9,0%	69,72	67,90	2,7%	67,92	69,93	-2,9%
	> 90 gg	16,71	16,20	3,1%	21,66	16,81	28,9%	17,93	19,53	-8,2%	17,47	18,23	-4,2%

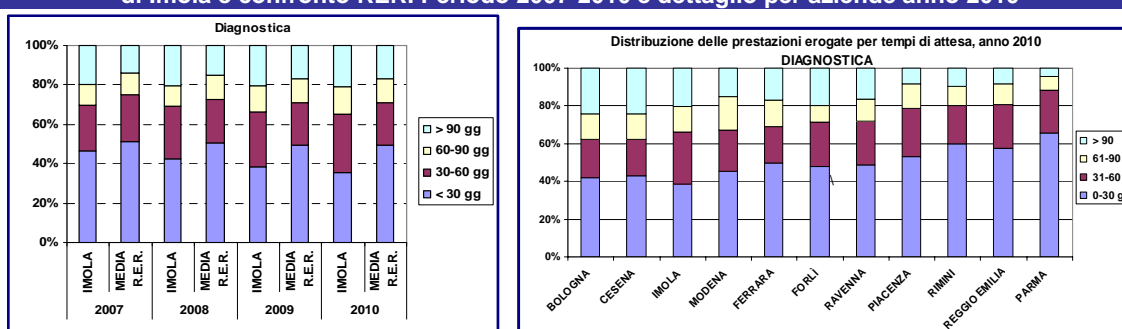
Il confronto "macro" con i dati regionali va interpretato con cautela e, soprattutto, in termini di *trend*, anche in considerazione del fatto che il *case-mix* produttivo dell'AUSL di Imola è - in particolare per alcune branche - limitato, come del resto già descritto con riguardo al tasso di fuga. Ciò detto, nel 2010 rispetto all'esercizio precedente, si conferma una buona performance sul

Laboratorio e sulle prestazioni terapeutiche, che si mantengono sopra al dato medio regionale, mentre si riscontrano criticità sulla diagnostica, sulla riabilitazione e sulle visite specialistiche.

Diagnostica – Le prestazioni di diagnostica comprendono: diagnostica senza utilizzo di radiazioni, diagnostica con utilizzo di radiazioni, biopsie e altra diagnostica. Per quanto concerne la “Diagnostica”, si osserva un tendenziale abbassamento della percentuale di prestazioni erogate entro 60 giorni, sia a livello aziendale sia come media RER, passando da valori vicini al 70% nel 2007, a valori di poco superiori al 65% nel 2010.

Tra 2007 e 2010 il *gap* tra l'indice di *performance* dell'AUSL di Imola e quello medio RER non si modifica in maniera significativa.

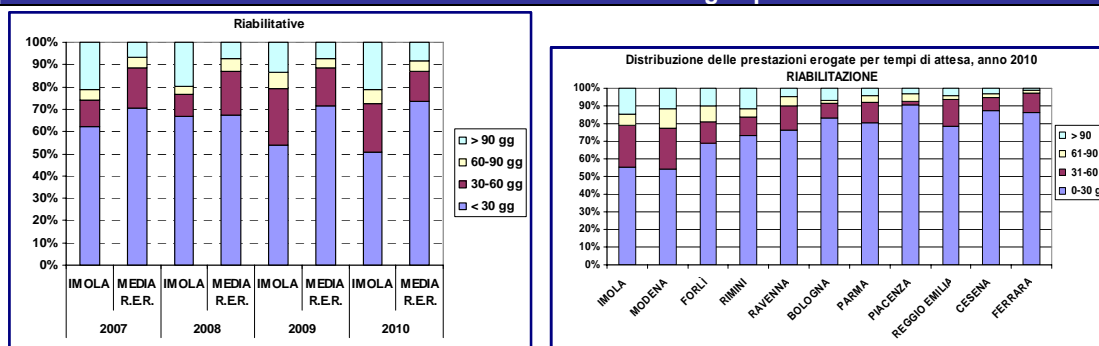
Grafici 2.64 - Indici di performance sui tempi di attesa per prestazioni Diagnostiche dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010 e dettaglio per aziende anno 2010



Nel confronto regionale, l'AUSL di Imola si posiziona al terz'ultimo posto per indice di *performance* a 60 giorni, davanti alle Aziende di Bologna e Cesena.

Riabilitazione – Le prestazioni riabilitative comprendono: prestazioni di recupero e rieducazione funzionale, terapia fisica a altra riabilitazione. Per quanto concerne tale branca specialistica (Tabella 2.65), si osserva nel 2010 una leggera flessione, sia rispetto al risultato dell'anno 2009, che rispetto al dato medio RER.

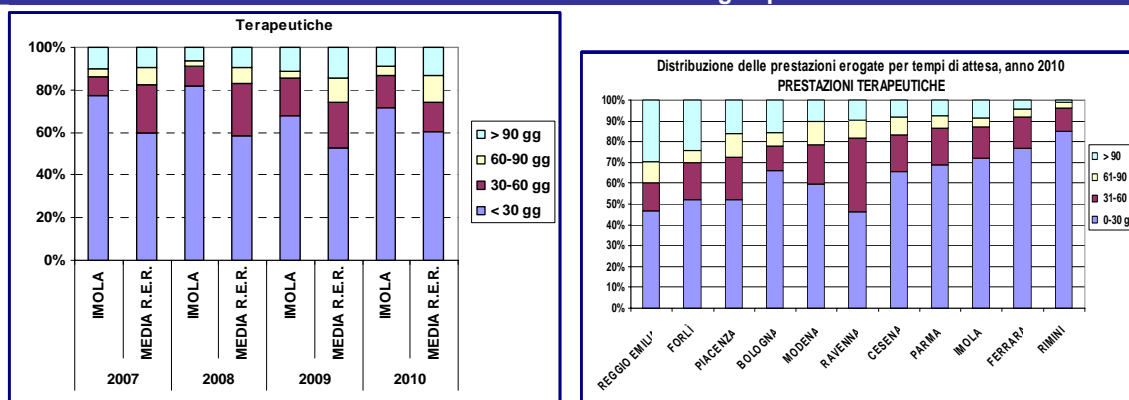
Grafici 2.65 - Indici di performance sui tempi di attesa per prestazioni Riabilitative dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010 e dettaglio per aziende anno 2010



Nel confronto regionale, l'AUSL di Imola si posiziona all'ultimo posto per indice di *performance* sia a 30 che a 60 giorni.

Prestazioni terapeutiche – Le prestazioni terapeutiche comprendono: radioterapia, dialisi, odontoiatria, trasfusioni, chirurgia ambulatoriale e altre prestazioni terapeutiche. Per quanto concerne le prestazioni “Terapeutiche” si osserva un buon posizionamento dell’AUSL di Imola rispetto alla media RER, con un indice di *performance* a 30 giorni superiore al 70% e un indice di *performance* a 60 giorni di poco inferiore al 90%.

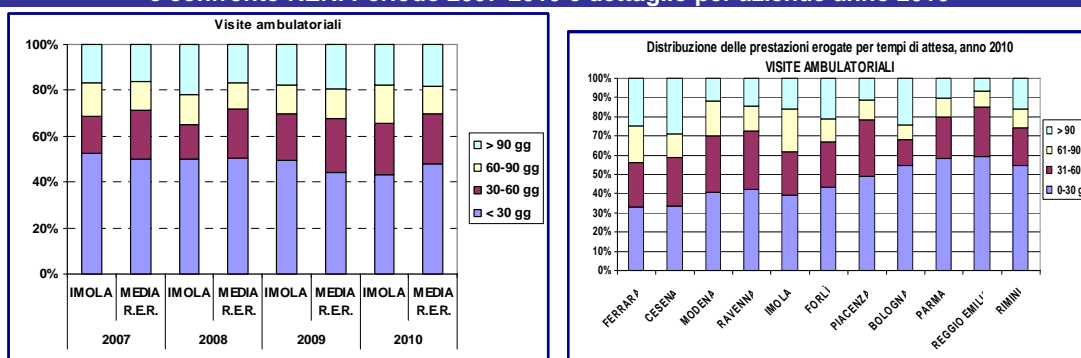
Grafici 2.66 - Indici di performance sui tempi di attesa per prestazioni Terapeutiche dell’AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010 e dettaglio per aziende anno 2010



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

Visite ambulatoriali - Per quanto concerne le “Visite Ambulatoriali” si osserva una riduzione dell’indice di *performance* a 30 giorni dell’AUSL di Imola rispetto al 2009 (43,37% vs 49,68%), mentre la media regionale è passata dal 44,41 al 47,79%.

Grafici 2.67 - Indici di performance sui tempi di attesa per Visite Ambulatoriali dell’AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2007-2010 e dettaglio per aziende anno 2010



Nel confronto regionale, l’AUSL di Imola si posiziona al settimo posto per indice di *performance* a 30 giorni, con un valore migliore rispetto alle Aziende di Ferrara, Cesena, Modena e Ravenna. Per un’analisi approfondita e focalizzata sulle singole prestazioni critiche, si rimanda alla Sezione 3.

2.3.3 Indicatori di attività per livelli assistenziali: assistenza ospedaliera

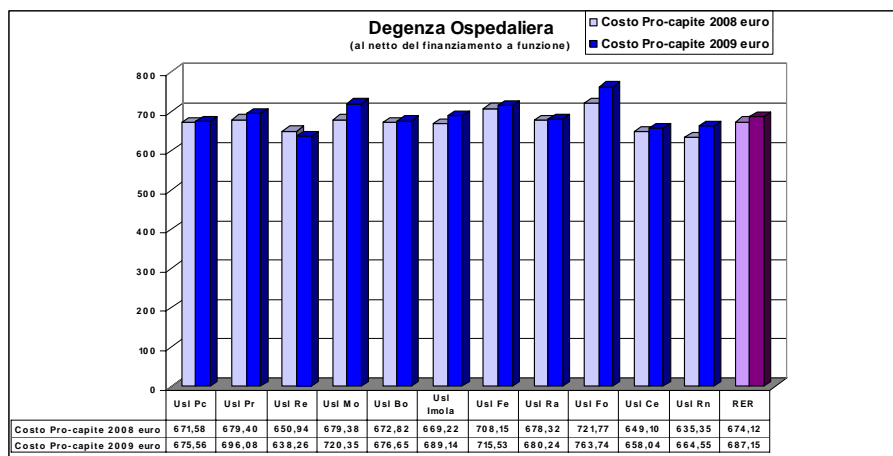
Il costo pro-capite dell'Assistenza Ospedaliera, contrariamente all'anno precedente, si presenta, anche se lievemente, superiore a quello medio regionale, per circa 2 euro, posizionandosi, comunque, al 5° posto tra le 12 AUSL della Regione.

Nell'anno 2009, infatti, si registra un aumento pro-capite per tale livello assistenziale di € 19,93, superiore all'aumento medio regionale pari a € 13,03.

Tabella 2.68 - Andamento del costo pro-capite del livello Assistenza Ospedaliera, confronto tra AUSL e dato medio RER. Anni 2008 e 2009

Azienda	ANNO 2008			ANNO 2009			Variazione % Costo Pro-capite 2009/2008	Differenza Costo Pro-Capite 2009/2008
	Costi Pieni (x1000)	Popolazione Pesata	Costo Pro-capite 2008 euro	Costi Pieni (x1000)	Popolazione Pesata	Costo Pro-capite 2009 euro		
Usl Pc	198.773	295.980	671,58	203.343	300.997,00	675,56	0,59%	3,99
Usl Pr	295.012	434.223	679,40	304.517	437.476,00	696,08	2,45%	16,67
Usl Re	313.191	481.133	650,94	314.111	492.139,00	638,26	-1,95%	-12,69
Usl Mo	442.389	651.169	679,38	476.761	661.842,00	720,35	6,03%	40,98
Usl Bo	579.188	860.831	672,82	589.257	870.847,00	676,65	0,57%	3,82
Usl Imola	84.800	126.715	669,22	88.706	128.719,00	689,14	2,98%	19,93
Usl Fe	272.153	384.316	708,15	277.602	387.966,00	715,53	1,04%	7,38
Usl Ra	262.322	386.720	678,32	267.013	392.525,00	680,24	0,28%	1,92
Usl Fo	133.503	184.966	721,77	142.974	187.202,00	763,74	5,82%	41,97
Usl Ce	123.155	189.733	649,10	127.717	194.087,00	658,04	1,38%	8,94
Usl Rn	177.935	280.057	635,35	188.842	284.167,00	664,55	4,59%	29,19
RER	2.882.421	4.275.843	674,12	2.980.843	4.337.966,00	687,15	1,93%	13,03

* Costi totali in migliaia di euro



Se il costo pro-capite registra un aumento, si deve d'altra parte registrare la conferma di un tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti (comprensivo dei ricoveri presso tutte le strutture pubbliche e private, intra ed *extra* Azienda) tra i più bassi in assoluto tra le AUSL dell'Emilia Romagna.

Nel suo complesso, comunque, il Presidio Ospedaliero dell'AUSL di Imola presenta:

- un buon tasso di "autosufficienza" (quasi il 65% di quota di soddisfacimento della domanda dei residenti), superiore alla media regionale;
- una buona attrazione di residenti da altre Aziende Sanitarie (il 16% della produzione ospedaliera è fatta a fronte di ricoveri intraregionali);

- tempi di attesa per intervento chirurgico nelle aree più "pesanti" (es. oncologica) che si confermano buoni per quanto riguarda il tumore della mammella ed in linea con la media regionale, benché sotto lo standard, per quanto riguarda il tumore dell'utero, del colon retto e della prostata;
- indicatori qualitativi che si confermano su livelli superiori alla media regionale, salvo un peggioramento - da valutare nelle sue cause - per quanto riguarda l'indicatore di mortalità per intervento a basso rischio.

A evidenza di quanto appena declinato, si propone in primo luogo la dotazione di Posti Letto per 1.000 abitanti, comparata con le stesse dotazioni delle AUSL senza AO insistente nel territorio (Figura 2.69).

Il Patto per la Salute 2010-2012 (provvedimento del 3.12.2009 dell'intesa Stato-Regioni) fissa l'obiettivo di uno standard di 4 pl x 1.000 abitanti di cui 0,7 pl per riabilitazione e lungodegenza.

La Regione Emilia-Romagna, sulla scorta di tali indirizzi con la DGR n. 2188 del 27.12.2010 ha adottato un provvedimento di riduzione dello standard dei posti letto che dovrà risultare non superiore a 4,2 pl per mille abitanti, comprensivi dello 0,7 pl per mille abitanti per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, al netto dei posti letto calcolati sulla base del saldo di mobilità in giornate di degenza, dedicati in via prevalente od esclusiva a pazienti provenienti da altre regioni; tale standard dovrà essere riguardato al 31.12.2011.

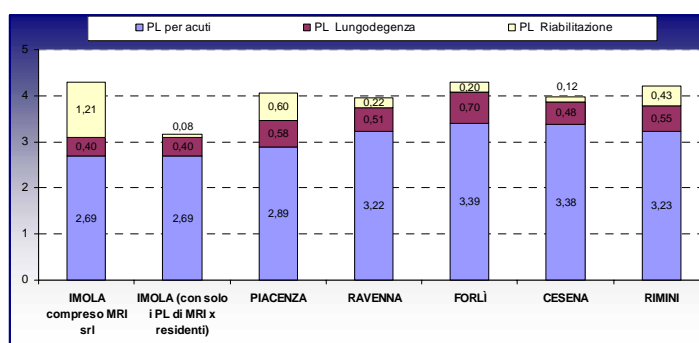
L'AUSL di Imola con 2,69 pl per acuti e 0,48 per riabilitazione e lungodegenza per 1.000 abitanti, si conferma nel 2010 ampiamente entro lo standard in vigore, e anzi in ulteriore riduzione sull'esercizio precedente.

Sempre in coerenza con le indicazioni date dal nuovo patto per la salute 2010-2012, recepite dalla Regione Emilia-Romagna, l'AUSL di Imola ha attivato percorsi rivolti a:

- promuovere il passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno e da ricovero diurno al regime ambulatoriale;
- favorire l'assistenza residenziale domiciliare;
- assicurare minori oneri a carico del SSN rispetto all'erogazione in regime ospedaliero (integrazione della lista dei 43 DRG ad alto rischio di in appropriatezza, già portata ad 89 dalla DGR n. 1890 del 06/12/2010 e ridefinizione delle dotazioni organiche).

Figura 2.69 - Posti Letto dell'AUSL di Imola, per tipologia, a confronto con le AUSL senza AO Periodo 2008-2010

	2008				2009				2010			
	PL per acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot	PL per acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot	PL per acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot
IMOLA compreso MRI srl	2,92	0,47	1,24	4,63	2,88	0,46	1,22	4,56	2,69	0,40	1,21	4,30
IMOLA (con solo i PL di MRI x residenti)	2,92	0,47	0,08	3,47	2,88	0,46	0,08	3,42	2,69	0,40	0,08	3,17
PIACENZA	2,98	0,56	0,61	4,15	2,98	0,55	0,60	4,13	2,89	0,58	0,60	4,07
RAVENNA	3,44	0,64	0,22	4,30	3,35	0,62	0,21	4,19	3,22	0,51	0,22	3,95
FORLÌ	3,54	0,72	0,22	4,48	3,47	0,78	0,22	4,47	3,39	0,70	0,20	4,29
CESENA	3,55	0,49	0,12	4,16	3,49	0,48	0,12	4,09	3,38	0,48	0,12	3,98
RIMINI	3,09	0,54	0,47	4,10	3,13	0,54	0,46	4,13	3,23	0,55	0,43	4,21
RER	3,71	0,54	0,37	4,62	3,64	0,54	0,37	4,55	3,58	0,52	0,36	4,46

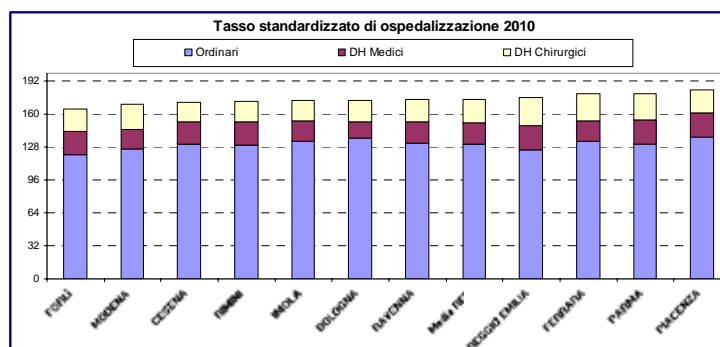


La AUSL di Imola contribuisce, pertanto, significativamente alla riduzione complessiva regionale, che nel 2010 conferma un trend in riduzione passando dal tasso del 4,62 per 1.000 abitanti del 2009 al 4,46 nel 2010.

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

Figura 2.70 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione negli ambiti aziendali RER. Anni 2008 - 2010

	2008				2009				2010			
	Ordinari	DH medici	DH Chirurgici	Totale	Ordinari	DH medici	DH Chirurgici	Totale	Ordinari	DH medici	DH Chirurgici	Totale
FORLÌ	130,60	23,88	22,31	176,8	125,79	22,07	21,55	169,4	121,09	22,48	21,34	164,9
MODENA	132,53	19,03	24,20	175,8	128,02	18,35	23,59	170,0	126,70	18,56	24,74	170,0
CESENA	137,40	22,48	18,54	178,4	134,78	22,23	19,56	176,6	131,58	21,04	19,17	171,8
RIMINI	135,30	22,36	20,35	178,0	131,04	21,95	21,06	174,1	130,64	22,49	19,76	172,9
IMOLA	134,93	17,83	20,04	172,8	134,76	18,77	20,01	173,5	133,95	20,14	19,41	173,5
BOLOGNA	141,52	16,48	21,85	179,9	139,49	16,59	21,45	177,5	136,35	16,82	20,34	173,5
RAVENNA	136,10	20,12	23,58	179,8	134,44	20,53	23,31	178,3	131,67	20,94	22,06	174,7
Media RER	136,25	20,64	23,48	180,4	133,03	20,63	23,41	177,1	131,21	20,52	23,05	174,8
REGGIO EMILIA	128,05	23,01	28,89	180,0	126,16	23,65	28,18	178,0	125,87	23,31	26,95	176,1
FERRARA	141,76	19,62	26,62	188,0	135,03	20,06	26,78	181,9	133,66	19,68	26,54	179,9
PARMA	136,15	24,15	23,30	183,6	131,15	24,90	24,48	180,5	130,88	23,55	25,57	180,0
PIACENZA	140,10	26,31	22,46	188,9	139,57	24,97	22,48	187,0	137,29	23,95	22,42	183,7



Lo standard nazionale di ospedalizzazione è attualmente di *160 ricoveri x 1.000 abitanti*, di cui il 20% in regime diurno; conseguentemente alla intenzione del Ministero di ridurre il rapporto abitanti/posti letto nella misura sopra descritta, lo standard/obiettivo sarebbe di conseguire, entro il 2014, 130 ricoveri per mille abitanti complessivi (*step* intermedio 145 nel 2011). Al momento, il dato complessivo RER, seppure in costante riduzione, è pari a 174,8 e pertanto risulta ancora superiore allo stesso standard in vigore. In questo contesto, nel 2010 la AUSL di Imola, rispetto all'indicatore "Tasso di ospedalizzazione complessivo", conferma il dato 2009 pari a 173,5 x 1000 abitanti, inferiore al valore medio regionale, venendo "superata" solamente dalle AUSL di Forlì, di

Modena, di Cesena e di Rimini. Tale risultato se analizzato nel dettaglio mostra un tasso di ospedalizzazione per quanto riguarda il ricovero ordinario superiore alla media regionale di oltre due punti percentuali (133,95 AUSL di Imola *vs* 131,21 RER), da leggersi specialmente con la riduzione del DH chirurgico, che si posiziona sotto la media regionale (19,41 AUSL Imola *vs* 23,05 RER), mentre il tasso di ospedalizzazione per quanto riguarda il DH medico si attesta in linea alla media RER.

In Tabella 2.71 si presentano gli indici di *performance* sui tempi di attesa per gli interventi chirurgici e la chemioterapia, oggetto di monitoraggio regionale, a confronto con gli analoghi dati riferiti all'esercizio 2009. Si considerano i ricoveri per acuti programmati a carico del SSN, in regime ordinario e di *day hospital*. È utile ricordare che l'Accordo Stato-Regioni ha fissato i seguenti standard/obiettivi: (i) interventi di cataratta 50% entro 90 giorni e 90% entro 180 giorni; (ii) interventi all'anca 50% entro 90 giorni e 90% entro 180 giorni; (iii) interventi per neoplasie maligne al polmone 100% entro 30 giorni; (iv) interventi per neoplasie maligne alla mammella 100% entro 30 giorni; (v) interventi per neoplasie maligne al colon 100% entro 30 giorni; (vi) chemioterapia 100% entro 30 giorni; (vii) coronarografie 50% entro 60 giorni e 90% entro 120 giorni.

Tabella 2.71 - Tempi di attesa per intervento programmato dell'AUSL di Imola, confronto RER e rispetto allo standard ove definito. Anni 2009/2010

INTERVENTI CHIRURGICI		1° standard	2° standard	anno 2009													anno 2010													Rispetto standard	Posizionam. AUSL Imola
				Attesa mediana	Tempi di attesa (valori percentuali)								Attesa mediana	Tempi di attesa (valori percentuali)																	
					0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	0 gg		1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg												
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL+Privato RER	= 100% 1-30 gg	7	34,6	96,8	98,7	99,1	99,2	99,3	0,7	5	49,6	96,0	98,5	99,0	99,3	99,4	0,6												
		Az.Ospedaliere RER		5	52,7	95,7	97,6	98,3	98,6	98,9	1,1	4	49,3	97,2	99,0	99,5	99,7	99,7	0,3												
		AUSL Imola		5	3,2	97,7	99,1	99,5	99,5	99,5	0,5	4	2,1	99,6	100	100	100	100	0	⊕	⊕										
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL+Privato RER	= 100% 1-30 gg	20	2,6	79	95,8	98,2	99,1	99,4	0,6	20	1,1	79,8	96,5	99,1	99,7	100,0	0,6												
		Az.Ospedaliere RER		22	0,6	74,4	95	98,8	99,4	99,4	0,6	21,5	1,2	75,6	97,0	99,4	99,4	99,4	0,8												
		AUSL Imola		16,5	0	100	100	100	100	100	0	14	0	85,7	100	100	100	100	0	⊕	⊕										
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az.USL+Privato RER	= 100% 1-30 gg	17	3,9	83,7	96,3	97,5	97,8	99,2	0,8	17,5	3,3	82,6	95,9	97,1	97,7	99,5	0,5												
		Az.Ospedaliere RER		16	6,2	81,8	93,6	96,2	97,8	99,4	0,6	15	7,0	82,2	93,9	96,0	98,2	99,4	0,6												
		AUSL Imola		17	0	85,2	98,1	100	100	100	0	19	5,4	79,2	98,1	100	100	100	0	⊕	⊕										
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Az.USL+Privato RER	= 100% 1-30 gg	42	1,1	28,9	72,9	89,9	96,8	99,1	0,9	41	0,5	31,3	72,8	91,4	96,1	99,6	0,4												
		Az.Ospedaliere RER		33	1,2	43,2	85,6	96,5	99,6	100	0	33	1,8	46,7	87,5	96,9	99,1	99,8	0,2												
		AUSL Imola		47,5	0	13,3	70	86,7	95	96,7	3,3	35,5	0	44	92	98	100	100	0	⊕	⊕										
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (r. ordinario)	Az.USL+Privato RER	= 100% 1-30 gg	18	4	83,8	97,6	98,4	99,1	99,6	0,4	20	6,3	82,4	97,3	98,3	98,3	99,8	1,2													
	Az.Ospedaliere RER		21	4,7	71,1	93,3	97,5	98,3	98,5	1,5	22	3,7	65,4	90,7	95,7	96,8	99,1	0,9													
	AUSL Imola		16	0	94,3	97,1	100	100	100	0	16	0	97,3	100	100	100	100	0	⊕	⊕											
AREA CARDIOVASCOLARE	CORONAROGRAFIA (DH)	Az.USL+Privato RER	≥ 50% 1-60 gg	≥ 90% 1-120 gg	11	10,2	86,1	92,7	94,6	95,8	96,3	3,7	12	11	87,3	93,8	94,6	95,6	97,1	2,9											
		Az.Ospedaliere RER	27	5,6	56,1	73,3	78,7	85,5	93,7	6,3	30	3,4	50,5	68,1	71,6	75,1	87,9	12,1													
		AUSL Imola																		non erogato											
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL+Privato RER	non definito	33	3,1	47,8	75,4	88,1	92,8	97,8	2,4	28	5,8	52,4	75,3	88	93,4	97,2	2,8												
		Az.Ospedaliere RER		43	2,4	41,1	61,4	78,9	86,9	95,3	4,7	25	3,3	55,4	70,8	83,9	93,2	98,1	1,9												
		AUSL Imola																			non erogato										
	ANGIPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.USL+Privato RER	non definito	10	13,4	85	96,6	98,4	98,8	99,3	0,7	9	11,3	88,6	96	97,8	98,3	99,2	0,8												
		Az.Ospedaliere RER		19,5	21,3	68,3	89,6	95,5	97,3	98,8	1,2	15	24,5	69,5	90,1	94,3	95,6	98,6	1,4												
		AUSL Imola		17,5	12	69,7	92,4	100	100	100	0	22	7,4	63,5	85,7	93,7	95,2	98,4	1,6		⊕										
	BY-PASS AORTOCORONARICO (regime ordinario)	Az.USL+Privato RER	non definito	8	4,2	95	99,4	99,9	99,9	100	0	7	4,9	97,6	99,7	100	100	100	0												
		Az.Ospedaliere RER		14	21,2	74,2	92,2	97,8	98,9	99,4	0,6	12	29,4	71,5	92,7	96,4	98	99,3	0,7												
		AUSL Imola																			non erogato										
CATARATTA (DH)	Az.USL+Privato RER	≥ 50% 1-90 gg	≥ 90% 1-180 gg	25	3,3	53,5	70	85,5	94,5	98,5	1,5	19	3,6	60	75,8	91,9	95	98,2	1,8												
	Az.Ospedaliere RER	51	3,1	30,7	60,5	81,9	90,9	96,4	3,6	60	3,6	23,6	50,2	78,8	89,4	96,3	3,7														
	AUSL Imola	43,0	16,7	30,0	70,0	75,0	85,0	100,0	0,0	56,0	12,0	18,2	54,5	77,3	81,8	95,5	4,5	⊕	⊕												
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Az.USL+Privato RER	≥ 50% 1-90 gg	≥ 90% 1-180 gg	56,0	1,9	33,0	52,0	63,8	72,4	85,3	14,7	56,0	2,3	32,6	52,4	64,7	73,5	86,4	13,6												
	Az.Ospedaliere RER	151,5	2,2	8,7	17,0	28,3	39,4	62,1	37,9	146,0	2,4	9,5	17,2	28,7	38,9	63,7	36,3														
	AUSL Imola	118,0	0,0	11,2	19,8	38,0	51,9	78,6	21,4	81,5	0,7	12,5	38,2	55,3	66,4	85,5	14,5	⊕	⊕												
ALTRE PRESTAZIONI	TUNNEL CARPALE (DH)	Az.USL+Privato RER	non definito	27,0	14,4	54,5	75,9	85,4	90,2	95,3	4,7	25,0	14,1	57,1	78,2	87,4	92,7	96,5	3,8												
		Az.Ospedaliere RER		136,0	1,4	10,9	23,2	38,9	44,5	63,5	36,5	115,0	3,8	13,9	24,3	40,2	50,6	66,1	33,9												
		AUSL Imola		35,5	33,3	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	82,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0		⊕										
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL+Privato RER	non definito	38,0	0,7	42,7	62,9	75,4	83,2	89,0	11,0	45,0	1,3	39,4	58,5	70,3	80,1	87,7	12,3												
		Az.Ospedaliere RER		85,0	0,5	16,2	35,2	54,2	68,5	81,3	18,7	97,0	0,5	13,4	30,0	46,5	60,2	78,7	21,3												
		AUSL Imola		218,0	0,0	4,7	11,3	17,5	25,0	40,6	59,4	212,0	1,4	3,4	9,2	16,4	21,3	43,0	57,0		⊕										
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL+Privato RER	non definito	38,0	1,4	42,7	60,7	70,2	77,9	86,2	13,8	48,0	1,3	36,3	57,2	67,3	80,6	90,3	9,7												
		Az.Ospedaliere RER		64,5	2,0	30,0	48,0	66,0	70,0	78,0	22,0	52,0	10,4	41,9	60,5	67,4	74,4	74,4	25,8												
		AUSL Imola		118,0	0,0	8,5	23,4	42,6	55,3	74,5	25,5	116,0	0,0	4,7	17,2	31,9	53,1	79,7	20,8		⊕										
	STRIPPING DI VENE (DH)	Az.USL+Privato RER	non definito	31,0	5,6	49,7	65,9	73,8	81,2	88,2	11,8	29,0	6,3	51,5	65,6	72,9	79,1	86,3	13,7												
		Az.Ospedaliere RER		102,0	0,8	14,9	29,6	43,6	57,0	75,7	24,3	118,5	1,5	7,2	25,6	41,4	51,0	66,3	33,7												
		AUSL Imola		318,5	0,0	1,1	3,4	8,0	18,2	30,7	69,3	379,0	1,1	1,1	5,4	8,6	8,6	17,2	82,8		⊕										
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO (DH)	Az.USL+Privato RER	non definito	12,0	31,2	82,9	94,4	96,1	97,4	98,0	2,0	11,5	28,9	79,0	93,4	97,3	99,1	96,4	0,6													
	Az.Ospedaliere RER		5,5	27,9	85,0	94,4	99,4	99,4	99,4	0,6	5,0	21,9	86,2	96,3	98,9	98,3	98,9	1,1													
	AUSL Imola		2,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	6,0	20,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0		⊕											
TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL+Privato RER	non definito	85,0	2,8	24,4	40,1	51,7	61,0	80,6	19,4	85,0	0,9	24,7	40,1	51,5	60,3	77,8	22,2													
	Az.Ospedaliere RER		110,5	0,1	12,5	29,5	43,7	54,6	72,2	27,8	108,0	0,5	17,0	33,3	43,3	56,6	78,0	22,0													
	AUSL Imola		76,0	0,0	13,6	36,4	60,8	80,1	94,3	5,7	48,0	0,6	38,0	59,2	79,9	91,6	98,3	1,7		⊕											
INTERVENTO CHIRURGICO COLON (regime ordinario)	Az.USL+Privato RER	non definito	19,0	6,6	70,4	83,4	88,9	91,7	96,4	3,6	22,0	5,3	62,1	83,4	89,0	92,1	97,0	3,8													
	Az.Ospedaliere RER		30,0	10,4	50,4	66,9	75,8	84,1	88,7	11,3	35,0	8,5	47,5	60,7	68,4	75,8	89,9	10,1													
	AUSL Imola		21,0	5,4	68,6	91,4	97,1	97,1	97,1	2,9	25,5	8,6	56,3	87,5	90,6	93,8	96,9	3,1		⊕											
INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Az.USL+Privato RER	per tumore = 100% 1-30 gg	5,0	20,0	91,3	97,4	98,7	99,2	99,3	0,7	0,5	21,9	87,5	96,8	98,4	99,0	99,4	0,6													
	Az.Ospedaliere RER		14,0	20,6	78,5	90,7	94,3	96,8	97,7	2,3	13,0	21,1	79,2	92,9	95,9	97,0	98,5	1,5													
	AUSL Imola		7,0	0,0	80,0	96,0	100,0	100,0	100,0	0,0	8,0	6,1	83,9	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	⊕	⊕											

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

Per l'esercizio 2010 si conferma la buona performance dell'azienda sui tempi di attesa in area oncologica per quanto riguarda la Chemioterapia (il tempo di attesa mediano passa da 5 a 4

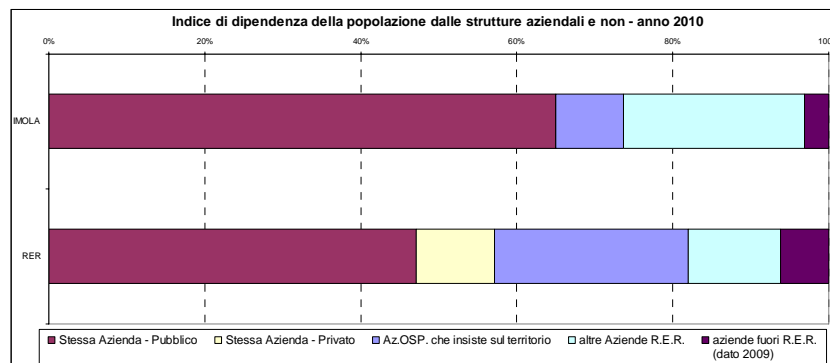
giorni) e l'intervento chirurgico alla mammella dove migliora l'indice di performance a 30 giorni (dal 94,3% al 97,3%). Peggiora invece l'indice di performance per intervento chirurgico per tumore dell'utero e del colon-retto.

Quanto alle altre prestazioni ospedaliere monitorate, si rileva: (i) mantenimento dello standard di performance a 180 giorni per la cataratta; (ii) un sensibile miglioramento dei tempi di attesa per intervento di protesi d'anca, che si approssima al raggiungimento dello standard di performance a 180 giorni; (iii) buone performance, confermate nel 2010, per gli interventi di tonsillectomia, biopsia del fegato e intervento chirurgico al polmone; (iv) un peggioramento rispetto al 2009 dei tempi di attesa - già critici nel confronto regionale - per stripping di vene.

Il grado di autosufficienza dell'AUSL di Imola, di cui si è già accennato in premessa - pari a circa 65% - considerando anche la quota di ricoveri extraregione stimata sul dato 2009 - rimane tra i migliori a livello regionale. Il dato riportato in Tabella 2.72, rispetto a quello della sezione 1 (tabella 1.6 "Indice di dipendenza"), risulta leggermente inferiore in quanto nel calcolo sono considerati anche i ricoveri in aziende extra regionali.

Grafici 2.72 - Grado di autosufficienza dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2008-2010

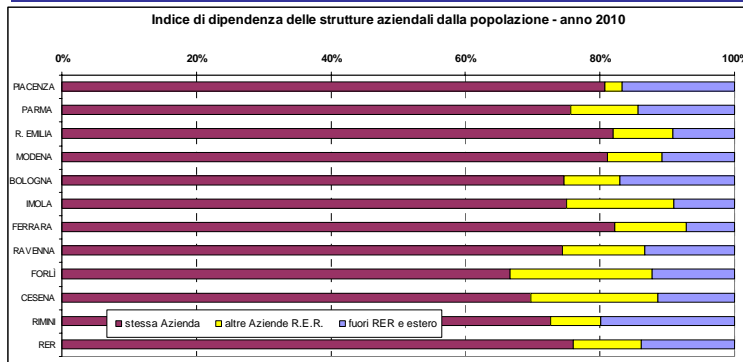
	2008						2009						2010					
	Stessa Azienda - Pubblico	Stessa Azienda - Privato	Az. OSP. che insiste sul territorio	IDP stessa Azienda + AO del territorio	altre Aziende R.E.R.	aziende fuori R.E.R.	Stessa Azienda - Pubblico	Stessa Azienda - Privato	Az. OSP. che insiste sul territorio	IDP stessa Azienda + AO del territorio	altre Aziende R.E.R.	aziende fuori R.E.R.	Stessa Azienda - Pubblico	Stessa Azienda - Privato	Az. OSP. che insiste sul territorio	IDP stessa Azienda + AO del territorio	altre Aziende R.E.R.	aziende fuori R.E.R. (dato 2009)
IMOLA	64,10		8,80	72,90	23,70	3,15	64,61		9,23	73,84	23,00	3,15	64,98		8,68	73,66	23,23	3,10
RER	46,60	10,40	24,80	81,80	11,70	6,00	47,80	10,60	25,40	83,80	10,20	6,00	47,12	10,04	24,81	81,97	11,88	6,15



L'Azienda si caratterizza in particolare - come reso evidente nel secondo Grafico 2.72 - per un'elevata quota di soddisfacimento della domanda da parte delle strutture pubbliche direttamente gestite (nel territorio circondariale non insistono strutture di ricovero del privato accreditato, situazione unica in RER). Questo genera l'apparente paradosso per cui l'AUSL di Imola è - come già detto - tra le prime per quota di soddisfacimento della domanda da parte delle strutture gestite e, allo stesso tempo, quella con la maggiore "fuga" extra-aziendale intraregionale. Analizzata la cosiddetta "quota di mercato" delle strutture aziendali, rispetto al bacino di utenza di riferimento istituzionale, in Figura 2.73 si completa l'analisi dell'attrattività del Presidio dell'AUSL di Imola, mostrando le percentuali di pazienti provenienti da altri ambiti aziendali RER, da altre Regioni e da stati esteri.

Figura 2.73 – Indice di attrazione dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2008-2010

AZIENDE	2008			2009			2010		
	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero
PIACENZA	80,30	2,80	17,00	80,80	2,70	16,60	80,70	2,60	16,70
PARMA	75,00	10,10	14,90	75,80	9,70	14,40	75,60	10,10	14,30
R. EMILIA	80,60	8,90	10,50	81,60	9,30	9,00	81,90	8,90	9,20
MODENA	80,50	8,40	11,10	80,60	8,20	11,20	81,10	8,20	10,70
BOLOGNA	74,70	8,60	16,70	74,70	8,30	17,00	74,60	8,30	17,10
IMOLA	74,80	15,70	9,50	74,70	15,90	9,40	75,00	16,00	9,00
FERRARA	81,10	11,90	7,00	82,60	10,00	7,40	82,20	10,60	7,20
RAVENNA	76,30	11,90	11,80	76,60	11,30	12,10	74,10	12,20	13,30
FORLÌ	67,20	21,20	11,70	66,50	21,60	12,00	66,60	21,20	12,20
CESENA	69,60	18,90	11,50	69,50	18,30	12,20	69,70	18,90	11,40
RIMINI	69,90	7,30	22,80	70,30	7,60	22,10	72,70	7,40	19,90
RER	75,70	10,40	13,90	76,00	10,10	13,90	75,90	10,20	13,80



Come risulta evidente, l'AUSL di Imola si caratterizza per un'elevata attrattività su pazienti residenti in altre Aziende dell'Emilia Romagna (16% dei ricoveri totali), mentre la quota di pazienti da altre Regioni e dall'Estero - anche per motivi geografici e di vocazione nel sistema *Hub&Spoke* (assenza di erogazione diretta per l'Alta Specialità) - è relativamente contenuta (9,9% nel 2008). L'attrattività complessiva, in termini di mobilità attiva ospedaliera, è complessivamente costante nei tre anni analizzati. Va comunque sottolineato che nella "mobilità attiva" sono conteggiati per l'AUSL di Imola anche i ricoveri presso MRI, che ha quasi esclusivamente vocazione regionale e nazionale. L'analisi del livello "Assistenza Ospedaliera" si completa, per l'esercizio in esame, con l'inserimento di dati di produzione, dei risultati di sintesi del Programma Sangue, alcune tabelle sull'attività del Pronto Soccorso e un set di indicatori di qualità.

Tabella 2.74 - Indicatori di attività di degenza ordinaria . Periodo 2007-2010

Andamento della casistica trattata in regime di ricovero ordinario							
DEGENZA ORDINARIA	Fonte	Anno				Scost. 2010-2009	
		Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	v.a.	%
N° casi (escluso Nido e SPDC) dati: R.E.R.		13.816	14.048	14.098	14.042	-56	-0,40%
	DRG Medici	8.191	8.613	8.483,0	8.627	144	1,70%
	DRG Chirurgici	5.464	5.504	5.615,0	5.685	70	1,25%
	DRG Altro	161	177			0	
	DRG Inappropriati	2.648	2.497	2.694,0	2.698	4	0,15%
Peso medio DRG		1,045	1,091	1,0	1,03	0,03	-0,77%
Punti DRG		14.444,26	15.323,81	14.636,4	14.793,04	156,6	1,07%
Degenza media		8,61	8,75	8,2	8,35	0	1,58%
Dimessi totali			15.337	15.320	15.376	56	0,37%
	% DRG Medici	59,29%	61,31%	60,17%	61,44%		2,10%
	% DRG Chirurgici	39,55%	39,18%	39,83%	40,49%		1,65%
	% DRG Inappropriati	19,17%	17,77%	19,11%	19,21%		0,55%

La Tabella 2.74 evidenzia tra il 2009 e 2010: (i) un leggero calo del numero dei ricoveri ordinari totali (-0,4%), compensato dall'incremento dei DH; (ii) un aumento complessivo dei DRGs Medici (+1,70%) e Chirurgici (+1,25%); (iii) quale criticità, un incremento, anche se leggero, dei ricoveri potenzialmente inappropriati (+0,15%); il permanere della criticità sulla durata media di degenza.

Donazioni e trapianti di cornee

L'AUSL di Imola, sul fronte della donazione d'organi, svolge un'importante opera per quanto riguarda i prelievi e i trapianti di cornee, che la vede unica filiale della Banca delle Cornee della Regione con sede a Bologna.

Nel 2010, sono state registrate 139 dichiarazioni di consenso alla donazione cornee; di queste, 66 potenziali donatori sono stati reputati idonei dall'oculista.

La Banca delle Cornee di Imola ha prelevato 131 cornee (di cui 2 cornee da donatore multi organo e 2 da donatore multitessuto), e processate 3 membrane amniotiche il cui utilizzo è confluito in parte nella sperimentazione clinica ed in parte in 24 impianti.

Nel 2010 sono stati effettuati 90 trapianti di cornea. La tabella che segue riporta i dati di attività nel periodo 2005 – 2010.

Tabella 2.75 – Attività di prelievo e trapianto di cornee . Periodo 2005-2010

Anno	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cornee prelevate	113	89	129	138	116	131
Trapianti Cornee	65	66	72	71	70	90
Donazioni Membrana Amniotica	14	5	9	10	12	3
Trapianti Membrana Amniotica	3	0	2	3	9	24

Controlli SDO

I controlli sulla "produzione interna" del Presidio Ospedaliero della AUSL di Imola, effettuati sistematicamente durante l'anno, hanno riguardato:

- Valutazione della coerenza della codifica SDO rispetto alla casistica DRG ricorrente nelle UU.OO.. La periodicità del controllo è mensile. Gli elementi oggetto di valutazione sono il DRG prodotto, la codifica di diagnosi e interventi, la durata della degenza. Tale verifica permette di individuare in prima istanza i potenziali indizi di errata codifica (es. DRG con complicanze, DRG maldefiniti, DRG anomali), selezionando i ricoveri su cui effettuare il livello successivo di valutazione, di cui al punto seguente;
- Valutazione dell'appropriatezza di codifica secondo le Linee Guida regionali 2009 e congruenza tra contenuto SDO e relative Cartelle Cliniche. La periodicità del controllo è mensile e ha riguardato, con particolare attenzione la casistica chirurgica. La verifica prevede l'analisi del caso descritto nella documentazione clinica, l'effettiva corrispondenza con le priorità di diagnosi e intervento/procedure, registrate sulla SDO, e la corretta codifica dell'eventuale intervento chirurgico descritto sul verbale operatorio;

- Valutazione dei ricoveri considerati, secondo i criteri regionali "Ricoveri Ripetuti". La periodicità del controllo è trimestrale e ha riguardato dimissioni rientranti nella casistica degli indicatori regionali dei Ricoveri Ripetuti negli intervalli 0-1 giorno, 2-7 giorni e 8-30 giorni;
- Verifica della corrispondenza tra codifica SDO e contenuto della Cartella Clinica, ai sensi della LR 133/2008, effettuata su un campione casuale di dimessi dal Presidio.

Programma sangue

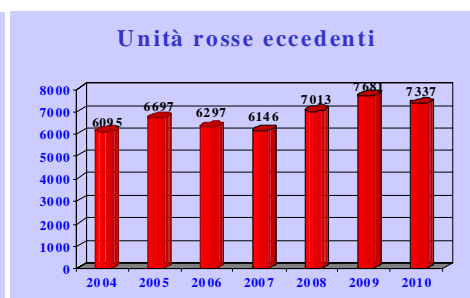
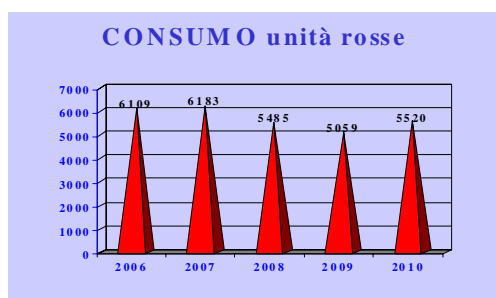
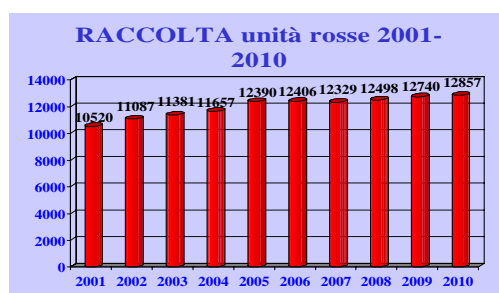
L'AUSL di Imola per quanto riguarda il Programma Sangue, si colloca tra le eccellenze a livello nazionale. Come si può vedere dalla Tabella 2.76 il territorio imolese raccoglie il 25% della quantità di sangue complessiva provinciale (rispetto ad una popolazione di circa il 12%), consuma meno del 50% di quello che raccoglie, cedendo circa 7.500 unità di sangue eccedenti il proprio fabbisogno, che vengono pertanto immesse nel circuito di compensazione regionale. L'Azienda cede inoltre circa 4.000 kg di plasma all'industria di frazionamento per la produzione di farmaci plasma derivati.

Tabelle 2.76 - Programma Sangue: raccolta e consumi nelle Province RER e per l'AUSL di Imola Anno 2009 e trend 2008-2010

Programma speciale sangue	raccolta 2008	consumi 2008	saldo	raccolta 2009	consumi 2009	saldo	raccolta 2010	consumi 2010	saldo
Piacenza	15.153	12.722	2.431	15.586	13.666	1.920	15.780	13.369	2.411
Parma	28.134	26.197	1.937	29.083	26.577	2.506	30.199	27.455	2.744
Reggio Emilia	23.377	18.243	5.134	23.232	18.863	4.369	23.331	18.745	4.586
Modena	35.190	32.611	2.579	35.477	32.518	2.959	36.448	32.955	3.493
Bologna (*)	63.862	73.364	-9.502	63.265	71.602	-8.337	62.756	71.231	-8.475
di cui Imola	13.139	6.302	6.837	13.442	5.749	7.693	12.857	5.520	7.337
Ferrara	22.472	22.806	- 334	22.322	22.812	- 490	22.649	23.380	- 731
Ravenna	27.786	26.802	984	27.109	28.103	- 994	27.645		
DITI (Forlì-Cesena-Rimini)	31.368	30.395	973	32.547	32.389	158	34.692		
OT Area vasta Romagna (***)							62.337	59.680	2.657
TOTALE	247.342	243.140	4.202	248.621	246.530	2.091	253.500	246.815	6.685

Fonte: CRS (Centro Regionale Sangue)

Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola, IOR



Dai dati in Tabella 2.77, riferiti all'anno 2010, si evidenzia un elevato livello di efficienza dell'AUSL di Imola: (i) 1° centro di raccolta in Italia per numero di donazioni per 1000 abitanti (raccolta pro-capite quasi doppia rispetto alla media regionale); (ii) 1° centro in Italia per unità raccolte/unità di organico dedicate.

Tabelle 2.77 - Programma Sanguine: indicatori di efficienza. Anno 2010

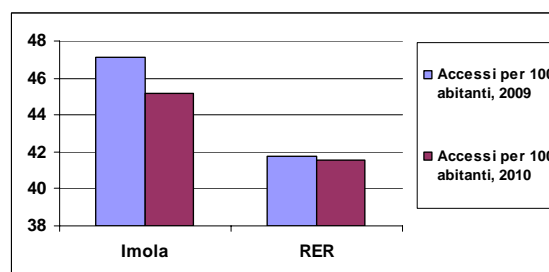
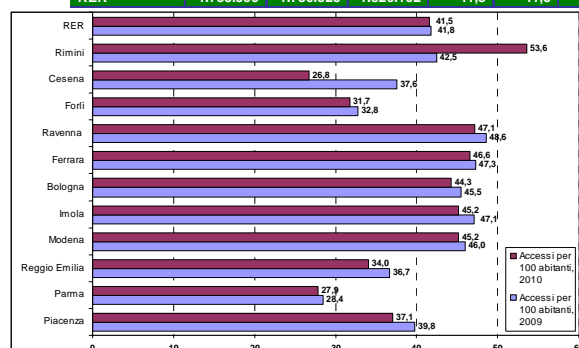
Media per 1.000 abitanti	IMOLA	REGIONE ER	ITALIA	OMS
DONATORI	58	35	23	
DONAZIONI	120	67	40	40
TRASFUSIONI	43	53	41	40
Efficienza	IMOLA	REGIONE ER	ITALIA	OMS
UNITA' RACCOLTE / UNITA' DI ORGANICO DEDICATO	1235	900		500

Elevato anche il livello di appropriatezza grazie ai mirati programmi messi in campo: (iii) consumi in linea con gli standard nazionali ed internazionali, sotto la media rispetto ai valori provinciali e regionali; (iv) riduzione di oltre il 10% dei consumi di unità rosse e riduzione del 40% dell'uso del plasma fresco congelato.

Quanto all'attività di Pronto Soccorso, in linea a quanto fatto negli anni precedenti, si procede all'esposizione e al commento dei dati regionali su numero di accessi, "filtro" al ricovero e attività di osservazione breve intensiva (OBI).

Figura 2.78 - Accessi al PS e indice di filtro delle AUSL RER. Periodo 2008-2010

	Accessi al PS 2008	Accessi al PS 2009	Accessi al PS 2010	Accessi per 100 abitanti, 2009	Accessi per 100 abitanti, 2010	tasso crescita accessi 2009-2010	di cui Ricoverati 2008	di cui Ricoverati 2009	di cui Ricoverati 2010	% (indice di filtro) 2008	% (indice di filtro) 2009	% (indice di filtro) 2010
Piacenza	114.323	112.126	106.798	39,8	37,1	-4,8%	15.610	16.085	16.011	13,7%	14,3%	15,0%
Parma	120.545	120.694	121.860	28,4	27,9	1,0%	21.640	20.271	20.057	18,0%	16,8%	16,5%
Reggio Emilia	185.229	187.389	178.776	36,7	34,0	-4,6%	22.187	21.745	22.117	12,0%	11,6%	12,4%
Modena	313.747	311.546	313.635	46,0	45,2	0,7%	41.392	41.016	41.486	13,2%	13,2%	13,2%
Imola	61.693	59.764	59.231	47,1	45,2	-0,9%	9.265	9.253	9.220	15,0%	15,5%	15,6%
Bologna	375.913	380.561	378.238	45,5	44,3	-0,6%	58.085	58.511	57.598	15,5%	15,4%	15,2%
Ferrara	165.659	168.238	167.237	47,3	46,6	-0,6%	26.087	26.135	25.594	15,7%	15,5%	15,3%
Ravenna	182.599	184.439	183.586	48,6	47,1	-0,5%	23.404	23.241	23.202	12,8%	12,6%	12,6%
Forlì	61.196	59.970	59.255	32,8	31,7	-1,2%	7.516	7.609	7.558	12,3%	12,7%	12,8%
Cesena	80.966	75.315	55.074	37,6	26,8	-26,9%	11.769	11.254	10.016	14,5%	14,9%	18,2%
Rimini	124.655	126.875	174.373	42,5	53,6	37,4%	14.591	15.950	20.102	11,7%	10,3%	11,5%
RER	1.733.999	1.786.525	1.826.192	41,8	41,5	2,2%	251.546	252.267	255.021	14,1%	13,9%	14,0%



In Tabella 2.78 si confermano i risultati delle azioni rivolte all'utilizzo appropriato del PS. Si inizia prendendo in considerazione il numero di accessi, che per l'AUSL di Imola seppur elevato in

rapporto alla popolazione, continua a ridursi (nel periodo considerato -0,9%, con una riduzione di quasi 500 accessi tra 2009 e 2010), a fronte di un aumento medio RER pari a +2,2%. Alla riduzione degli accessi si accompagna nel 2010 una lieve riduzione del numero di ricoveri da PS, rimanendo invariato l'indice di "filtro" al ricovero. Tale indice va pertanto letto in connessione da un lato con la riduzione degli accessi (quindi del denominatore), dall'altro con il basso tasso di ospedalizzazione aziendale. Pur tuttavia si ribadisce che nell'AUSL di Imola il Pronto Soccorso si conferma come la principale porta di ingresso all'Ospedale, provenendo dallo stesso oltre il 50% dei ricoveri totali.

In Tabella 2.79 si presentano i volumi di attività dell'OBI nelle AUSL e AO della Regione. L'AUSL di Imola conferma anche nel 2010 un notevole sviluppo dell'attività di OBI, entro lo standard ottimale RER.

Tabella 2.79 - Accessi in OBI nelle AUSL e AO RER. Periodo 2008-2010

Azienda	accessi in OBI 2008	% su accessi totali	accessi in OBI 2009	% su accessi totali	accessi in OBI 2010	% su accessi totali
PIACENZA	4.863	4,3%	5.303	4,7%	9.839	9,2%
PARMA	981	2,5%	1.062	2,8%	963	2,4%
REGGIO EMILIA	2.302	2,4%	3.635	3,7%	1.921	2,1%
MODENA	5.090	2,5%	4.892	2,4%	5.049	2,5%
BOLOGNA	10.799	4,5%	6.137	2,5%	16.640	6,7%
IMOLA	3.019	4,9%	3.261	5,5%	3.662	6,2%
FERRARA	961	1,0%	1.001	1,1%	1.286	1,4%
RAVENNA	9.968	5,5%	4.263	2,3%	7.279	4,0%
FORLÌ	2.708	4,4%	2.895	4,8%	2.587	4,4%
CESENA	2.216	2,7%	2.101	2,8%	2.145	3,9%
RIMINI	9.329	7,5%	9.283	7,3%	6.737	3,9%
AOSP PARMA	2.163	2,6%	2.791	3,4%	4.194	5,1%
AOSP REGGIO	1.999	2,2%	2.358	2,6%	2.242	2,6%
AOSP MODENA	3.845	3,5%	3.681	3,3%	3.819	3,4%
AOSP BOLOGNA	4.092	3,0%	4.295	3,2%	3.939	3,0%
AOSP FERRARA	1.193	1,6%	2.052	2,7%	1.814	2,3%
Totale RER	65.528	3,7%	59.010	3,3%	74.116	4,1%

Fonte: banca dati regionale ASA

Infine, si presenta il *set* di indicatori di qualità dell'assistenza, monitorato dalla Regione Emilia Romagna. Su 7 degli 11 parametri di qualità monitorati dalla Regione, nell'ambito del BdM, l'AUSL di Imola presenta valori migliori - in alcuni casi molto - dei dati di confronto regionale.

Tabella 2.80 - Qualità dell'assistenza: indicatori di processo e risultato dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2008-2010

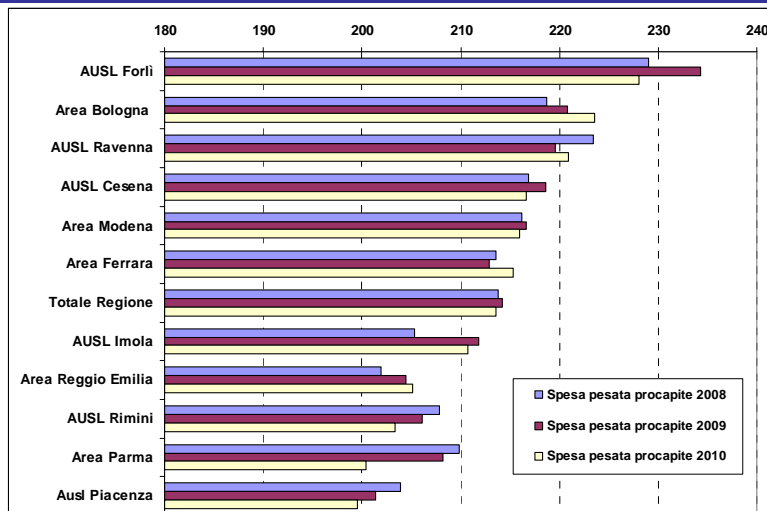
	2008			2009			2010		
	IMOLA	RER		IMOLA	RER		IMOLA	RER	
Basso peso alla nascita									
Nati con peso inferiore a 2.500 grammi	56	2120		46	2.219		64	2.165	
Neonati residenti	1.262	39.749		1.200	41.868		1.254	39.847	
Nati con peso < =2.500/pop residente	44,37	53,33	😊	38,33	53,00	😊	51,04	54,33	😊
Ricoveri polmoniti e influenza anziani									
Dimissioni pazienti di età > = 65 anni	18	563		8	565		11	408	
Popolazione residente di età > = 65 anni	28.986	968.208		29.270	985.692		29.270	985.692	
% Dimissioni pazienti di età > = 65 anni/pop residente di età > = 65 anni	0,621	0,581	😞	0,273	0,573	😊	0,376	0,414	😊
Diabete, complicazioni a breve termine									
Dimissioni pazienti con età > = 18 anni	39	1610		59	1.666		63	1.679	
Popolazione residente	107.222	3.625.798		109.736	3.711.375		109.736	3.711.375	
% Dimissioni pazienti con età > = 18 anni /pop residente	0,364	0,444	😊	0,538	0,449	😞	0,574	0,452	😞
Diabete, complicazioni a lungo termine									
Dimissioni pazienti con età > = 18 anni	136	7812		124	8.366		154	8.186	
Popolazione residente	107.222	3.625.798		109.736	3.711.375		109.736	3.711.375	
% Dimissioni pazienti con età > = 18 anni /pop residente	1,268	2,155	😊	1,130	2,254	😊	1,403	2,206	😊
Parti con taglio cesareo									
Parti con taglio cesareo (DRG 370 - 371)	401	12522		377	12.557		371	12.076	
Dimissioni con DRG di parto (370 - 375)	1.171	41.386		1.114	41.793		1.172	41.080	
% Parti con taglio cesareo/dimissioni con DRG di parto (370 - 375)	34,24%	30,26%	😞	33,84%	30,05%	😞	31,66%	29,40%	😞
Mortalità per interventi a basso rischio									
N.ro deceduti	0	48		3	41		5	43	
N.ro interventi a basso rischio	608	24.400		630	25.721		625	25.704	
Mortalità per interventi a basso rischio	0,000%	0,197%	😊	0,476%	0,159%	😞	0,800%	0,167%	😞
Ospedalizzazione evitabile per asma									
N.ro ricoveri	15	932		28	776		18	616	
Popolazione	107.222	3.625.798		109.736	3.711.375		109.736	3.711.375	
Tasso di ospedalizzazione evitabile per asma	0,140	0,257	😊	0,255	0,209	😞	0,164	0,166	😊
Ospedalizzazione evitabile per malattie congenite del cuore									
N.ro ricoveri	271	11222		230	10.391		227	10.290	
Popolazione	107.222	3.625.798		109.736	3.711.375		109.736	3.711.375	
Tasso di ospedalizzazione evitabile per malattie congenite del cuore	2,527	3,095	😊	2,096	2,800	😊	2,069	2,773	😊
Ospedalizzazione evitabile per malattie polmonari cronico-ostruttive									
N.ro ricoveri	185	6937		184	6.518		149	5.805	
Popolazione	107.222	3.625.798		109.736	3.711.375		109.736	3.711.375	
Tasso di ospedalizzazione evitabile per malattie polmonari cronico-ostruttive	1,725	1,913	😊	1,677	1,756	😊	1,358	1,564	😊
Ospedalizzazione evitabile per diabete mellito									
N.ro ricoveri	20	893		41	861		29	839	
Popolazione	107.222	3.625.798		109.736	3.711.375		109.736	3.711.375	
Tasso di ospedalizzazione evitabile per diabete mellito	0,187	0,246	😊	0,374	0,232	😞	0,264	0,226	😞
Ospedalizzazione evitabile per ipertensione									
N.ro ricoveri	4	296		1	328		3	299	
Popolazione	107.222	3.625.798		109.736	3.711.375		109.736	3.711.375	
Tasso di ospedalizzazione evitabile per ipertensione	0,037	0,082	😊	0,009	0,088	😊	0,027	0,081	😊

2.3.4 Assistenza Farmaceutica

In Figura 2.81 si riportano i valori economici totali e pro-capite riferiti alla spesa farmaceutica territoriale, aggregato comprendente la spesa netta convenzionata esterna e l'erogazione diretta di farmaci di fascia A. È da segnalare che il costo pro-capite del livello Assistenza Farmaceutica (€ 248,89) presentato in Tabella 2.38, riepilogativa dei sottolivelli distrettuali, differisce da quello riportato nel grafico sottostante (€ 210,67) in quanto il primo è comprensivo anche di altre forme di erogazione diretta e dell'ossigeno, distribuito dalla farmacia ospedaliera e/o da altre strutture aziendali.

Figura 2.81 - Tassi di crescita della spesa farmaceutica territoriale delle AUSL RER. Anni 2009-2010

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica territoriale - Anno 2008 (euro)	Spesa farmaceutica territoriale - Anno 2009 (euro)	Spesa farmaceutica territoriale - Anno 2010 (euro)	Spesa pesata procapite 2008	Spesa pesata procapite 2009	Spesa pesata procapite 2010	Var % spesa 2009 - 2010	Var % spesa pro capite 2009 - 2010
AUSL Forlì	42.886.003	44.473.090	43.586.492	228,98	234,32	227,99	-2,0%	-2,7%
Area Bologna	189.465.763	193.504.516	197.321.410	218,72	220,80	223,50	2,0%	1,2%
AUSL Ravenna	87.843.791	87.687.718	89.081.525	223,45	219,63	220,86	1,6%	0,6%
AUSL Cesena	41.726.368	42.742.902	42.933.895	216,87	218,60	216,64	0,4%	-0,9%
Area Modena	140.158.931	142.790.975	143.886.647	216,16	216,61	216,01	0,8%	-0,3%
Area Ferrara	82.269.030	82.835.917	84.190.171	213,54	212,88	215,31	1,6%	1,1%
Totale Regione	914.163.684	929.139.310	938.579.179	213,80	214,19	213,53	1,0%	-0,3%
AUSL Imola	26.311.945	27.553.704	27.664.606	205,29	211,79	210,67	0,4%	-0,5%
Area Reggio Emilia	95.378.865	98.257.503	99.605.065	201,96	204,49	205,14	1,4%	0,3%
AUSL Rimini	58.740.243	59.404.630	63.288.059	207,85	206,06	203,38	6,5%	-1,3%
Area Parma	89.760.404	90.192.445	87.486.268	209,86	208,17	200,41	-3,0%	-3,7%
Ausl Piacenza	59.622.339	59.695.910	59.535.143	203,95	201,34	199,56	-0,3%	-0,9%



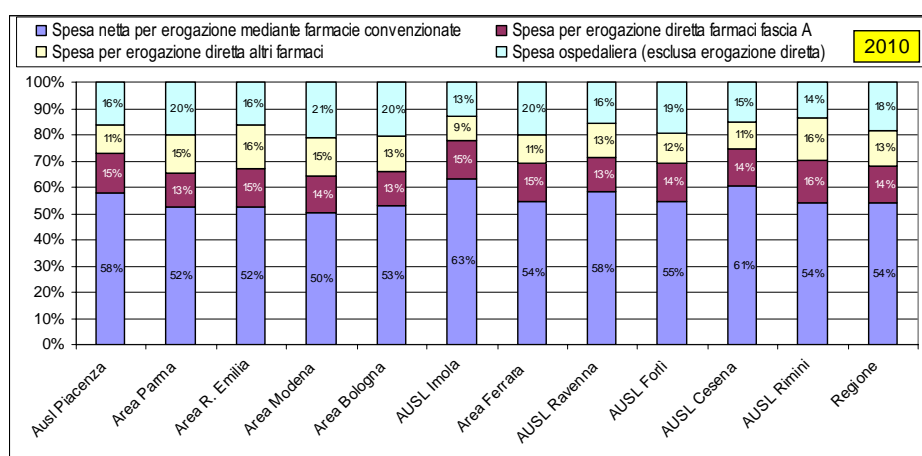
* Le aree di erogazione comprendono una AUSL ed una o più Aziende Sanitarie o IRCCS che si trovano nel territorio della AUSL

Come si evince dalla tabella sopra riportata, l'AUSL di Imola nel 2010 mantiene una spesa procapite al di sotto della media regionale. Anche la spesa complessiva, nell'anno, fa registrare un aumento percentuale inferiore a quella media regionale (+ 1% spesa regionale vs + 0,4% Ausl Imola). In tabella 2.82 viene riportata l'incidenza delle varie tipologie (convenzionata, a distribuzione diretta, ospedaliera) di cui si compone la spesa farmaceutica complessiva.

Grafici 2.82 - Incidenza delle tipologie di spesa farmaceutica nelle AUSL RER. Anno 2010

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica - Anno 2010								
	Spesa netta per erogazione mediante farmacie convenzionate		Spesa per erogazione diretta farmaci fascia A		Spesa per erogazione diretta altri farmaci		Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)		Spesa farmaceutica totale SSN
	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro
Ausi Piacenza	47.236.986	57,8%	12.298.157	15,1%	8.722.608	10,7%	13.421.413	16,4%	81.679.164
Area Parma	70.113.116	52,2%	17.373.152	12,9%	20.206.896	15,0%	26.606.042	19,8%	134.299.206
Area R. Emilia	77.288.698	52,2%	22.316.367	15,1%	24.190.762	16,3%	24.286.301	16,4%	148.082.128
Area Modena	112.500.134	50,5%	31.386.513	14,1%	32.431.700	14,6%	46.514.629	20,9%	222.832.976
Area Bologna	158.534.459	53,2%	38.786.951	13,0%	40.038.725	13,4%	60.686.305	20,4%	298.046.440
AUSL Imola	22.489.731	63,4%	5.174.875	14,6%	3.219.380	9,1%	4.578.594	12,9%	35.462.580
Area Ferrara	66.083.849	54,5%	18.106.322	14,9%	12.849.895	10,6%	24.246.355	20,0%	121.286.421
AUSL Ravenna	72.917.931	58,3%	16.163.594	12,9%	16.063.909	12,9%	19.828.449	15,9%	124.973.883
AUSL Forlì	34.452.463	54,5%	9.134.029	14,5%	7.342.511	11,6%	12.231.192	19,4%	63.160.195
AUSL Cesena	35.008.723	60,6%	7.925.072	13,7%	6.137.312	10,6%	8.689.992	15,0%	57.761.099
AUSL Rimini	48.780.477	54,2%	14.507.582	16,1%	14.341.819	15,9%	12.370.186	13,7%	90.000.064
Regione	745.406.566	54,1%	193.172.613	14,0%	185.545.518	13,5%	253.468.458	18,4%	1.377.593.155

FONTI: la spesa convenzionata è tratta dal flusso economico-finanziario gestito dal Servizio Politica del Farmaco; la spesa per erogazione diretta e la spesa ospedaliera sono tratte dal flusso AFO



Analizzando il totale della spesa distinto per tipologie, si può notare come la spesa farmaceutica ospedaliera sia, rispetto al 2009, diminuita e l'incidenza % di questa sulla spesa complessiva, per l'AUSL di Imola, si mantenga al livello più basso in ambito regionale.

Per quanto riguarda il 2010 va registrato un consumo di farmaci afferenti l'area oncologica in incremento rispetto al 2009 del 16,96% prevalentemente somministrati in regime di distribuzione diretta (11,15%).

In correlazione, l'attività del *Day Hospital* oncologico registra un aumento dei casi trattati pari al 14% e contestualmente un incremento dei casi in mobilità passiva *infra* regionale del 9,6%.

Inoltre, va segnalata una spesa di € 428.988,98 per terapia farmacologica ad un paziente imolese affetto da una malattia rara in cura presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara.

2.4 Ricerca e didattica

Per gli approfondimenti in ordine all'attività di ricerca e didattica seguita dall'AUSL di Imola, si rimanda alla Sezione 6 "Governare la ricerca e dell'innovazione", che per ragioni puramente espositive ci è sembrato più consono a contenere tali aspetti, tra cui in particolare i rapporti con l'Università e lo sviluppo dell'alta formazione delle professioni sanitarie non mediche e alle relazioni in ordine ai progetti di ricerca e alle ricadute sull'attività dell'Azienda.

2.5 Assetto Organizzativo

In attuazione della L.R. n.29/04 l'AUSL di Imola ha ridefinito il proprio assetto organizzativo, con l'obiettivo principale di rafforzare il proprio sistema di *governance*. Il percorso che ha portato alla stesura del nuovo Atto Aziendale e del conseguente "Regolamento di organizzazione" ha consentito non solo di dare attuazione ad un obbligo normativo, ma è stata anche un'importante occasione per rafforzare strutturalmente e culturalmente l'Azienda, al fine di rispondere in maniera più incisiva e responsabile alla domanda di salute in relazione ad un mutato contesto sociale.

Il nostro sistema di *welfare* si trova oggi a fronteggiare una trasformazione globale sotto la spinta di diversi fattori, che vanno dalla riduzione delle risorse disponibili, dall'allungamento dell'aspettativa di vita, dalla modifica della struttura sociale, dall'indebolimento delle catene di coesione sociale che tolgono sostegno informale e accrescono situazioni di disagio, alla maggiore consapevolezza dei cittadini circa il loro ruolo di clienti/utenti.

C'è, pertanto, bisogno di ripensare a fondo l'impianto del nostro *welfare*, come occorre un nuovo progetto che porti a sintesi quel che la società moderna tende a dividere, che riproduca un sistema inclusivo che affermi nuove sicurezze di fronte alle difficoltà economiche e sociali che colpiscono una grande fetta di popolazione.

Un sistema che, partendo dai bisogni assistenziali del cittadino, visti nella loro globalità, e attraverso un più ampio coinvolgimento e partecipazione, non solo delle istituzioni locali, ma anche dei professionisti, delle organizzazioni sociali, delle associazioni di tutela dei cittadini e dei vari soggetti economici presenti sul territorio, porti a fare scelte e ad assumere decisioni di politica sanitaria e sociale più giuste e coerenti con il quadro programmatico di sistema, al fine di rafforzare il sistema sanitario locale, sia in termini di qualità dei servizi offerti che di sostenibilità economico-finanziaria.

Occorre consolidare un nuovo modo di essere del governo della salute pubblica, che deve trovare nella buona gestione e nel buon uso delle risorse da parte dell'Azienda Sanitaria, nella responsabilità dei professionisti e nel governo clinico, gli strumenti di gestione per un servizio sanitario efficiente, umano, di qualità, sicuro, capace di fornire prestazioni in maniera

appropriata, al fine di garantire l'inderogabile diritto alla salute del cittadino nel rispetto della dignità e della libertà della persona.

Un cambiamento strutturale ed organizzativo, nel quale in questi ultimi anni nell'Azienda USL di Imola ha visto coinvolti tutti i singoli attori del sistema, nella consapevolezza che la creazione di un nuovo ruolo dell'Azienda sanitaria nel contesto del welfare, doveva, anche, principalmente vedere crescere una nuova propria cultura e non essere semplicemente mutuato per meccanica traslazione da modelli organizzativi presi all'esterno. Un nuovo assetto di *governante* che si deve caratterizzare prima di tutto in termini valoriali e che sappia dare la dovuta enfasi al cittadino come cliente, nelle sue varie espressioni di domanda di salute.

Quella domanda di salute, che in continua crescita sta comportando uno sviluppo dell'offerta di servizi sanitari e la conseguente crescita esponenziale di costi sociali ed economici, per effetto tanto di nuove problematiche sanitarie oltre che per effetto indotto del miglioramento della medicina, ma anche conseguenza di un fenomeno che nasce direttamente dalla società civile come evoluzione del concetto di stato di salute e diversa percezione da parte del singolo del proprio livello di benessere psico fisico.

L'introduzione di importanti innovazioni in materia di *governance* secondo i dettami Regionali, che vedono in particolare: l'attivazione del Collegio di Direzione nelle sue prerogative di "Organo"; l'attivazione delle Direzioni Tecniche aziendali (Medica; Infermieristica e Tecnica; dell'Assistenza Farmaceutica); l'adeguamento dei principali processi di programmazione e controllo (*budgeting*), il rafforzamento del governo clinico, sono tra i punti cardine del nuovo progetto riorganizzativo, che pone poi nei Dipartimenti la centralità della "produzione/erogazione" finale.

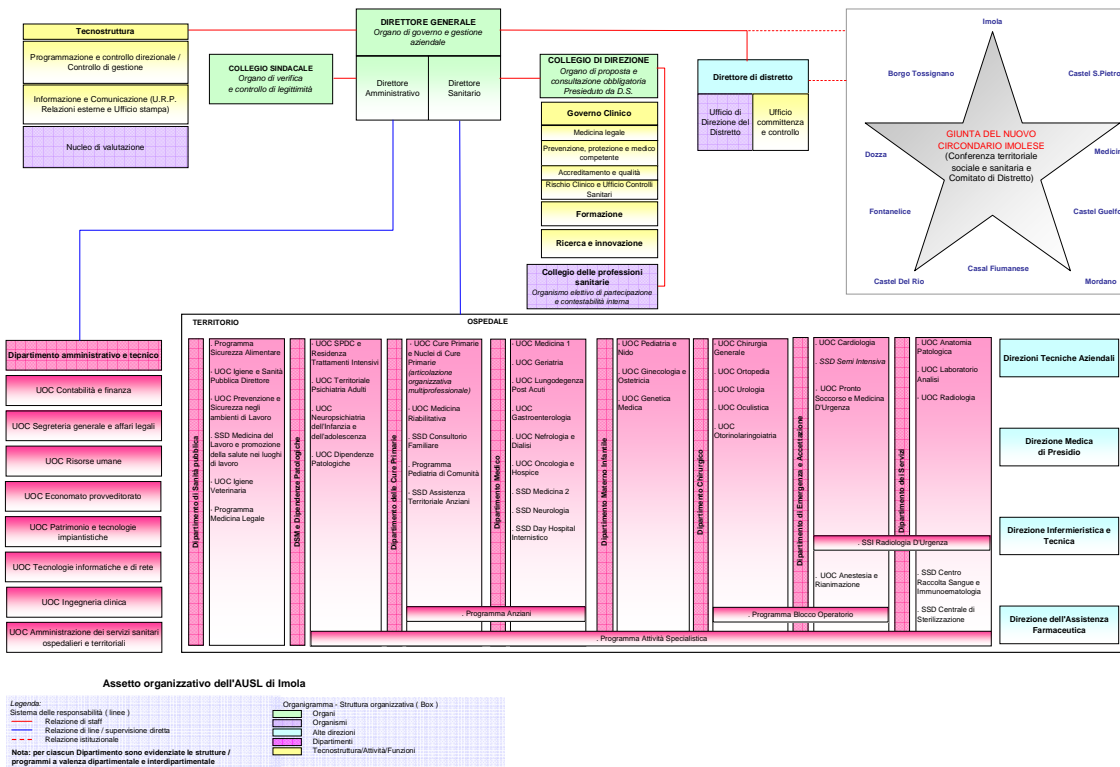
Accanto agli organi aziendali: Direttore Generale, Collegio Sindacale e Collegio di Direzione, sono stati individuati ed istituiti 8 Dipartimenti di *line*:

- Dipartimento Cure Primarie
- Dipartimento di Sanità Pubblica
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Emergenza e Accettazione
- Dipartimento Medico
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento dei Servizi

oltre al Dipartimento Amministrativo e Tecnico quale tecnostruttura di supporto all'attività sanitaria.

La struttura organizzativa aziendale si completa poi con attività/funzioni di staff a supporto della Direzione Aziendale e delle *line* gestionali. Sono posizionati in staff gli analisti che progettano, standardizzano, misurano e modificano le attività tipiche aziendali e che supportano le *line* di produzione dipartimentali nelle aree: Informazione e Comunicazione; Programmazione e Controllo direzionali; Formazione; Governo clinico.

Sezione 2. Profilo aziendale



Per quanto riguarda l'organizzazione sanitaria di *linea* l'Azienda USL di Imola è dotata di un Presidio Ospedaliero, articolato su due Stabilimenti (Imola e Castel S.Pietro Terme) e un Distretto, che vede una capillare distribuzione dei servizi sull'intero territorio, secondo un principio di prossimità. I Servizi ospedalieri e territoriali sono fortemente integrati tra loro al fine di permettere una reale presa in carico del paziente, secondo il modello assistenziale per intensità di cura.

MAPPA DELLE STRUTTURE													
	H												
	Ospedale	NCP	Servizio continuità assistenziale	Poliambulatori specialistici	Consultori familiari	Pediatria di comunità	Centro Salute Mentale	Sert	Strutture residenziali e semi residenziali	Case protette	RSA	Centri diurni anziani	Medicina Riabilitativa
Imola	1	4	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1
Mordano													
Castel Guelfo													
Dozza										1			
Medicina		1	1	1	1	1					1	1	1
Castel S. Pietro T.	1	1	1	1	1	1				1		1	1
Borgo Tossignano		1	1	1	1	1				1			
Casalfiumanese													
Fontanelice										1			
Castel del Rio													

L'INTEGRAZIONE SOVRA AZIENDALE E LA POLITICA DELLE ALLEANZE

Oltre all'integrazione realizzata all'interno dell'azienda, negli anni si sono sviluppate altre sinergie operative con le altre Aziende Sanitarie della Provincia e della Romagna, al fine di garantire ai cittadini una risposta sempre più adeguata e completa alle domande di salute che esprimono, garantendo allo stesso tempo maggiore efficienza economica.

Lo sviluppo della logica delle Aree Vaste (AV) come luogo della integrazione per l'esercizio congiunto o di rete di funzioni specifiche delle Aziende Sanitarie rappresenta un importante momento organizzativo, in grado di migliorare i servizi resi alla popolazione e la sostenibilità economica, evitando i rischi di frammentazione, scarsa qualità e diseconomie conseguenti.

L'esperienza di questi anni ha dimostrato che è possibile costruire un graduale allargamento degli ambiti di integrazione fra le aziende sia per funzioni di tipo amministrativo e tecnico, sia per funzioni di tipo sanitario, con risultati di miglioramento della qualità e dell'efficienza.

Fra le funzioni amministrative o a prevalente contenuto tecnico-logistico che si prestano ad una integrazione sovra-aziendale possono essere annoverati i servizi di approvvigionamento, di logistica economica, la gestione stipendi, i concorsi, la formazione, le assicurazioni, mentre fra i servizi tecnici sono compresi i servizi di progettazione degli immobili, i servizi di ingegneria clinica e fisica sanitaria, i servizi informatici e i centri di elaborazione dati.

Fra le funzioni sanitarie che si prestano a concentrazione sono compresi i laboratori di analisi cliniche, i servizi di immunoematologia e trasfusionale e la logistica farmaceutica; molte altre funzioni sanitarie possono trovare sviluppo in AV secondo il modello delle reti cliniche integrate, con l'individuazione dei rispettivi bacini d'utenza sovra aziendali.

Gli interventi di razionalizzazione e di ottimizzazione in AV possono giungere fino alla concentrazione fisica di interi settori di funzioni tecnico-amministrative ovvero di servizi intermedi.

In altri settori, quali quelli direttamente implicati nell'assistenza, si agisce invece in maniera integrata per assicurare i migliori standard possibili in condizioni di massima prossimità geografica; in questi casi, dove la concentrazione provocherebbe cambiamenti significativi nell'accessibilità ai servizi, si realizza una integrazione di tipo funzionale per mantenere i servizi quanto più prossimi ai destinatari, sino al punto in cui il decentramento non comprometta la qualità delle prestazioni.

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	pag. 150
3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	151
3.2 Universalità ed equità di accesso	152
3.2.1 Tempi di attesa per prestazioni specialistiche	155
3.2.2 Tempi di attesa per ricoveri	157
3.2.3 Accessibilità alle prestazioni di Assistenza Primaria	158
3.2.4 Dipartimento di Cure Primarie	162
3.2.5 Integrazione Socio Sanitaria	164
3.2.6 Percorsi integrati ospedale territorio	165
3.2.7 Percorso Nascita	165
3.2.8 Accertamento e valutazione della disabilità	166
3.3 Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti	167
3.3.1 Attività di sorveglianza sanitaria e vaccinazioni	170
3.3.2 Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione	171
3.3.3 Sicurezza sul lavoro	172
3.3.4 Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria	173
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	175
3.4.1 Politiche del farmaco	178
3.4.2 Politiche di acquisto di beni e servizi: in Area Vasta e con Intercent-ER	180
3.4.3 Utilizzo del Pronto Soccorso	181
3.4.4 Assistenza Ospedaliera	183
3.4.5 Dimissione protetta	188
3.4.6 Gestione del rischio	189
3.5 Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo	190
3.5.1 <i>Health Technology Assessment</i>	190

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

In questa sezione sono articolati i principali obiettivi attraverso i quali l'Azienda persegue le sue finalità istituzionali e concorre, in tal modo, al perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario Regionale.

In particolare si tende a mettere in evidenza l'orientamento dell'Azienda verso:

- la partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sociale e sanitaria;
- l'universalità ed equità di accesso, in relazione a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza;
- la centralità dei cittadini, in relazione alla adeguatezza dei servizi offerti, alla loro organizzazione sul territorio e agli strumenti di valutazione;
- la qualità dell'assistenza e dell'efficienza gestionale, come dovere di offrire servizi appropriati, di qualità tecnica e professionale e sostenibilità del sistema;
- il cambiamento tecnico, clinico ed organizzativo.

Obiettivi realizzati attraverso strategie che puntano sull'innovazione e sulla riorganizzazione dell'Azienda e perseguiti attraverso un forte coinvolgimento dei professionisti e degli Enti Locali, oltre che dei soggetti pubblici e privati interlocutori abituali dell'Azienda, al fine di rendere l'offerta coerente con i bisogni della popolazione attraverso un'organizzazione efficace ed efficiente. Risultato che si intende ottenere attraverso un approccio dell'intero sistema di tutela della salute, seppur distinto per livelli di assistenza: prevenzione, ospedale, territorio ed integrazione socio-sanitaria, in termini unitari circa gli obiettivi di salute.

Con una *governance* di sistema che guarda ai bisogni della persona e si struttura attraverso percorsi assistenziali che vedono coinvolti ed integrati, secondo un modello per intensità di cura, i vari produttori di prestazioni sanitarie.

3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria

La centralità della *Governance*, come previsto dalla Legge Regionale n. 29/2004 e ribadito nell'Atto Aziendale, attribuisce un ruolo vincolante agli Enti Locali in materia di programmazione sanitaria e politiche per la salute che trovano, conseguentemente, nei Piani per la Salute la loro esaustiva espressione.

La Regione Emilia Romagna, con il Piano Sociale e Sanitario, propedeutico alla stesura dei Piani di Zona Distrettuali per la salute ed il benessere sociale ed in coerenza con lo spirito delle Leggi Regionali n. 2 del 12.3.2003 ad oggetto "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali integrati con il Piano Sanitario regionale" e n. 29 del 23.12.2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario regionale", crea i presupposti imprescindibili alla "programmazione locale".

Conseguentemente, la programmazione locale, che ha il compito di calibrare, secondo la peculiarità dei territori amministrati, le scelte in tema di garanzia e tutela socio-sanitaria, trova la sua massima espressione nell'Atto di Indirizzo e Coordinamento Triennale 2009/2011, che la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e la Giunta del Nuovo Circondario Imolese hanno congiuntamente elaborato ed approvato.

La scelta attuata di agire nella programmazione istituzionale delle politiche di *welfare* in modo congiunto, tra la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e la Giunta del Nuovo Circondario di Imola, vuole essere l'assunzione di corresponsabilità di tutti gli Enti Locali della Provincia di Bologna, nell'offrire garanzie e tutele di pari grado ai loro cittadini.

In data 16.6.2010, la Giunta CTSS del Nuovo Circondario Imolese, in coerenza con i contenuti dell'Atto di Indirizzo, ha approvato il Piano di Zona per la salute ed il benessere 2009/2011 ed il Piano Attuativo Locale 2010, che racchiude in forma sintetica tutti i rapporti tra assistiti ed operatori che caratterizzano il sistema di *welfare* nel territorio circondariale.

Il PAL 2010 del Circondario di Imola che costituisce, quindi, la declinazione del Piano per la Salute ed il Benessere Sociale del triennio 2009/2011, si pone all'interno di quel processo di programmazione e ne rappresenta lo *step* annuale, con un criterio di approccio *Work in Progress* frutto dei mutamenti sociali in corso del nostro territorio.

La realizzazione del Piano di Zona per la Salute ed il Benessere Sociale-Attuativo 2010, attraverso tutti gli strumenti di concertazione e condivisione, ha visto al lavoro le varie componenti istituzionali (Comuni, ASP, AUSL, OO.SS.) della società civile, del terzo settore, del volontariato, riuniti nel Tavolo del *Welfare*, che a sua volta, ha costituito gruppi di lavoro tematici:

- Tavolo responsabilità familiari;
- capacità genitoriali;

- diritti dei bambini, giovani, e applicazione della Legge n. 194/78;
- immigrazione, asilo, lotta alla tratta;
- prevenzione e contrasto delle dipendenze, di altre forme di disagio sociale, e salute mentale;
- anziani e disabilità;
- prevenzione malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e della sicurezza.

Il PAL per l'anno 2010 ha previsto un impegno di risorse collegate alla progettualità, per il sistema *welfare* circondariale, pari a circa 50 milioni di euro, di cui 17.733.274,00 milioni sul bilancio AUSL (12.385.033,00 milioni di FRNA e 5.348.241,00 milioni per l'integrazione socio-sanitaria).

3.2 Universalità ed equità di accesso

Come anticipato in premessa, in questa sezione sono articolati i principali obiettivi attraverso i quali l'Azienda persegue le sue finalità istituzionali e concorre, in tal modo, al perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario Regionale. Si mettono a confronto i risultati dell'anno di riferimento 2010, con i risultati degli anni precedenti, in modo tale da poter apprezzare, nell'arco temporale di norma di un quadriennio, gli effetti delle azioni e degli interventi avviati ed implementati a livello aziendale. Pur essendosi succedute nel quadriennio due diverse direzioni, l'azione aziendale si è caratterizzata per continuità di programmi e obiettivi, per cui a differenza degli anni precedenti, dove si è cercato di focalizzare l'attenzione sul trend di mandato, coincidente con il periodo di gestione della direzione generale in carica, per il 2010 si esamina un trend di periodo, come detto temporalmente coincidente con l'ultimo quadriennio. L'AUSL di Imola in questi ultimi anni ha infatti rafforzato un ruolo di *governance* che vede coinvolto l'intero *management* che, pur nel rispetto dei ruoli e nel riconoscimento delle singole responsabilità, ha condiviso un progetto di sviluppo e riorganizzazione aziendale unitario. Contestualmente i risultati conseguiti a livello aziendale vengono confrontati con i risultati conseguiti a livello regionale dalle altre Aziende, in modo tale da dare una visione complessiva di sistema e meglio apprezzare il posizionamento della nostra AUSL.

Prima di entrare nel merito del contenuto di quanto riportato in Tabella 3.1 - relativo all'obiettivo "*Universalità ed equità di accesso*" - è opportuno riproporre le notazioni di metodo e guida alla lettura, già esplicitate in premessa per il Bilancio di Missione degli anni passati, valide ovviamente per le analoghe Tabelle presentate in apertura di ciascuna area-obiettivo istituzionale. Stante il Bilancio di Missione la rendicontazione degli obiettivi istituzionali in una logica di controllo strategico, si precisa:

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

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

- per il trend di periodo, si è verificato lo scostamento rispetto ai risultati effettivi riferiti al 2007, secondo la scala: A = netto miglioramento; B = miglioramento; C = mantenimento/stabilità; D = peggioramento; E = netto peggioramento;
- per l'analisi di posizionamento nel contesto regionale, si è verificato lo scostamento tra i risultati dell'AUSL di Imola conseguiti nell'ultimo anno (2009/2010) e i valori consolidati RER di riferimento, ultimi disponibili (valore medio delle AUSL RER, ovvero delle AUSL senza AO), secondo la scala: A+ = migliore risultato a livello regionale; A = molto meglio della media RER; B = meglio della media RER; C = sovrapponibile alla media RER; D = peggio della media RER; E = molto peggio della media RER;
- quanto al rispetto degli standard (target), i cui valori attesi vengono riportati in apposita colonna della Tabella, esso viene verificato con riferimento all'esercizio 2010 (ovvero ultimo anno disponibile), con la scala: "sì"; "no"; "in parte" (con specifica).

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

- il riferimento alla Sezione (paragrafo + tabella/figura) che riporta e supporta la valutazione effettuata nelle colonne precedenti;
- il valore a consuntivo 2010 (ovvero relativo all'ultimo anno disponibile) dell'indicatore, per l'AUSL di Imola e di riferimento regionale.

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

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

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

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

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

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

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

La rendicontazione di periodo in quest'area riporta:

- 2 valutazioni di netto miglioramento (A) per quanto riguarda la presa in carico delle donne immigrate in gravidanza e di alcolisti;
- 4 valutazioni di miglioramento (B) con riguardo a: copertura dei bisogni di assistenza domiciliare e di specifici gruppi di popolazione *target*; attività di psicologia nei consultori, organizzazione medici di medicina generale;
- 6 valutazioni di stabilità (C) riferite all'indice di performance per le prestazioni specialistiche terapeutiche; agli indici di performance MAPS "Visite" e "Diagnostica"; ai tempi di attesa in area oncologica e chirurgica; copertura dei bisogni in area Salute Mentale;
- 2 valutazioni di peggioramento (D), riferite ai tempi di attesa per i macroaggregati regionali di specialistica "Visite" e "Diagnostica".

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

- 3 risultati nettamente migliori della media RER (A) con riguardo alla presa in carico di donne immigrate in gravidanza, persone con disturbi psicologici e alcolodipendenti;
- 2 risultati migliori della media RER (B), rispettivamente riferiti ai tempi di attesa per prestazioni "Terapeutiche" e tempi di attesa intervento/procedura in area oncologica ;
- 2 risultati sovrapponibili a quelli medi regionali (C), in particolare rispetto a tassi di copertura assistenza domiciliare e ai tempi di attesa per interventi chirurgici;
- 3 risultati inferiori a quello medio regionale (D), in riferimento a: indice di *performance* visite specialistiche e diagnostica, pazienti in carico al DSM.

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

Indicatore	Trend di periodo (2007 - 2010)	Posizionamento su media RER	Rispetto STD (nazionali / regionali)	standard nazionale o RER	Tabelle e documentazione di riferimento BdM	valore 2010 Imola	valore 2010 RER
Tempi di attesa per prestazioni specialistiche							
Indice di performance a 30 gg per Visite specialistiche (escl urgenti)	D	D	no	90% entro 30 gg	par 2.3.2 Tabella 2.63	43,37	47,79
Indice di performance a 60 gg per Diagnostica	D	D	no	90% entro 60 gg	par 2.3.2 Tabella 2.63	65,17	70,76
Indice di performance a 60 gg per prestaz. Specialistiche Terapeutiche	C	B	no	90% entro 60 gg	par 2.3.2 Tabella 2.63	86,94	79,04
Tempi di attesa per prestazioni monitorate dalla Conferenza Stato-Regioni							
Indice di performance a 30 gg per Visite (MAPS)	C		in parte (6 su 11)	90% entro 30 gg	par 3.2. Tabella 3.2	vedi tabella (MAPS gen 2011)	
Indice di performance a 60 gg per Diagnostica (MAPS)	C		in parte (4 su 11)	90% entro 60 gg	par 3.2. Tabella 3.2	vedi tabella (MAPS gen 2011)	
Tempi di attesa per intervento							
Tempi di attesa per intervento/procedura in area oncologica	C	B	no	100% a 30 gg	par 2.3.2 Tabella 2.71	vedi Tabella	vedi Tabella
Tempi di attesa per intervento/procedura in altre aree	C	C	no	diversificati per prestaz.	par 2.3.2 Tabella 2.71	vedi Tabella	vedi Tabella
Tassi di copertura assistenziale per target di popolazione							
Tassi di copertura dell'Assistenza Domiciliare (TAD per 1.000 abitanti)	B	C			par 2.3.2 Grafici 2.41	21,8 pazienti x 1.000 ab.	22,1 pazienti x 1.000 ab.
% donne immigrate in gravidanza sul totale donne seguite	A	A			par 2.3.2 Tabella 2.45	69,5% (2009)	57,2% (2009)
Pazienti in carico al DSM per 10.000 abitanti esclusi i minori di 18 anni	C	D			par 2.3.2 Tabella 2.47	185	205
Presenza in carico di alcolisti (incidenza su pop target)	A	A			par 2.3.2 Tabella 2.57	5,7 (2009)	4,7 (2009)
% utenti (Psicologia) su popolazione target seguiti dai Consulenti	B	A			par 2.3.2 Tabella 2.45	0,90 (2009)	0,50 (2009)
Accessibilità ai servizi							
% MMG con apertura settimanale ≥ 80 ore (12h/7gg) e MMG con apertura settimanale di 60 ore (12h/5gg)	B				par 3.2.3 Tabella 3.3	56%	
% MMG organizzati in forme associate	B				par 3.2.3 Tabella 3.3	98%	

Nel seguito si rendicontano le principali azioni realizzate durante il 2010, per il conseguimento del presente obiettivo istituzionale, in riferimento ai temi: dei *tempi di attesa per prestazioni specialistiche e ricoveri* (parr. 3.2.1 e 3.2.2) e dell'accessibilità alle prestazioni di Assistenza Primaria (par. 3.2.3), nonché i conseguenti approfondimenti su: il *Dipartimento di Cure Primarie* (par. 3.2.4); *l'integrazione socio-sanitaria e i percorsi ospedale e territorio* (par. 3.2.5 e 3.2.6); *Percorso Nascite e Accertamento e valutazione della disabilità* (parr. 3.2.7 e 3.2.8).

3.2.1 Tempi di attesa per prestazioni specialistiche

Nel mese di ottobre 2009 l'Azienda ha elaborato, come richiesto dalla Regione, l'aggiornamento del Piano per il Contenimento dei Tempi Massimi di Attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e nel 2010 ha avviato le principali azioni ivi contenute, programmando il lavoro sulle due direttrici (clinica e organizzativa), che ha portato a garantire il rispetto delle *performance* nelle seguenti visite specialistiche: dermatologia, neurologia, oculistica, oncologica, ORL e fisioterapia; e nelle seguenti prestazioni di diagnostica strumentale: ECG, audiometria, ecografia addome, TAC del capo e del rachide. Per le visite endocrinologiche e ortopediche l'indice di performance è di poco al di sotto dello standard richiesto.

Il livello di criticità per le visite cardiologiche, urologiche e ginecologiche non è particolarmente alto, trattandosi di una percentuale tra il 69 e il 75%, mentre rimangono fortemente critiche le

TAC addome e torace, le RMN, l'ecocardiogramma e in misura minore gli ecodoppler arteriosi e venosi. La rilevazione sugli esami gastro e colonscopici attesta un basso indice di *performance* che non tiene conto dell'invio diretto, in caso di non disponibilità a CUP, al servizio che garantisce la valutazione clinica e il successivo esame entro gli standard fissati.

Tra le azioni messe in campo negli anni precedenti e mantenute anche nel 2010 ricordiamo quelle inerenti la gestione delle agende: "agende sempre aperte", agende non nominative, suddivisione primi accessi/controlli, servizio di *recall* telefonico, monitoraggio dei tempi d'attesa sedute aggiuntive laddove attuabili e attenta valutazione e programmazione delle chiusure estive; e le azioni riguardanti il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva: elaborazione dei criteri clinici di appropriatezza per le prestazioni fruibili in urgenza H24 e 7 giorni ed implementazione della Linea Guida Aziendale sulle patologie tiroidee. E' stata inoltre aumentata l'offerta attraverso l'acquisto di prestazioni dai propri professionisti al di fuori dell'orario di lavoro, da strutture convenzionate accreditate e tramite l'attivazione di nuovi contratti, in particolare del "percorso di salvaguardia" (erogazione delle prestazioni da privato accreditato all'interno degli accordi di fornitura) per ecodoppler dei tronchi sovra aortici, ecodoppler arteriosi degli arti inferiori, ecografie addominali, osteoarticolari e muscolo tendinee, visite oculistiche e dermatologiche e, negli ultimi mesi dell'anno, per le risonanze magnetiche cerebrali e della colonna, al fine di garantire per queste prestazioni i tempi di attesa entro gli standard di 30/60 giorni. E' stato inoltre proseguita l'attività di *recall* telefonico per i pazienti in lista, operativo dai primi mesi del 2009. Tale sistema - integrato con i sistemi informativi del Cup - effettua chiamate telefoniche ai pazienti in lista, permettendo di ottenere una notifica di conferma o cancellazione dell'appuntamento; il servizio sta dando ottimi risultati in termini di "recupero" posti in lista, oltre a essere molto gradito dai cittadini e contribuisce a mantenere basso il tasso di non presentazione (inferiore al 5%). Sempre nell'ottica di ridurre gli "abbandoni" e saturare la capacità di offerta, il servizio di prenotazione/disdetta telefonica - accessibile attraverso un numero verde ad addebito ripartito (Sezione 5, paragrafo 5.1.5) - attribuisce priorità di risposta a chi debba effettuare una disdetta.

Sul tema del miglioramento dell'appropriatezza, è proseguita l'applicazione del "Progetto di riorganizzazione dell'attività cardiologica ambulatoriale", condiviso tra i cardiologi ospedalieri e i medici di medicina generale (referente di distretto e coordinatori NCP) tra la fine del 2008 e il primo trimestre 2009, che definisce i criteri di stratificazione dei pazienti ambulatoriali in relazione alla severità della patologia e alla conseguente tempistica dei controlli successivi.

Adozione di misure da prevedere in caso di impossibilità a garantire il rispetto del TMA. L'AUSL di Imola ha attivato un percorso che prevede una "*clausola di salvaguardia dei TMA*" per alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale. Il percorso di garanzia prevede l'invio dei pazienti presso un fornitore Privato Accreditato, in caso di impossibilità interna a garantire lo standard per: visita oculistica; ecodoppler arterioso periferico e dei TSA; ecografie dell'addome; ecografie osteoarticolari; visita dermatologica; RMN cerebrale e del rachide.

Rilevazione tempi di attesa prospettici con applicativo MAPS e pubblicazione su internet. L'AUSL di Imola ha predisposto le condizioni per migliorare la "trasparenza" interna/esterna, attraverso la pubblicazione periodica sul Sito internet dei risultati relativi ai tempi di attesa prospettici (ossia dalla prenotazione all'appuntamento) monitorati dalla Regione (Progetto MAPS). Tale pubblicazione è stata avviata a inizio 2009.

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

In particolare, a seguito delle rilevazioni MAPS si riportano i valori in ordine ai tempi medi di attesa e l'indice di performance rilevato, nel triennio 2008/2010 (per l'anno 2010 quelli rilevati a gennaio 2011).

Tabella 3.2 - Tempi di attesa per prestazioni specialistiche nell'AUSL di Imola, rilevazione MAPS. Periodo 2008-2010

Disciplina	Tempo medio di attesa MAPS			% a 30 gg x visite e 60 gg x diagnostica: MAPS			Rispetto standard RER: indice performance 90%	
	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	SI	NO
Cardiologia								
Visita Cardiologica	37	41	20	64%	70%	69%		X
Elettrocardiogramma	20	41	30	91%	76%	98%	X	
Dermatologia								
Visita Dermatologica	18	23	25	100%	96%	91%	X	
Gastroenterologia								
Colonscopia	44	49	68	88%	93%	49%		X
Gastroscofia	33	27	78	97%	100%	23%		X
Ostetricia -Ginecologia								
Visita Ginecologica	40	61	42	50%	36%	50%		X
Medicina								
Ecocolordoppler	63	92	66	75%	62%	68%		X
Ecocolordoppler Cardiaca	84	44	95	36%	80%	12%		X
Endocrinologia								
Visita Endocrinologica	31	26	14	85%	88%	85%		X
Neurologia								
Visita Neurologica	67	95	23	32%	19%	100%	X	
Oculistica								
Visita Oculistica	17	17	24	99%	91%	100%	X	
Oncologia								
Visita Oncologica	7	7	11	100%	100%	100%	X	
Ortopedia								
Visita Ortopedica	46	46	18	35%	72%	89%		X
Otorinolaringoiatria								
Visita Otorinolaringoiatrica	21	17	19	91%	100%	100%	X	
Audiometria	25	32	40	100%	100%	100%	X	
Urologia								
Visita Urologica	20	30	29	90%	71%	75%		X
Medicina Riabilitativa								
Visita Fisiatrica	16	14	18	100%	98%	100%	X	
Radiologia								
Ecografia Addome	44	36	38	96%	87%	92%	X	
TAC Addome	70	47	57	22%	71%	64%		X
TAC torace	80	63	66	10%	50%	50%		X
TAC del Capo	83	26	18	25%	100%	100%	X	
TAC rachide e speco vertebrale	13	22	19	100%	100%	100%	X	
RMN Cerebrale	53	63	129	62%	43%	0%		X

3.2.2 Tempi di attesa per ricoveri

Riguardo ai tempi di attesa per i ricoveri si deve evidenziare, nonostante l'impegno profuso da parte di tutte le strutture aziendali, una situazione con luci ed ombre, così come illustrato nella Sezione 2, paragrafo 2.3.3.

Per l'esercizio 2010 si conferma la buona *performance* dell'AUSL di Imola sui tempi di attesa in area oncologica dove, in particolare rispetto al 2009, migliorano i tempi per quanto riguarda la Chemioterapia (il tempo di attesa mediano passa da 5 a 4 giorni) e l'intervento chirurgico alla mammella dove migliora l'indice di *performance* a 30 giorni (dal 94,3% al 97,3%). Una lieve flessione, invece, si registra per quanto riguarda l'indice di *performance* per l'intervento chirurgico del tumore dell'utero e del colon-retto.

Quanto alle altre prestazioni ospedaliere monitorate, si rileva: (i) un sensibile miglioramento dei tempi di attesa per intervento di protesi d'anca che si approssimano al raggiungimento dello standard a 180 giorni e della cataratta che raggiunge lo standard di *performance* a 180 giorni; (ii) un peggioramento rispetto al 2009 dei tempi di attesa per tunnel carpale e *stripping* di vene; (iii) stabile la situazione per quanto riguarda gli interventi per ernia inguinale e emorroidectomia; (iv) miglioramenti nel 2010 per gli interventi al polmone, biopsia del fegato e tonsillectomie.

Nel 2010 si è proseguito nelle azioni di miglioramento relativamente a:

- sistema aziendale di Gestione informatica delle Liste d'attesa (LAR) per interventi chirurgici, conforme ai requisiti previsti dal progetto SIGLA regionale, che ha garantito una costante implementazione;
- rilevazione per classe di priorità dei ricoveri chirurgici, secondo le indicazioni regionali e la modalità di conteggio dei giorni di attesa, calcolati a far data dal momento in cui il paziente ha concluso l'*iter* diagnostico pre-operatorio e può essere sottoposto all'intervento programmato. Secondo le indicazioni regionali viene riportato nella SDO il tempo d'attesa per il ricovero programmato.

3.2.3 Accessibilità alle prestazioni di Assistenza Primaria

NUCLEI DI CURE PRIMARIE

Nel luglio 2010 è entrato in vigore l'Accordo aziendale per i Medici di Assistenza Primaria dell'AUSL di Imola - siglato all'inizio del mese e valido per il periodo 1.01.2010-31.12.2011. Gli obiettivi contenuti nel documento riguardano il consolidamento dei risultati ottenuti per quanto riguarda l'associazionismo dei MMG e l'accessibilità ai servizi di specie, ma anche obiettivi di sviluppo dell'organizzazione dei Nuclei di Cure Primarie. In particolare, nella Vallata del Santerno si è consolidato il modello associativo della medicina di gruppo che riguardava 5 dei 6 medici di assistenza primaria e le 2 pediatrie di libera scelta, che assicuravano una presenza di 7 ore al giorno nella sede di Borgo Tossignano: l'associazione è stata estesa anche al sesto medico, andando a coincidere con tutti i professionisti del Nucleo e la fascia oraria è stata estesa di 3 ore al giorno dal lunedì al venerdì, garantendo nel complesso una presenza di 10 ore giornaliere, articolate in 2 fasce orarie (8.00-13.00 e 14.30-19,30).

L'altra esperienza innovativa ha riguardato due Nuclei di cure primarie di Imola, Cintura Nord e Cintura Sud, il primo dei quali non aveva una sede fisica, mentre il secondo aveva una sede

fisica con ambulatorio medico di continuità. La sperimentazione, di durata annuale, ha visto l'attivazione di una sede di nucleo presso l'Ospedale Vecchio, dove dalle 12.00 alle 17.00 sono presenti medico ed infermiere per garantire la continuità diurna di 5 ore a completamento delle 7 di coordinamento degli orari di ambulatorio delle medicine di gruppo e in rete e nell'attivazione dell'ambulatorio infermieristico dalle 12.00 alle 17.00 nella preesistente sede del NCP Cintura Sud. Per la durata della sperimentazione, i 29 medici componenti complessivamente i 2 nuclei si integrano per coprire in modo programmato i turni di continuità nelle due sedi.

A questi progetti si è affiancata una complessiva organizzazione del Servizio Infermieristico che ha condotto all'individuazione di 4 equipe di Nucleo (Imola, Vallata, Medicina e Castel S. Pietro) che si occupano dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare nel territorio di competenza, nell'ottica di garantire la continuità di cura e la riduzione del *turn over* degli operatori nella relazione con gli assistiti e di far crescere relazioni professionali tra le figure componenti i nuclei. Sono stati inoltre avviati due progetti sperimentali di integrazione tra medici e infermieri, il progetto di area vasta sulla Nuova Organizzazione Ambulatoriale dello Scompensato Cardiaco e il progetto di sperimentazione di un servizio di ascolto telefonico nella fascia oraria di continuità diurna (12.00-15.00). Tali progetti, attivati nel secondo semestre 2010, si concluderanno e saranno valutati nel 2011.

In riferimento al 2010, nell'AUSL di Imola è cessato un medico di medicina generale e non sono stati inseriti di nuovi medici: a fine anno il numero complessivo di tali professionisti era pari a 99. Di questi, il 98% si colloca all'interno di una forma associativa (68 in gruppo, 29 in rete). I 99 MMG del territorio circondariale sono organizzati attualmente in 7 NCP; di questi 4 sono attualmente dotati di sede fisica, secondo il modello regionale, funzionante con le seguenti modalità:

- Nucleo di Castel San Pietro Terme e Dozza (21 MMG organizzati in 3 medicine di gruppo, 2 delle quali con sede a Castel San Pietro Terme e 1 a Toscanella di Dozza. L'attività ambulatoriale medica copre 84 ore/settimana (12 ore/giorno, per 7 giorni), e viene erogata: (i) per i giorni feriali, 7 ore dai MMG dei gruppi e 5 ore a rotazione con turni coperti da tutti i medici del Nucleo; (ii) per i giorni prefestivi, dalle 8.00 alle 12.00 a turno dai medici del Nucleo, e dalle 12.00 ore 20.00, dai medici di continuità assistenziale; (iii) per i giorni festivi, dalle 8.00 alle 20.00 dai medici di continuità assistenziale. L'attività ambulatoriale infermieristica copre 64 ore/settimana (12 ore/giorno nei giorni feriali dalle 8.00 alle 12.00 nei prefestivi); da aprile a dicembre 2010 è stata attivata l'estensione della presenza infermieristica anche al sabato pomeriggio e domenica mattina;
- Nucleo di Medicina (16 MMG organizzati in 2 medicine di gruppo, con sede presso il Polo sanitario di Medicina). La copertura oraria settimanale è garantita in misura analoga e con le stesse modalità descritte nel punto precedente;

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

- Sperimentazione riguardante i Nuclei di Imola Cintura Nord e Cintura Sud: a completamento di quanto sopra esposto, si precisa che il NCP è composto da 18 medici associati in 1 medicina di gruppo (3 medici) e due medicine in rete composte rispettivamente da 11 e 3 medici, mentre 1 medico non è associato. Il NCP Cintura Sud è composto da 11 MMG organizzati in 2 medicine di gruppo. L'attività ambulatoriale medica copre 60 ore/settimana (12 ore/giorno, per 5 giorni) erogata giornalmente per 7 ore dai MMG dei gruppi o delle reti e 5 ore a turno nelle due sedi individuate, coperte a rotazione da tutti i medici dei 2 Nuclei. Al termine della sperimentazione ci si prefigge l'obiettivo di ridefinire la composizione dei nuclei stessi, ognuno dei quali avrà una sola sede.

A ciò si aggiunge il Nucleo della Vallata del Santerno, con il modello sopra illustrato di sede di nucleo che coincide con la sede della medicina di gruppo mista MMG/PLS e con apertura per 10 ore dal lunedì al venerdì.

Come evidenziato nella seguente Tabella 3.3, si sono conseguiti importanti risultati in termini di maggiore accessibilità delle Cure Primarie, che probabilmente spiega in parte il risultato conseguito di maggiore appropriatezza nell'accesso al Pronto Soccorso.

Tabella 3.3 - Indicatori di accessibilità e associazionismo dei MMG. Anno 2010

Assistenza primaria sviluppo associazionismo e incremento accessibilità						
	2008	%	2009	%	2010	%
MMG	96	100%	100	100%	99	100%
organizzati in forma associativa	93	97%	96	96%	97	98%
(di cui) in gruppo	67	100%	68	100%	68	69%
(di cui) in rete	26	39%	28	41%	29	29%
Nuclei Cure Primarie	7	100%	7	100%	7	100%
(di cui) con sede fisica e apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg) ed infermieristica settimanale di 50 ore su 5/6 giorni	2	29%	2	29%	2	29%
(di cui) con sede fisica e apertura ambulatoriale medica settimanale di 60 ore (12h/5gg) ed infermieristica settimanale di 25/50 ore su 5/6 giorni	1	14%	1	14%	2	29%
(di cui) con sede fisica e apertura ambulatoriale medica settimanale di 50 ore (10h/5gg) ed infermieristica settimanale di 30 ore su 6 giorni					1	14%
N. MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg)	37	38%	38	38%	37	38%
N. MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 60 ore (12h/5gg)	11	12%	11	11%	29	18%
N. MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 50 ore (10h/5gg)					6	6%

Ci sono ancora 2 NCP di Imola non ancora dotati di sede fisica, per i quali si auspica che possano aderire progressivamente nel prossimo anno al modello sperimentato in città.

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Nel 2010 è stato valutato dal punto di vista dei risultati l'accordo sottoscritto nel 2009, in particolare per quanto riguarda il regolamento sull'orario di servizio ed è iniziata la trattativa per la sottoscrizione del nuovo accordo integrativo tra l'ASL di Imola e le organizzazioni sindacali dei medici specialisti ambulatoriali per il 2010, trattativa che si è conclusa nel 2011.

I contenuti dell'accordo, in parte comuni a tutte le branche e in parte specifici per branca, vengono di seguito sintetizzati.

Miglioramento dell'efficienza operativa. Al fine di migliorare l'efficienza operativa dei singoli ambulatori specialistici (odontoiatria, dermatologia, ginecologia, oculistica, fisiatria, cardiologia ambulatoriale, ortopedia, otorinolaringoiatria, endocrinologia) si è concordato di mantenere i livelli prestazionali raggiunti nell'anno 2009, compresa l'attività domiciliare e perseguire il pieno utilizzo delle capacità di erogazione (100% per ciascun professionista).

Assistenza domiciliare integrata. Si sono confermati per il 2010 gli obiettivi di maggiore qualificazione dell'assistenza domiciliare integrata, allo scopo di garantire all'utente anche le prestazioni specialistiche. La richiesta di prestazione specialistica viene inoltrata allo Specialista tramite il Punto Unico dell'Assistenza infermieristica domiciliare. Il medico specialista deve inoltre garantire consulti anche prioritari (da espletare entro 2-3 giorni dalla richiesta) eventualmente coordinandosi con colleghi della stessa branca.

Liste di attesa – Prestazioni sollecite e urgenti. Si è definito un accordo per l'erogazione di prestazioni aggiuntive da parte dei Medici Specialisti convenzionati allo scopo di garantire l'esecuzione di prestazioni urgenti e sollecite inviate dal Pronto Soccorso o dal Dipartimento Cure Primarie e far fronte a volumi eccedenti al programmato, adeguando la risposta al livello di priorità temporale.

Formazione continua. Anche per il 2010 l'Azienda ha riconosciuto agli Specialisti ambulatoriali fino ad un massimo di 50 ore annue di formazione e ha dato seguito e continuità al percorso formativo di *training* sulle tematiche della relazione con l'utente intrapreso nel 2009. Gli Specialisti ambulatoriali si sono resi disponibili ad assumere incarichi di docenza, nell'ambito dei corsi di formazione organizzati dall'AUSL di Imola.

Referente distrettuale e referente interbranca. Entrambe le figure sono state confermate e inserite negli organismi di rappresentanza del Distretto e del Dipartimento Cure Primarie.

Obiettivi specifici per le branche specialistiche

OSTETRICIA E GINECOLOGIA - Gli specialisti partecipano alla stesura del protocollo per il Percorso della gravidanza fisiologica e della cartella clinica ostetrica.

MEDICINA PREVENTIVA E IGIENE DEL LAVORO - Gli specialisti ambulatoriali hanno partecipato all'attività effettuata a livello del Dipartimento di Sanità Pubblica, per lo svolgimento dei tirocini, nell'ambito del corso di laurea in "*Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro*".

MEDICINA SPORTIVA - Lo Specialista ambulatoriale ha partecipato alla predisposizione del manuale di qualità dell'UOC Sanità Pubblica, per la parte riguardante la Medicina dello Sport. È stata mantenuta la disponibilità ad attuare forme di flessibilità operativa al fine di far fronte alle variazioni di afflusso dell'utenza in ragione delle fasi dell'attività sportiva, per mantenere i livelli di attività del 2009.

PEDIATRIA DI COMUNITÀ - Lo Specialista ambulatoriale collabora per il conseguimento degli obiettivi aziendali assegnati alla Pediatria di Comunità, in particolare assicurando: piena integrazione con la struttura aziendale con partecipazione alle riunioni di servizio; partecipazione all'obiettivo di mantenimento dei volumi di attività; partecipazione alla campagna di vaccinazione contro il Papilloma virus. Nel 2009 lo specialista ha collaborato alla campagna straordinaria di vaccinazione per l'influenza A (H1N1).

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

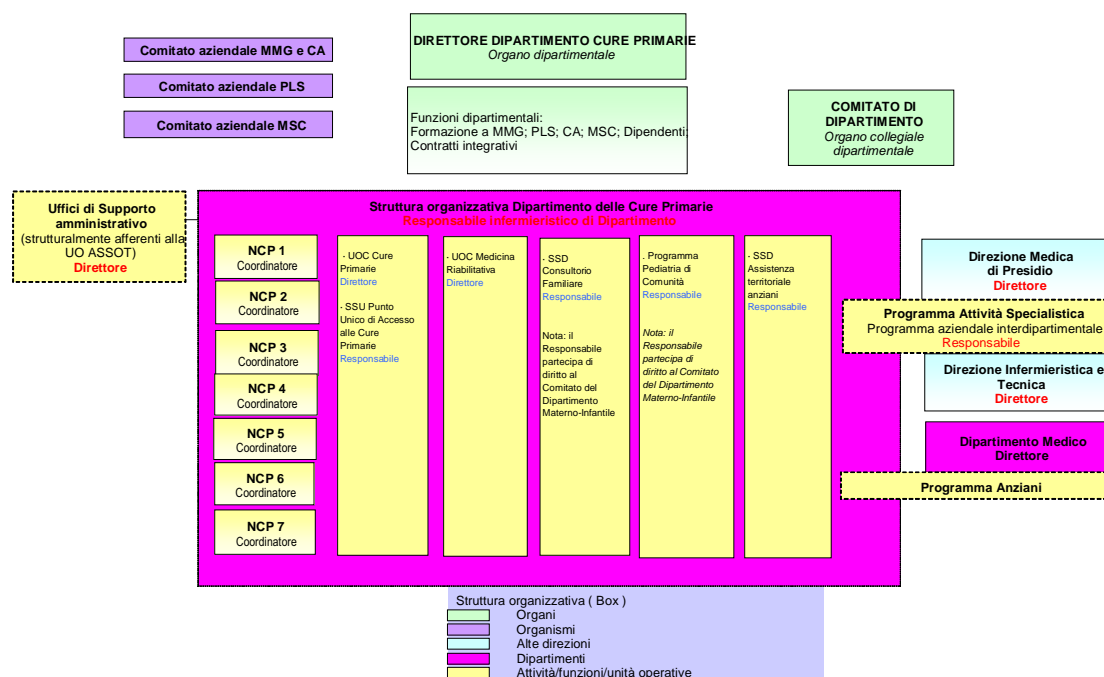
Per quanto concerne la Continuità assistenziale, nel giugno 2009 è stato sottoscritto un nuovo accordo fra l'AUSL di Imola e le Organizzazioni Sindacali per le attività aggiuntive nell'ambito del servizio, valevole per il biennio 2009-2010, con i seguenti obiettivi: *(i)* potenziamento dell'attività dei medici di continuità assistenziale, presso i punti di guardia dei Comuni di Castel San Pietro Terme e Medicina, nelle giornate di sabato e prefestivi; *(ii)* assistenza domiciliare ai pazienti assistiti nell'ambito dei programmi di ADI (I, II e III livello) e a pazienti assistiti nelle Case protette convenzionate e non convenzionate; *(iii)* continuità dell'attività ambulatoriale diurna prefestiva e festiva presso le sedi di Imola, Borgo Tossignano, Medicina e Castel S. Pietro; *(iv)* effettuazione delle prestazioni aggiuntive previste dall'Accordo regionale, integrate dalla terapia iniettiva intramuscolare, limitatamente alla somministrazione non procrastinabile di farmaci in classe A; *(v)* organizzazione delle reperibilità così come previsto dall'Accordo regionale vigente, e attività di coordinamento del servizio; *(vi)* azioni rivolte alla migliore integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale.

I punti da *(i)* a *(v)* sono stati pienamente realizzati, mentre sulla piena integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale restano ancora da individuare gli ambiti prioritari di sviluppo condiviso che saranno oggetto di discussione nell'accordo per il 2011.

3.2.4 Dipartimento Cure Primarie

Il Dipartimento delle Cure Primarie è stato configurato sulla base del criterio della collocazione territoriale dell'intervento sanitario ed è articolato in: UOC Cure Primarie; Struttura Semplice Dipartimentale Assistenza territoriale anziani; Programma interdipartimentale Anziani; Programma interdipartimentale Attività specialistica; UOC Medicina Riabilitativa; Struttura Semplice Dipartimentale Consultorio Familiare, Programma Dipartimentale Pediatria di Comunità. Le ultime due unità (Consultorio e Pediatria di Comunità) partecipano di diritto al Comitato del Dipartimento Materno infantile, con l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio, nella presa in carico dei pazienti. Alle attività del DCP collabora - come consulente per la Medicina Generale - il Referente aziendale assieme ai Coordinatori della Continuità Assistenziale; il Referente è altresì componente del tavolo dei coordinatori dei Nuclei delle Cure Primarie e partecipa ai gruppi di lavoro aziendali istituiti per la stesura di procedure e percorsi ospedale-territorio.

Figura 3.4 - Assetto organizzativo del Dipartimento delle Cure Primarie dell'AUSL di Imola



Nel 2010 il Referente ha continuato a svolgere il suo ruolo di facilitatore delle relazioni tra i medici di medicina generale e gli altri professionisti dell'Azienda (specialisti, medici ospedalieri) nonché di riferimento per il Distretto per la migliore lettura dei bisogni di servizi territoriali da sviluppare nell'ambito della programmazione nel medio e lungo periodo.

Il consolidamento e l'evoluzione del sistema di programmazione, *budgeting* e controllo, avviato nella AUSL di Imola ormai da 13 anni, è uno dei cambiamenti dell'organizzazione della Medicina Generale di maggiore impatto sul contesto complessivo. Si tratta di un mutamento culturale, sia per l'AUSL sia per i professionisti, che ha comportato fisiologicamente un lungo periodo di "apprendimento", e una continua revisione/rimodulazione, allo scopo di evitare i rischi di comportamenti opportunistici e "rigetto" da parte dei professionisti, laddove l'applicazione dei meccanismi d'integrazione non sia strategicamente e tecnicamente corretta. Il conseguimento degli obiettivi richiede una coerente collaborazione da parte dei medici ospedalieri, e impegna tutta l'Organizzazione nella continua ricerca della appropriatezza basata sulla *Evidence Based Medicine*, al fine di migliorare la prescrizione farmacologica, la richiesta di prestazioni specialistiche e strumentali e, in generale, i comportamenti clinici dei medici che operano sul territorio. Nel corso del 2010 il Referente per la Medicina Generale ed i pediatri di libera scelta hanno partecipato ad un gruppo di lavoro multidisciplinare sul percorso nascita (vedi par. 3.2.6). Nel corso del 2010 è stato sottoscritto un accordo aziendale con i medici di assistenza primaria per il biennio 2010-2011 nel quale sono stati stabiliti obiettivi di appropriatezza nell'uso dei farmaci al fine del contenimento della spesa farmaceutica lorda con una graduazione della riduzione dal -3% al -5% rispetto alla spesa dell'anno precedente.

A conclusione, si riporta, in Tabella 3.5, l'andamento di alcuni indicatori di attività dei MMG rispetto alle vaccinazioni antinfluenzali e all'assistenza domiciliare.

Tabella 3.5 - Indicatori di attività dei MMG. Periodo 2007-2010

Tipologia di Prestazioni	Numero prestazioni				Scost. 2010-2009	
	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	v.a.	%
N°vaccinazioni antinfluenzali	26.756	26.760	25.518	25.910	392	2%
N°accessi per A.D.I.	6.731	5.964	5.841	5.164	-677	-12%
Indicatori					Scost. 2010-2009	
Assistenza Domiciliare Integrata						
N° pazienti presi in carico	350	337	296	264	-32	-11%
di cui N° in carico A.D.I. 1° liv.	9	12	11	12	1	9%
di cui N° in carico A.D.I. 2° liv.	172	174	160	146	-14	-9%
di cui N° in carico A.D.I. 3° liv.	169	151	125	106	-19	-15%
N° Accessi ADI per paziente	19,23	17,7	19,7	19,56	0	-1%

3.2.5 Integrazione Socio Sanitaria

Nel 2010 l'AUSL ha attivamente partecipato alla elaborazione del "Piano di zona per la salute ed il Benessere sociale 2009-2011" secondo quanto previsto dalle direttive regionali e tenendo conto delle informazioni messe in evidenza dal documento di Profilo di Comunità.

L'AUSL di Imola collabora per quanto di competenza con l'Ufficio di Piano per la compilazione del sistema informativo sul Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Il Programma per la Non Autosufficienza 2010 è stato inserito all'interno del Piano attuativo del Piano di zona, anche per gli aspetti relativi alla applicazione della Delibera 1206/07.

Come già analizzato in Sezione 2, paragrafo 2.3.2, nel territorio circondariale esiste una rete di servizi residenziali per anziani che rileva un parametro di posti letto riferito alla popolazione ultra settantacinquenne tra i più elevati della Regione (circa 3,5%).

Si è completato il percorso di ricomposizione delle responsabilità gestionali anche sanitarie (infermieristiche/riabilitative) in capo agli Enti Gestori.

Si sono consolidati progetti speciali di supporto alla domiciliarità, come: "l'animazione a domicilio", "il supporto alle persone fragili durante il ricovero ospedaliero", "l'assistenza al pasto a domicilio", "l'accoglienza di sollievo" di anziani nei servizi semiresidenziali (Centri diurni di Imola e Medicina) nelle giornate festive e il progetto di prevenzione primaria con gruppi di sostegno e di auto aiuto coordinato dal Comune di Imola in collaborazione con gli altri Comuni e con il volontariato. Per quanto riguarda gli ausili e i presidi è proseguita l'attività del centro ausili dell'AUSL di Imola in integrazione con le associazioni di volontariato AUSER e gli assistenti sociali dei Comuni come negli anni precedenti.

Nel 2010 AUSL di Imola, in accordo con il Circondario Imolese, ha partecipato all'attività del CAAD Provinciale, aderendo al profilo C per favorire l'integrazione tra il CAAD ed il responsabile del Centro Ausili di Imola.

Già da diversi anni i farmaci del Prontuario ospedaliero vengono forniti alle Strutture sociosanitarie convenzionate direttamente dall'AUSL di Imola. Nel 2010 è stato elaborato un Prontuario Specifico per le strutture per anziani convenzionate con una semplificazione dei

prodotti forniti e una rimodulazione delle modalità di fornitura di farmaci stupefacenti, di ossigeno e dispositivi medici in linea a quanto definito nella circolare 7/2000; l'erogazione dei farmaci non compresi nel Prontuario è limitata a casi eccezionali a seguito di richiesta medica motivata e personalizzata.

3.2.6 Percorsi integrati ospedale territorio

Nel corso del 2010 le attività di integrazione hanno riguardato principalmente l'applicazione della Direttiva Regionale sul Percorso Nascita (vedi paragrafo successivo). Nell'ambito delle azioni messe in campo dall'AUSL di Imola, per dare applicazione alle indicazioni regionali, sono stati attivati alcuni gruppi di lavoro che hanno visto la partecipazione di professionisti del territorio (MMG e PLS).

Si citano in particolare il gruppo di lavoro multidisciplinare su "Attuare interventi a supporto alla relazione madre-bambino e di promozione e sostegno all'allattamento al seno", quello sul "Miglioramento dell'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino" e quello per "Garantire a tutte le gravide corsi prenatali di base e sperimentare un'offerta attiva di corsi in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata".

E' proseguita l'attuazione del percorso di riorganizzazione dell'attività cardiologica ambulatoriale attuato a partire da aprile 2009, che definisce la tempistica dei controlli per patologie croniche in relazione alla severità della patologia.

Nell'ambito cardiologico, il progetto di Area Vasta "Nuova Organizzazione Ambulatoriale: Scopenso Cardiaco" segna un'altra importante tappa nel percorso di integrazione tra ospedale e territoriale. Il progetto vede coinvolto nella fase sperimentale un Nucleo di Cure Primarie di Imola (Centro Ovest) composto da 11 medici di medicina generale che, in accordo con l'UO di Cardiologia e la Direzione Infermieristica, ha elaborato un percorso di presa in carico ambulatoriale territoriale dei pazienti con scopenso cardiaco di tipo B e C. Il percorso definisce il ruolo del medico di medicina generale, dell'infermiere e dello specialista ospedaliero nella gestione di una patologia cronica ad alto rischio di scopenso e di ospedalizzazione nella prospettiva di riservare all'Ambulatorio Scopenso Cardiaco dell'Ospedale la gestione dei casi complessi e delle fasi di instabilità e scopenso dei pazienti di tipo B e C.

All'interno del progetto di coordinamento dell'attività endocrinologica dell'AUSL di Imola, nel gennaio 2010 sono state presentate le Linee Guida aziendali aggiornate sulla gestione della patologia tiroidea e nel corso dell'anno si è proceduto all'implementazione delle stesse.

3.2.7 Percorso Nascita

Nel 2010 sono proseguite a cadenza regolare, presso il Consultorio Familiare, le attività del Percorso Nascita, con presa in carico della donna dall'inizio della gravidanza fino al 7°/8° mese di

vita del bambino. Il percorso comprende tutti gli interventi a favore della gestante, della puerpera e del neonato, in cui sono operativi in modo integrato i servizi ospedalieri e territoriali, e in particolare: visita ostetrica alle puerpere in ospedale; visite domiciliari da parte delle ostetriche; puerperio ambulatoriale; segreteria telefonica "Pronto aiuto latte"; corsi per gestanti residenti e straniere; attività informativo-educative tipiche del Consultorio, rivolte ai neo-genitori ed ai nonni. In merito al programma regionale del percorso nascita di cui alla delibera regionale n. 533/2008, nel 2010 particolare attenzione è stata rivolta all'attuazione di due obiettivi.

Per quanto riguarda il primo obiettivo sono stati consolidati i programmi clinico terapeutici con l'incremento di percorsi di psicoterapia breve, psicoterapia madre-bambino e supporto alla coppia genitoriale. Sono stati ampliati inoltre i percorsi socio-assistenziali integrati con altri servizi ed associazioni di volontariato disponibili nel territorio a supporto della genitorialità, in particolare per le maternità multiproblematiche. Nel 2010 si è attivato un percorso di formazione sul campo multiservizi e multidisciplinare dal titolo: "Consolidamento di uno spazio di pensiero e di riflessione attorno ai temi della nascita e delle relazioni precoci madre-bambino".

È stato istituito inoltre un tavolo multiservizi-multidisciplinare che ha elaborato la stesura delle Linee guida aziendali "I disturbi emotivi della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino".

In relazione al secondo obiettivo è stato rivisto il corso di preparazione alla nascita, riorganizzando le attività in base alle nuove necessità che emergono dalle donne stesse, con un'attenzione specifica agli incontri riguardanti la parte pratica, gestita dalle ostetriche.

Tra le varie attività psicologiche legate al Percorso nascita, si è costituito un gruppo psicoterapeutico rivolto alle mamme, che presentano, a vario titolo, difficoltà nell'area della genitorialità.

Analogamente è proseguita l'attività di un gruppo di volontarie "Donne che aiutano donne" che, da diversi anni segue le puerpere in difficoltà nell'accudimento del loro bambino, fornendo un sostegno domiciliare educativo-assistenziale.

3.2.8 Accertamento e valutazione della disabilità

Presso l'AUSL di Imola è attiva la Commissione prevista dalla LR n. 4/2008, secondo i parametri ivi indicati, che assicurano: (i) la presenza degli assistenti sociali e dei medici specialisti; (ii) la consegna del verbale come previsto *ex lege*; (iii) l'informazione, contenuta nella lettera di accompagnamento inviata insieme al verbale validato, sulla possibilità dell'istanza di riesame, con le indicazioni per come redigerla e dove indirizzarla; (iv) l'indicazione - fornita all'istante e agli uffici competenti dell'AUSL - se l'invalido rientri nella previsione normativa per le cure odontoiatriche a carico del SSN.

Per quanto riguarda l'informazione diretta all'utenza, è stato predisposto materiale informativo sull'accesso alla richiesta di invalidità civile e *handicap* (opuscolo sintetico); è stata data

informazione durante una trasmissione televisiva; sono state inserite nel sito internet aziendale le procedure da seguire e la modulistica. Inoltre, sono stati effettuati incontri con i principali Patronati del territorio, per concordare le procedure e, più in generale, per favorire la condivisione e ridurre il potenziale conflitto. Si sono altresì semplificate le procedure a carico dell'assistito, in accordo con la segreteria che coordina le Unità di Valutazione Geriatrica, al fine di acquisire la documentazione utile ed evitare ulteriori visite e disagi per l'istante.

3.3 Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti

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

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

- qualità percepita dai cittadini: viene misurata tramite indagini con questionario rivolte a specifici target di pazienti, il sistema delle segnalazioni ed anche con indicatori indiretti quali le donazioni;
- informazione e comunicazione;
- *screening* e vaccinazioni;
- vigilanza e prevenzione negli ambienti di lavoro e nel settore alimentare;
- *mix* di dotazione strutturale e suo dimensionamento sulla popolazione assistita.

La rendicontazione di periodo in quest'area riporta:

- 2 valutazioni di netto miglioramento (A) rispetto a: qualità percepita dei servizi di ricovero; campagne informative ed eventi pubblici;
- 10 valutazioni di miglioramento (B) con riguardo principalmente a: indicatori dell'area Informazione e comunicazione (carta dei servizi, qualità della risposta via web e telefono ai cittadini, disponibilità oraria dei servizi di prenotazione); donazioni; tasso di copertura vaccinazioni HPV e meningococco; attività di controllo in luoghi di lavoro e allevamenti; dotazione strutturale offerta posti letto; indice di dipendenza della popolazione al Presidio ospedaliero;
- 12 valutazioni di stabilità (C) con riguardo principalmente a: valutazione da parte dei cittadini sui servizi offerti dall'Azienda; *screening* mammella, utero e colon retto; tasso di copertura vaccinazioni infantili; dotazione strutturale (Hospice, dipendenze patologiche);
- 2 valutazione di peggioramento relative: al tasso di copertura vaccinazione antinfluenzale e al tasso di fuga per la specialistica.

Per quanto riguarda il posizionamento regionale, si registra:

- 2 risultati di eccellenza regionale (A+), con riguardo allo standard di dotazione di posti letto in regime di degenza ospedaliera (acuti + riabilitazione e lungodegenza) e tasso di copertura per vaccinazioni HPV e meningococco;
- 2 risultati nettamente migliori della media RER (A), con riguardo a: dotazione di posti letto in Hospice; dipendenza della popolazione circondariale dal Presidio per ricoveri;
- 6 risultati migliori della media RER (B) con riguardo a: numero di rilievi/reclami in rapporto alla popolazione; controlli su aziende alimentari e ristorazione; dotazione strutturale per anziani e tossicodipendenti; tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti;
- 7 risultati sovrapponibili a quelli medi regionali (C), con riguardo a: *screening* e coperture vaccinali; tasso di copertura controlli sui posti di lavoro; indice di attrazione ospedaliera;
- 2 risultati peggiori di quelli medi regionali (D), con riguardo a: % elogi (stabile in Azienda); tasso di mobilità passiva *extra* aziendale per prestazioni specialistiche;

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

	Indicatore	Trend di periodo (2007 - 2010)	Posizionamento su media RER	Rispetto STD. (nazionali / regionali)	standard nazionale o RER (ove definito)	Tabelle e documentazione di riferimento Bdm	valore 2010 Imola	valore 2010 RER	
Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti	Qualità percepita								
	Rilevazione qualità percepita dagli utenti dei servizi di ricovero (% soddisfatti)	A				par 5.2.4	>90%		
	% reclami e rilievi per 1.000 assistiti (Banca Dati RER)	C	B			par 5.1.3 Tabella 5.1	2,16	2,57	
	% reclami su totale segnalazioni (Banca Dati RER)	C	D			par 5.1.3 Tabella 5.1 e 5.2	48,8%	41,3%	
	Donazioni	B				par 2.2.2 Tabella 2.26	€ 666.451		
	Informazione e comunicazione								
	Aggiornamento, completezza e traduzione Carte dei Servizi e Guide alla Degenza	B		n.d.			par 5.1.7		
	Servizio Numero Verde SSR: chiamate evase al II livello su chiamate totali sull'Ausi di Imola	C		n.d.			par 5.1.2	333 (12%)	
	N.ro e copertura oraria degli Sportelli Unici Distrettuali	B		n.d.			par 5.1.5	46,5h/sett max	
	Servizio di prenotazione CUP telefonica: percentuale risposte su totale accessi	B		n.d.			par 5.1.5	82,60%	
	N.ro campagne informative aziendali + eventi pubblici organizzati	A		n.d.			par 5.2.1	>40	
	Attività di screening e vaccinazioni								
	Avanzamento e adesione per screening Tumore Utero	C		C			par 2.3.1 Tabella 2.29	84,9% avanzam.; 62% adesione (2009)	101,2% avanz.; 61,9 adesione (2009)
	Avanzamento e adesione per screening Tumore Mammella	C		C	si	Tasso adesione ≥50% (GISMA)	par 2.3.1 Tabella 2.29	89% avanz.; 78,9% adesione (2009)	102,6% avanz.; 73,2% adesione (2009)
	Avanzamento e adesione per screening Tumore Colon retto	C		C	si	Tasso adesione ≥45% (GISCOR)	par 2.3.1 Tabella 2.29	73,6% avanz.; 58,9% adesione (2009)	92,1% avanz.; 51,5% adesione (2009)
	Tasso di copertura per vaccinazioni infantili	C		C	si	Obiettivo nazionale >95% morbillo, parotite, rosolia	par 2.3.1 Tabella 2.30	97,6% obbligatorie (2009)	97,1% obbligatorie (2009)
	Tasso di copertura per vaccinazioni contro HPV e meningococco	B		A+			par 2.3.1 Tab. 2.31 e 2.32	87,4% HPV ; 93,3% meningococco	71,55% HPV ; 74,8% mening.
	Tasso di copertura vaccinazione antinfluenzale	D		C	no	Obiettivo regionale >75%	par 2.3.1 Tabella 2.33	63,40%	63,40%
	Vigilanza e prevenzione: tassi di copertura								
	Tasso di copertura dei controlli sugli ambienti di lavoro	B		C			par 2.3.1 Tabella 2.34	8,7	9,6
	Tasso di copertura dei controlli su aziende alimentari di ristorazione e altre	C		B			par 2.3.1 Tabella 2.35	33,8 rist.; 28,7 altre (2009)	27,7 rist.; 30,4 altre (2009)
	Tasso di copertura dei controlli su allevamenti (n.ro sopralluoghi per allevamento)	B		B			par 2.3.1 Tabella 2.36	5,6 (2009)	4,36 (2009)
	Dotazione strutturale offerta								
	PL per acuti + LD e riabilitazione	B		A+	si	≤ 4	par. 2.3.3 Tabella 2.69	3,17 (escl MRI)	4,46
	PL per anziani in strutture residenziali e semiresidenziali (x 1.000 >75 anni)	B		B			par 2.3.2 Tabella 2.39	37,9 (2009)	36,5 (2009)
	PL Hospice (x 1.000 pop. target)	C		A			par 2.3.2 Tabella 2.44	0,19	0,12
	PL in strutture residenziali e semiresidenziali dipendenze patologiche (x 10.000 ab.)	C		B			par 2.3.2 Tabella 2.55	4	3,49
	Attrattività delle strutture aziendali								
	Tasso di dipendenza della popolazione AUSL dal Presidio Ospedalero	B		A			par 2.3.3 Tabella 2.72	64,98%	47,12%
	Tasso standardizzato di ospedalizzazione x 1.000 ab.	C		B			par 2.3.3 Tabella 2.70	173,5	174,8
	Tasso di mobilità extraazienda per prestazioni specialistiche	D		D	a livello aziendale		par 2.3.2 Tabella 2.62	22,21%	10,24% extraaziendale; 29,76% fuga extradistrettuale
	Indice di attrazione di pazienti da fuori ASL per ricoveri (% mobilità attiva)	C		C			par 2.3.3 Tabella 2.73	16% (intraRER); 9% (extraRER)	10,2% (intraRER); 13,8% (extraRER)

Nel seguito si rendicontano le principali azioni realizzate durante il 2010, per il conseguimento del presente obiettivo istituzionale, in riferimento ai temi: *Attività di sorveglianza sanitaria e vaccinazioni* (par. 3.3.1), *Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione* (par. 3.3.2), *Sicurezza sul lavoro* (par. 3.3.3), *Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria* (par. 3.3.4).

3.3.1 Attività di sorveglianza sanitaria e vaccinazioni

Viene assicurata la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti, per far fronte a situazioni di emergenza, partecipando ai sistemi di sorveglianza regionali.

In particolare è stata consolidata l'attività di sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettore: *Chikungunya* e *Dengue*, trasmesse da *Aedes albopictus* cioè dalla "zanzara tigre", *West Nile Disease*, trasmessa da *Culex spp.* e Leishmaniosi, trasmessa da *Phlebotomus spp.* In questo ambito, nel 2010, sono stati accuratamente indagati 13 casi di meningoencefalite virale con sospetta trasmissione di virus da parte di insetti vettori e 2 casi di Leishmaniosi.

Per quanto riguarda i casi di meningite virale non è risultato nessun caso di *West Nile disease*, di *Dengue* e di *Chikungunya*, mentre sono stati diagnosticati 8 casi di malattia da Virus Toscana (una malattia virale trasmessa da flebotomi).

Per quanto riguarda l'attività di sorveglianza entomologica e lotta agli insetti vettore è stato mantenuto il gruppo di lavoro del Dipartimento di Sanità Pubblica in collegamento ai tecnici dei Comuni e del Nuovo Circondario Imolese ed è stata avviata nelle scuole un'attività di formazione per il controllo delle zanzare.

Si è garantita la piena applicazione del sistema di segnalazione rapida riguardante eventi epidemici ed eventi sentinella e sono stati garantiti tutti gli interventi per il contenimento della possibile diffusione della malattia infettiva oggetto di segnalazione; in particolare la UOC Igiene e Sanità Pubblica ha provveduto a segnalare col sistema "Alert": 1 morbillo, 3 meningiti batteriche, 1 legionellosi, 3 casi gravi di influenza da A/H1N1, 1 malattia invasiva da Pneumococco, 1 tubercolosi e 8 meningiti da sospetto *West Nile virus*.

Infine è stata realizzata una iniziativa di formazione sulla prevenzione della Legionellosi nei confronti dei titolari di strutture ad uso collettivo.

VACCINAZIONI

La campagna per la promozione della vaccinazione HPV nelle ragazze dodicenni ha consolidato gli ottimi risultati registrati negli anni precedenti. E' stato completato il ciclo vaccinale delle ragazze nate nel 1998 raggiungendo la copertura del 84,6%, mentre la copertura registrata nelle ragazze nate nel 1997 è del 93,3%, che rappresenta il valore più elevato di tutta la Regione (copertura media pari a 72,4%). La coorte 1999, nonostante in molti casi il ciclo vaccinale deve ancora essere completato, registra alla fine del 2010 una copertura pari al 63,2% (contro la media regionale pari a 24,6%).

Per aumentare la copertura vaccinale per la prevenzione della Rosolia congenita, in particolare nelle donne straniere, è proseguita la collaborazione con il reparto di Ostetricia e Ginecologia che prevede l'invio ai nostri ambulatori vaccinali di tutte le donne suscettibili per la malattia nel periodo *post-partum*. Nel corso del 2010 sono state somministrate 71 vaccinazioni anti-rosolia.

Sempre nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nelle donne in età fertile, nel 2010, sono state somministrate 14 dosi di vaccino anti-varicella a donne in età fertile suscettibili nei confronti della malattia.

La vaccinazione contro la varicella è stata inoltre offerta ai soggetti con patologie a rischio e agli adolescenti suscettibili.

È stata garantita l'offerta vaccinale al personale sanitario e di assistenza suscettibile nei confronti di Epatite B, Morbillo, Rosolia e Varicella individuato dal Medico competente.

L'anagrafe vaccinale è consolidata e i livelli di copertura raggiunti per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale per l'infanzia si mantengono eccellenti. Il Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita è condotto con la massima scrupolosità raggiungendo, ormai da numerosi anni, coperture maggiori del 95% sia con la prima che con la seconda dose di vaccino Morbillo-parotite-rosolia.

3.3.2 Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione

Prevenzione delle malattie croniche e stili di vita - Nel 2010 sono continuate le iniziative di promozione dell'attività fisica negli anziani, nell'ambito dei Piani di zona Tavolo "Malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e della sicurezza", finalizzate a creare le condizioni per aumentare la possibilità per i soggetti anziani di svolgere autonomamente attività motoria in spazi urbani.

Tra queste iniziative si segnala la terza edizione dell'iniziativa "passeggiate nel parco" e la realizzazione di un percorso pedonale nella zona Pedagna di Imola.

Sono inoltre stati effettuati incontri per comunicare ai genitori e al personale delle scuole oggetto dell'indagine i risultati della rilevazione effettuata nel 2009 sull'attività fisica dei bambini delle terze classi delle scuole elementari, nell'ambito del progetto "Movimento è salute".

Nell'ambito del progetto ministeriale "Okkio alla Salute", è stata effettuata la rilevazione delle misure antropometriche e dei questionari nel campione di classi terze elementari assegnate alla ASUL di Imola. Sono inoltre continuate le iniziative nelle scuole medie e superiori di merende a base di frutta (iniziativa "A tutta frutta"); realizzata la campagna per il contenimento dell'uso del sale; diffuse le linee guida regionali per la ristorazione scolastica; corsi di formazione ai ristoratori per l'offerta di pasti senza glutine a celiaci.

Prevenzione Incidenti domestici - Il Dipartimento di Sanità Pubblica, nel corso del 2010, ha proseguito l'attività, iniziata nel biennio precedente, relativa ad alcuni progetti facenti parte del Piano regionale della Prevenzione. Più precisamente:

Progetto P1 – Interventi domiciliari di prevenzione delle cadute per gli anziani fragili, attraverso la somministrazione di esercizi fisici adattati: nel 2010 si è conclusa la prima fase del progetto con la partecipazione di un gruppo di fisioterapisti del servizio di Medicina riabilitativa ed il supporto del DSP; è stato prodotto un report valutativo del lavoro svolto per la Regione Emilia Romagna dal quale si desume l'elevato gradimento e l'altissimo livello di adesione al progetto da parte degli anziani partecipanti alla sperimentazione, nonché i risultati molto positivi in termini di prevenzione delle cadute ottenuti.

Progetti P4-P5 - Interventi formativi sugli Incidenti domestici e accesso a domicilio degli anziani: nel 2010 sono proseguiti da parte del DSP gli incontri con la popolazione anziana appartenente a gruppi di volontariato e non, di alcuni comuni del Circondario (Imola, Castel San Pietro) in numero di 4 e sono stati effettuati alcuni accessi gratuiti al domicilio di anziani per la verifica dei fattori di rischio presenti.

Progetti P2-P3 - Interventi formativi/informativi per educatori/genitori dei bambini nella fascia di età 0-4 anni: sono stati effettuati 4 incontri con genitori ed insegnanti in alcune scuole del comune di Imola e 2 incontri con le neo mamme, presso il consultorio familiare dell'AUSL. Da giugno 2010 è stata inoltre attivata una campagna informativa sul tema degli incidenti domestici con la distribuzione nel corso delle iniziative, rivolte a bambini ed anziani, di opuscoli, *gadget*, proiezione di filmati e *spot* specificamente dedicati alla tematica della incidentalità domestica.

Prevenzione degli infortuni stradali – E' continuata l'attività di rilevazione della mortalità per incidenti stradali ricavata dal registro aziendale dei deceduti e l'acquisizione dei dati relativi agli accessi al Pronto soccorso. E' stata garantita, come nell'anno precedente, la partecipazione agli incontri del gruppo di coordinamento tecnico regionale per la Prevenzione degli Incidenti stradali. Inoltre, sono stati effettuati interventi di formazione educazione alla salute nelle classi seconda e quarta delle scuole secondarie, nell'ambito del Progetto della Provincia di Bologna "Sicurezza stradale=scelta di vita".

3.3.3 Sicurezza sul lavoro

Gli obiettivi prioritari del servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (PSAL) nel 2010 sono riconducibili a tre filoni di attività:

- coordinamento provinciale tra Enti,
- gestione del corso di laurea in tecniche della prevenzione,
- rispetto degli impegni in termini di vigilanza definiti dai piani regionali edilizia e agricoltura.

Rispetto al primo punto, il 2010 vede la piena operatività della sezione permanente dell'organismo provinciale, istituita nell'ambito del comitato regionale di coordinamento della attività di vigilanza e prevenzione (determina DG Sanità RER del 21.07.2009).

L'organismo provinciale, coordinato dalle UO PSAL delle AUSL di Bologna e Imola, vede la partecipazione di INAIL, DPL, INPS, ARPA e Vigili del Fuoco, ed ha il compito di pianificare azioni di vigilanza e prevenzione coordinata e congiunta su comparti produttivi rientranti in piani di lavoro comuni, al fine di integrare le rispettive competenze in un'unica azione preventiva progettata in maniera organica. Ambiti di attività in tal senso sono stati il comparto edile, le scuole ed il recente piano sui rischi da lavorazioni in ambiente confinato.

Il corso di laurea in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro ha impegnato, anche nel 2010, molti operatori dell'UO PSAL in virtù dell'affidamento a questa unità

operativa del coordinamento del corso, nonché del tutoraggio, della progettazione e realizzazione pratica delle attività di tirocinio obbligatorio *curriculare* per i 3 anni di corso.

Infine, sul versante più puramente prestazionale, vi è stato l'impegno ad un aumento dei livelli di copertura sul territorio in termini di vigilanza e controllo (+ 14% rispetto al 2009), con particolare attenzione al rispetto del numero di ispezioni assegnate alla nostra AUSL nell'ambito dei piani regionali agricoltura ed edilizia.

3.3.4 Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria

Le attività svolte in questo campo concorrono al raggiungimento degli obiettivi regionali, unitamente alla realizzazione di programmi finalizzati alle esigenze territoriali, nonché alla corretta gestione delle emergenze.

Nel corso del 2010 sono stati pienamente raggiunti gli obiettivi che richiedevano l'esecuzione di attività di controllo (ad es. anagrafe zootecnica, piani di sorveglianza e monitoraggio).

Alcuni obiettivi hanno richiesto interventi di modifica sulle modalità organizzative, stesura di nuove procedure, partecipazione ad iniziative di formazione mirate (ad es. controllo selvatici, qualificazione del personale, progetto di microbiologia predittiva). Di seguito viene brevemente commentato ogni singolo obiettivo.

Anagrafe zootecnica - I controlli previsti sono stati eseguiti ed è stato presidiato il puntuale inserimento dei dati nel sistema Banca dati anagrafica nazionale.

Controllo selvatici - E' stato predisposto il programma operativo con modalità integrata con la Provincia di Bologna e l'AUSL di Bologna.

Cani con aggressività non controllata (DGR n. 647/2007) - Sono stati controllati tutti i cani segnalati a seguito di episodi di aggressività, compresi tutti i casi di morsicatura, secondo le procedure previste dalla delibera regionale.

Farmacosorveglianza (D.Lgs. 193/2006) - Questo obiettivo mette sotto controllo la fase di distribuzione del farmaco veterinario, che per quanto riguarda il territorio della AUSL di Imola avviene prevalentemente da parte di operatori che hanno sede fuori dall'Azienda. Solo una piccola percentuale del farmaco veterinario viene distribuita da una piccola percentuale di farmacie del territorio. Appare pertanto più rilevante per la UO concentrare l'attività di farmacosorveglianza su altre fasi del processo, come la somministrazione e la ricerca dei residui negli alimenti. Pertanto, sulla base della valutazione del rischio eseguita sulle farmacie, utilizzando parametri concordati in ambito regionale, sono state effettuate le seguenti attività:

- Consolidamento del rapporto con l'ufficio farmaceutico dell'azienda per la gestione dei flussi informativi relativi al medicinale veterinario.
- Verifica di tutte le prescrizioni di farmaco veterinario destinato ad animali produttori di alimenti per l'uomo, transitate attraverso le farmacie locali.
- Controllo ispettivo con compilazione di *check-list* su una farmacia del territorio.

Piani sorveglianza e monitoraggio - L'obiettivo è stato raggiunto per tutti i piani che coinvolgono la UO Igiene Veterinaria: piano alimenti, piano residui, piano alimentazione animale, piano micotossine, piano OGM, piano sorveglianza malattie infettive.

Qualificazione personale - Obiettivo pienamente raggiunto, attraverso la partecipazione del personale alle iniziative di formazione specifiche proposte dalla Regione.

Manuale della qualità dei SIAN-SVET - Il manuale è stato revisionato, anche secondo le indicazioni derivanti dall'attuazione del piano strategico aziendale. Sono state valutate le non conformità riscontrate nel corso dell'*audit* di sistema regionale ed è stato messo a punto, in collaborazione con l'ufficio qualità aziendale, un piano di adeguamento, che ha previsto azioni di miglioramento già adottate nell'anno 2010, in particolare per le fasi legate alla pianificazione, che prosegue con azioni da attuare nel corso del 2011, in particolare per le verifiche ispettive interne.

Audit interni - E' stato approntato il piano delle azioni necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo, con particolare riferimento alla risoluzione delle non conformità rilevate dall'*audit* di sistema regionale.

Sistema informativo - Nel 2010 si è provveduto all'aggiornamento del sistema informativo del Servizio con una versione idonea a supportare le richieste della regione in termini di registrazione dell'attività e delle non conformità riscontrate nel corso dei controlli, oltre all'introduzione e utilizzo dei nuovi modelli informativi regionali.

Qualità dei campioni - E' proseguita nel 2010 l'attività volta al miglioramento della qualità dei campioni prelevati per l'analisi. Sono state valutate le singole non conformità riscontrate e adottate le necessarie misure correttive.

Organizzazione del personale - La nuova organizzazione del personale, adottata nel 2010, ha comportato una fase di "rotazione" del personale e previsto modalità operative che consentono di mantenere attivo un "sistema di rotazione".

Zoonosi - E' stata data attuazione al piano regionale di controllo delle zoonosi trasmesse da vettori. Si considera rilevante l'attività svolta, in stretta integrazione con la UO Igiene e sanità pubblica, nei due casi di Leishmaniosi umana segnalati nel 2010.

Georeferenziazione - In riferimento alla georeferenziazione delle strutture collegate direttamente con allevamenti, l'obiettivo è stato raggiunto anche grazie all'aggiornamento del sistema informativo.

Progetto microbiologia predittiva - Tutto il personale che svolge attività di controllo ufficiale negli impianti di produzione alimenti in possesso di un piano HACCP ha partecipato ad un percorso formativo di base.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

L'obiettivo "Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale" - di grande ampiezza e valenza di significati - anche per l'anno 2010 viene scomposto nei due aggregati: "Performance economica ed efficienza gestionale" e "Qualità dell'assistenza e *outcome*".

A sua volta, l'obiettivo "Performance economica ed efficienza gestionale" viene declinato in Tabella 3.7, secondo le seguenti aree di risultato:

- *performance* economico-finanziaria (parte dei dati è riferita al 2009, anno per il quale la Regione mette a disposizione dati di confronto a livello di sistema), misurata attraverso i risultati sintetici di bilancio, la dinamica dei costi assoluti e pro-capite e i tempi di pagamento dei fornitori;
- indici di consumo (di prestazioni specialistiche, farmaci, ricoveri ospedalieri, accessi in PS), rapportati alla popolazione assistita, quali "misure" dei livelli di appropriatezza prescrittiva e di utilizzo;
- altri indicatori di efficienza gestionale e operativa, tra cui si segnalano: l'indice di filtro al ricovero del PS e la % di utilizzo dell'OBI; alcuni indici di efficienza operativa della degenza ospedaliera (degenza media, incidenza di ricoveri potenzialmente inappropriati in regime ordinario); volumi di attività, in linee produttive di particolare rilevanza (chirurgica e specialistica per esterni); gli indicatori di Programma Sangue, ADI e Ortodonzia.

L'obiettivo "Qualità dell'assistenza e *outcomes*" viene declinato sempre in Tabella 3.10, secondo le seguenti aree di risultato:

- indici di qualità dell'assistenza ospedaliera;
- *outcome* del "Pacchetto sicurezza";
- indici di mortalità per cause specifiche.

La rendicontazione di periodo nelle due aree riporta:

- 4 valutazioni in netto miglioramento (A), principalmente con riguardo a: Programma sangue, indice di consumo del Pronto Soccorso e sviluppo dell'OBI; riduzione incidenti sul lavoro, tasso di mortalità per malattie cardio-circolatorie;
- 11 valutazioni in miglioramento (B) e in particolare riferiti a: incidenza della gestione caratteristica sul risultato di esercizio; tempi di pagamento fornitori; % accessi al PS; degenza media; attività chirurgica; tasso di ospedalizzazione evitabile; indice di cesarizzazione; mortalità per tumori popolazione maschile; speranza di vita alla nascita;
- 12 valutazioni di stabilità (C) riguardanti principalmente: il risultato di esercizio; i costi pro-capite per LEA; la spesa farmaceutica pro-capite; l'indice di filtro del PS; tasso di ospedalizzazione; complicanze diabete; mortalità malattie cardio-circolatorie popolazione femminile;

- 6 valutazioni in peggioramento (D), riferiti a: costo pro-capite della Sanità pubblica; mortalità per interventi a basso rischio; consumi specialistica; incidenti domestici; mortalità per tumore popolazione femminile.

Per quanto riguarda il posizionamento regionale conseguito, si registra:

- 1 risultati di eccellenza regionale (A+) riguardante la raccolta di sangue;
- 2 risultati nettamente migliori della media RER (A), rispetto a: accessi al PS trattati in OBI; complicanze per diabete a lungo termine;
- 10 risultati migliori della media RER (B), rispetto a: tasso di consumo prestazioni specialistiche; tasso di ospedalizzazione evitabile; spesa pro-capite farmaceutica; tasso di ospedalizzazione evitabile; basso peso alla nascita; mortalità malattie cardio-circolatorie; mortalità per tumori popolazione maschile; speranza di vita alla nascita;
- 1 risultato sovrapponibile a quello medio regionale (C), relativo alla spesa ospedaliera pro-capite;
- 10 risultati peggiori rispetto alla media RER (D), riguardanti: il risultato della gestione caratteristica; costo pro-capite su popolazione pesata; costo pro-capite Sanità Pubblica e Distretto; gli accessi per 1.000 abitanti e indice di filtro al PS; mortalità a basso rischio; indice di cesarizzazione; mortalità per tumori popolazione femminile.

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Tabella 3.7 - Riepilogo della performance strategica rispetto agli obiettivi istituzionali "Performance economica ed efficienza gestionale" e "Qualità dell'assistenza e outcome"

	Indicatore	Trend di periodo (2007 - 2010)	Posizionamento su media RER	Tabella e documentazione di riferimento Bdm	valore 2010 Imola	valore 2010 RER	
Performance economico-finanziaria e efficienza gestionale	Performance economico-finanziaria						
	Risultato di esercizio	C		par. 2.1 Figura 2.1	-€ 4.709.000,00		
	Risultato di esercizio al netto delle quote di ammortamento	C		par. 2.1 Figura 2.1	€ 4.000,00		
	Risultato netto in % sul volume di Bilancio gestito (Ricavi disponibili)	C		par. 2.1 Figura 2.1	-2,00%		
	Incidenza % risultato gestione caratteristica sul risultato netto di esercizio	B	D	par. 2.1 Figura 2.1	-126,00%	-77,00%	
	perdita gestione caratteristica in % ricavi disponibili	B	D	par. 2.1 Tabella 2.3	-2,90%	-1,20%	
	Costo pro-capite (su pop. pesata), 2009	C	D	par. 2.1.3 Tabella 2.7	€ 1.799,47 (2009)	€ 1.742,73 (2009)	
	Costo pro-capite Sanità Pubblica (su pop. pesata), 2009	D	D	par. 2.3.1 Tabella 2.28	€ 64,62 (2009)	€ 58,55 (2009)	
	Costo pro-capite Distretto (su pop. pesata), 2009	C	D	par. 2.3.2 Tabella 2.37	€ 1.039,82 (2009)	€ 997,03 (2009)	
	Costo pro-capite Ospedale (su pop pesata), 2009	C	C	par. 2.3.2 Tabella 2.68	€ 689,14 (2009)	€ 687,15 (2009)	
	Tempi di pagamento dei fornitori	B	B	par. 2.1.6 Tabella 2.20	vedi tabella	vedi tabella	
	Indici di consumo						
	Tasso consumo ASA (n.ro prestaz. Specialist. x 1.000 ab.)	D	B	par 2.3.2 Tabella 2.61	3.932,00	3.953,00	
	Tasso standardizzato di ospedalizzazione x 1.000 ab.	C	B	par 2.3.3 Tabella 2.70	173,50	174,80	
	Accessi al PS x 100 ab.	B	D	par 2.3.3 Tabella 2.78	45,20	41,50	
	Spesa pro-capite per assistenza farmaceutica	C	B	par 2.3.4 Tabella 2.81	210,67	213,53	
	Altri indicatori di efficienza operativa						
	Indice di filtro al ricovero del Pronto Soccorso	C	D	par 2.3.3 Tabella 2.78	15,6	14	
	% accessi in PS trattati in OBI	A	A	par 2.3.3 Tabella 2.79	6,2%	4,1%	
	Appropriatezza ricoveri ordinari (% DRG ord. potenzialmente inappropriati)	C		par 2.3.3 Tabella 2.74	19,21%		
	Durata media della degenza	B		par 2.3.3 Tabella 2.74	8,35		
	N.ro di ricoveri chirurgici (DRG C)	B		par 2.3.3 Tabella 2.74	5.685		
	Punti DRG prodotti	B		par 2.3.3 Tabella 2.74	14.793,04		
	Programma Sangue: saldo tra raccolta e consumi	A	A+	par 2.3.2 Tabella 2.76	7.337	6.685	
	Qualità dell'assistenza e outcomes	Indici di qualità assistenza ospedaliera					
		Mortalità per interventi a basso rischio (deceduti/interventi)	D	D	par 2.3.3 Tabella 2.80	0,8%	0,16%
Tasso ospedalizzazione evitabile per asma, BPCO, diabete, ipertensione, malattie congenite cuore		B	B	par 2.3.3 Tabella 2.80	vedi tabella	vedi tabella	
Diabete, complicazioni a lungo termine (dimissioni specifiche / popolaz.)		C	A	par 2.3.3 Tabella 2.80	1,4	2,2	
Basso peso alla nascita (nati con peso <= 2.500 gr / neonati residenti)		D	B	par 2.3.3 Tabella 2.80	51,0	54,3	
Indice di cesarizzazione		B	D	par 2.3.3 Tabella 2.80	31,66%	29,40%	
Outcome del "Pacchetto Sicurezza"							
1. Incidenti sul lavoro		A		par. 1.7.2, Figura 1.72	2.424 (+1,6% su 2009; -21% dal 2007)		
3. Incidenti Domestici		D		par. 1.7.3, Figura 1.77	5.502 (+4,01% su 2009)		
Altri indicatori							
Tasso di mortalità x 100.000 ab. per tumori: pop. femminile.		D	D	par. 1.5.2, Grafici 1.54	285 (2009)	273 (2009)	
Tasso di mortalità x 100.000 ab. per tumori: pop. maschile.		B	B	par. 1.5.2, Grafici 1.54	313 (2009)	347 (2009)	
Tasso di mortalità x 100.000 ab. malattie cardiocircolatorie: pop. fem.		C	B	par. 1.5.2, Grafici 1.53	395 (2009)	404 (2009)	
Tasso di mortalità x 100.000 ab. malattie cardiocircolatorie: pop. masch.	A	B	par. 1.5.2, Grafici 1.53	300 (2009)	312 (2009)		
Speranza di vita alla nascita: pop. provincia di Bologna (2007 - 2009)	B	B	par. 1.3.2, Figura 1.24	79,83 f; 84,38 m	79,58 f; 84,29 m		

Nel seguito si rendicontano le principali azioni realizzate durante il 2010, per il conseguimento dei presenti obiettivi istituzionali, nell'ambito delle *Politiche del farmaco*, delle *Politiche di acquisto di beni e servizi* (parr. 3.4.1 e 3.4.2).

Si prosegue, quindi, per collocare gli obiettivi di *Qualità dell'assistenza e outcomes* ad un'analisi su *l'Utilizzo del Pronto Soccorso* (par. 3.4.3), *l'Assistenza ospedaliera e la dimissione protetta* (parr. 3.4.4 e 3.4.5) e la *Gestione del rischio* (par. 3.4.6).

3.4.1 Politiche del farmaco

Nel 2010 sono proseguite le azioni volte alla razionalizzazione della spesa farmaceutica, interna ed esterna convenzionata, che hanno permesso di mantenere i buoni risultati evidenziati in Sezione 2 sulla spesa pro-capite per la farmaceutica convenzionata, che risulta al di sotto della media regionale (Sezione 2: Figura 2.81) e sul costo per beni di consumo.

Di seguito si offrono maggiori dettagli sull'andamento del fattore produttivo di specie, per poi riepilogare le linee di azione sviluppate dall'Azienda.

CONSUMI OSPEDALIERI PER FARMACI E BENI DI CONSUMO SANITARI

La crescita relativa dei consumi interni per farmaci registra un incremento per la distribuzione diretta pari a € 248.652 (+4%) ed un incremento, al netto della distribuzione diretta di € 487.000 derivante prevalentemente dalle categorie di farmaci antibiotici, analgesici, oncologici.

Il consumo complessivo di beni sanitari rileva altresì andamenti in diminuzione rispetto al precedente esercizio, in particolare nei seguenti fattori produttivi:

- Materiale radiografico per € -86.000 (-38%).
- Materiale di medicazione per € -52.150 (-12%).
- Materiale protesico per € -68.000 (-3%).

In particolare tutte le discipline chirurgiche evidenziano diminuzione di costi rispetto all'anno precedente.

Come visto in Sezione 2 (Figura 2.81) nel 2010 la Spesa farmaceutica territoriale - comprensiva della somministrazione diretta di farmaci di fascia A, in dimissione, distribuzione per conto, e per presa in carico di pazienti e strutture residenziali - registra una riduzione dello 0,5% sul 2009. La spesa farmaceutica territoriale procapite pesata è pari a € 210,67 vs un valore medio regionale di € 213,53 rimanendo pertanto il costo pro-capite dell'AUSL di Imola al di sotto della media regionale.

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Con il DL 78/2010 convertito in Legge 122 del 30 luglio 2010 sono stati introdotti alcuni interventi che hanno sensibilmente influenzato la spesa farmaceutica, in particolare quella convenzionata. Di fatto la legge suddetta ha introdotto:

- un nuovo sconto che le farmacie convenzionate devono praticare al SSN sul fatturato lordo dei farmaci;
- l'abbassamento di prezzo del 12,5% dei medicinali equivalenti fino al 31 dicembre 2010.

Questi due fattori congiunti hanno permesso un contenimento della spesa farmaceutica convenzionata che diversamente sarebbe risultata in aumento.

ANALISI DELLE PRESCRIZIONI

Nel corso del 2010 è continuato il monitoraggio puntuale della spesa farmaceutica convenzionata e dei relativi volumi prescrittivi. Nel mese di novembre è stata formalizzata la commissione aziendale per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva riferita alle note AIFA 1 e 79. La prescrizione dei singoli MMG è stata monitorata periodicamente attraverso l'elaborazione di

report finalizzati alla valutazione di situazioni di iperprescrizione. È stata richiesta al centro elaborazione dati di prescrizione CUP 2000 la predisposizione di ulteriori report trimestrali sulla prescrizione dei singoli MMG.

PRESCRIZIONE FARMACI CON BREVETTO SCADUTO

La prescrizione di molecole in lista di trasparenza regionale (brevetto scaduto), è stata raccomandata ai prescrittori e supportata da incontri specifici tra farmacista ospedaliero e MMG. Per il 2010 sono stati attribuiti ai prescrittori ospedalieri obiettivi di *budget* basati sull'aumento della percentuale di prescrizione di farmaci in lista di trasparenza rispetto l'anno precedente. Per i MMG ed i PLS è stato previsto un obiettivo aziendale di abbassamento della spesa lorda pro-capite pesata riferita agli assistiti raggiungibile anche attraverso la riconduzione dei principi attivi prescritti all'interno della lista di trasparenza. Obiettivo raggiunto solo parzialmente a livello aziendale dai MMG.

INTERVENTI SU CATEGORIE TERAPEUTICHE CRITICHE PER CONSUMI E SPESA

Nel corso del 2010, in base alla criticità prescrittiva su alcune classi di farmaci rilevata a livello locale e confermata dal documento regionale "Governo dell'assistenza farmaceutica convenzionata" sono stati organizzati incontri di formazione per MMG su inibitori di pompa e farmaci per l'ipertensione .

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SULL'UTILIZZO DI ANTIBIOTICI SISTEMICI

L'incremento costante nei consumi e nella spesa per terapie antibiotiche sistemiche è fortemente condizionato dagli antibiotici per il trattamento delle infezioni delle vie urinarie. L'ASSR ha recentemente pubblicato le linee guida per il trattamento di tali infezioni. Nel 2010 è stata progettata dal Dipartimento Cure primarie la relativa formazione rivolta ai MMG in programmazione anche per il 2011.

DISTRIBUZIONE DIRETTA E DPC

La Legge 122/2010 già citata ha definito anche la riclassificazione (attiva da inizio novembre 2010) di un elenco di farmaci (già gestiti in distribuzione diretta aziendale) di notevole impatto economico dalla fascia di dispensazione SSN "H" ad "A". Questa variazione di classificazione, avendo la Regione Emilia Romagna definito di non modificare le relative modalità di erogazione, ha spostato per gli ultimi 2 mesi del 2010 parte della spesa ospedaliera su quella territoriale.

Nel corso del 2010 è stata riorganizzata l'attività di distribuzione diretta nei confronti di assistiti che richiedono un controllo ricorrente, assistiti dimessi da reparti ospedalieri o da visita specialistica, ospiti di strutture residenziali e semiresidenziali e pazienti in ADI in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 405/2001 e per l'Emilia Romagna dal DGR 539/2002.

In particolare l'erogazione è stata declinata all'interno di percorsi specifici creati *ex novo* o rivisitati; l'attività è stata razionalizzata al fine di evitare spreco di risorse umane e le scorte di farmaci da erogare sono state minimizzate attraverso l'unificazione dei punti distributivi aziendali.

La spesa per erogazione diretta di farmaci in fascia A è aumentata dell'8,1% nel 2010 rispetto al 2009 (€ 5.172.491 nel 2010 vs € 4.786.591 nel 2009), ma occorre tenere in considerazione lo "spostamento" dei farmaci di fascia H.

La scelta dei farmaci in erogazione diretta è stata ricondotta all'interno di quanto previsto dalla normativa vigente suddetta e comunque in linea con le indicazioni regionali che prevedevano per il 2010 il contenimento del numero dei pezzi *extra* PHT erogati; nel 2010: 21.645 pezzi *vs* 2009: 22.341 (-3%).

I buoni livelli di adozione del percorso DPC rilevati nel 2009 all'interno dell'AUSL di Imola sono stati mantenuti anche nel 2010, anno caratterizzato da un aumento del 5% di confezioni erogate DPC (2009: 28.497 *vs* 2010: 29.949) ed un aumento di risparmio netto del 17% (da € 415.113 a € 486.761).

3.4.2 Politiche di acquisto di beni e servizi: in Area Vasta e con Intercent-ER

In aderenza alle linee di programmazione regionale ed in continuità con le politiche di acquisto avviate nel corso degli ultimi anni, sono proseguite le modalità di acquisizione di beni e servizi in aggregazione della domanda, effettuate mediante le adesioni alle convenzioni Intercent-er e tramite procedure di gara unitarie fra le Aziende dell'Area Vasta Emilia Centrale.

Le adesioni alle convenzioni Intercent-er attive in relazione ai bisogni aziendali per beni e servizi e le aggregazioni di domanda in ambito di Area Vasta rappresentano modalità consolidate di azione nelle politiche di acquisto contenute, da ultimo, nella Programmazione 2009/2010 di cui alla Delibera 129 del 2009.

AGENZIA REGIONALE INTERCENT-ER

Nell'esercizio 2010 il volume economico per forniture e servizi acquisiti tramite nuove adesioni a convenzioni dell'Agenzia regionale Intercent-er realizzate nel corso del 2010 ammonta a € 4.555.358,00 corrispondente al 9,98% del bilancio complessivo annuale (esercizio 2010) per beni e servizi. Tenuto conto del monte contrattuale complessivo vigente al 2010 derivante da adesioni a convenzioni Intercent-er realizzate anche in esercizi precedenti e/o incidenti anche sugli esercizi successivi, il volume economico risulta pari a € 15.627.290, corrispondente al 34,22% del bilancio complessivo annuale (esercizio 2010).

AREA VASTA

Secondo la programmazione territoriale di Area Vasta Emilia Centrale, l'Azienda ha stipulato contratti derivanti da procedure espletate in ambito Area Vasta registrando al 31.12.2010 un volume economico di nuovi contratti sottoscritti nel 2010 pari a € 12.428.079, corrispondente al 27,22% del bilancio complessivo annuale per beni e servizi (esercizio 2010).

Tenuto conto del monte contrattuale complessivo vigente nel 2010 derivante da procedure in ambito Area Vasta realizzate anche in esercizi precedenti e/o incidenti sugli esercizi successivi, il volume economico risulta pari a € 22.716.989, corrispondente al 49,75% del bilancio complessivo annuale (esercizio 2010).

Tabella 3.8 – Adesione acquisti centralizzati. Periodo 2008 - 2010

BILANCIO B & S	2008		2009		2010	
	€ 42.151.927		€ 45.974.430		€ 45.663.036	
	COMPETENZA	VOLUME TOT	COMPETENZA	VOLUME TOT	COMPETENZA	VOLUME TOT
ADESIONI INTERCENTER	6,73%	29,78%	10,39%	35,10%	9,98%	34,22%
	€ 2.827.643	€ 12.554.754	€ 4.778.215	€ 16.135.407	€ 4.555.358	€ 15.627.290
ADESIONI AREA VASTA	30,87%		35,75%	79,14%	27,22%	49,75%
	€ 13.013.581		€ 16.435.639	€ 36.382.993	€ 12.428.079	€ 22.716.989

Non deve ingannare la riduzione di volumi registratasi nel 2010, effetto dovuto esclusivamente alla programmazione annuale delle gare d'appalto e alle diverse scadenze contrattuali.

3.4.3 Utilizzo del Pronto Soccorso

Si presenta in questa sede un'analisi sull'utilizzo del Pronto Soccorso, focalizzata per significativi *target* di popolazione. Dai dati sotto riportati si nota come anche nel 2010 si registri una riduzione degli accessi rispetto al 2009, anche se in maniera meno marcata rispetto al confronto 2008/2009. Ciò comunque conferma comportamenti verso un uso più appropriato, testimoniato anche da un orientamento dei cittadini, per i casi meno gravi, ai servizi di Cure Primarie, che hanno visto un considerevole sviluppo negli ultimi anni.

Nella Tabella 3.9 si scompongono gli accessi totali 2010 al Pronto Soccorso generale e ai "box" specialistici, per cittadinanza dei pazienti.

Figura 3.9 - Accessi 2008-2010 al PS, per box e cittadinanza

Box Pronto Soccorso	2008				2009				2010			
	Cittadinanza 2008			% stranieri	Cittadinanza 2009			% stranieri	Cittadinanza 2010			% stranieri
	italiani 08	stranieri 08	Totale		italiani 09	stranieri 09	Totale		italiani 10	stranieri 10	Totale	
AREA PS	36.405	4.464	40.869	10,9%	35.194	4.104	39.298	10,4%	34.872	3.978	38.850	10,2%
GINECOLOGIA	3.416	962	4.378	22,0%	5.987	541	6.528	8,3%	3.533	975	4.508	21,6%
OCULISTICA	3.394	325	3.719	8,7%	2.998	244	3.242	7,5%	2.815	234	3.049	7,7%
ORTOPEDIA	5.488	512	6.000	8,5%	5.267	1.153	6.420	18,0%	6.464	534	6.998	7,6%
PEDIATRIA	5.524	1.061	6.585	16,1%	3.267	1.019	4.286	23,8%	4.739	1.093	5.832	18,7%
Totale	54.227	7.324	61.551	11,9%	52.713	7.061	59.774	11,8%	52.423	6.814	59.237	11,5%

La riduzione degli accessi al Pronto Soccorso nel 2010 riguarda anche la popolazione straniera, seppure l'uso del PS da parte di questa popolazione risulta significativo. A fronte di una incidenza di stranieri residenti del 7,8% circa, sulla popolazione complessiva del Nuovo Circondario Imolese, gli accessi di stranieri al PS (con o senza permesso di soggiorno) risulta pari al 11,5% degli accessi totali. Percentuale in riduzione rispetto al 2009, principalmente per l'Area Pronto Soccorso, mentre registra un aumento l'accesso specialistico ginecologico e pediatrico.

In Tabella 3.10 viene messo a confronto l'indice di filtro al ricovero del Pronto Soccorso registrato nelle AUSL ed Aziende Ospedaliere regionali, nel periodo 2008 - 2010.

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Tabella 3.10 - Filtro al ricovero del PS negli ambiti aziendali RER. Anni 2008 - 2010

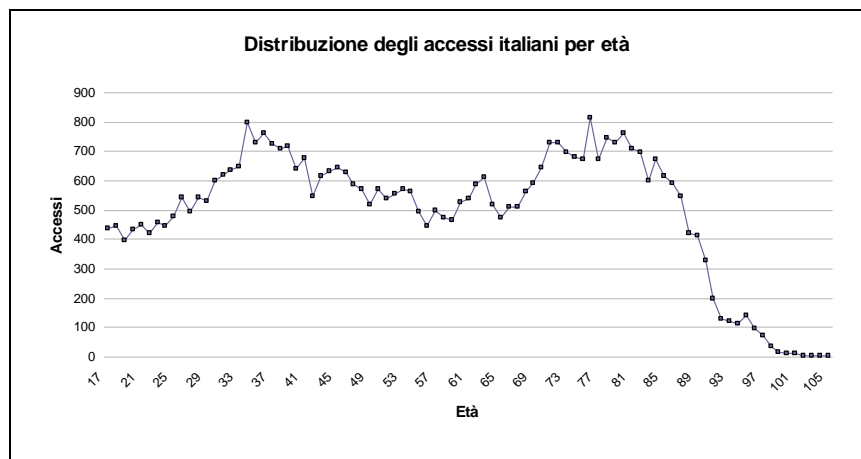
	2008			2009			2010		
	ricoveri	tot. accessi	% ricoveri/accessi	ricoveri	tot. accessi	% ricoveri/accessi	ricoveri	tot. accessi	% ricoveri/accessi
Ausi Piacenza	15.610	114.323	13,7%	16.085	112.126	14,3%	16.011	106.798	15,0%
Ausi Parma	5.877	38.846	15,1%	5.459	38.606	14,1%	5.441	39.325	13,8%
Ausi Reggio Emilia	10.048	94.595	10,6%	9.727	97.505	10,0%	9.918	92.202	10,8%
Ausi Modena	27.036	202.699	13,3%	26.703	201.643	13,2%	26.828	202.776	13,2%
Ausi Bologna	33.279	237.708	14,0%	33.037	245.551	13,5%	32.687	246.856	13,2%
Ausi Imola	9.265	61.551	15,1%	9.253	59.774	15,5%	9.220	59.237	15,6%
Ausi Ferrara	12.239	92.864	13,2%	11.577	92.493	12,5%	10.940	89.257	12,3%
Ausi Ravenna	23.404	182.599	12,8%	23.241	184.439	12,6%	23.202	183.586	12,6%
Ausi Forlì	7.516	61.196	12,3%	7.609	59.970	12,7%	7.558	59.255	12,8%
Ausi Cesena	11.769	80.966	14,5%	11.254	75.315	14,9%	10.016	55.074	18,2%
Ausi Rimini	14.591	124.655	11,7%	15.950	126.828	12,6%	20.102	174.373	11,5%
Az.Osp.Parma	15.763	81.699	19,3%	14.812	82.088	18,0%	14.616	82.535	17,7%
Az.Osp.Reggio Emilia	12.139	90.634	13,4%	12.018	89.884	13,4%	12.199	86.574	14,1%
Az.Osp.Modena	14.356	111.048	12,9%	14.313	109.903	13,0%	14.658	110.859	13,2%
Az.Osp.Bologna	24.806	138.205	17,9%	25.474	135.010	18,9%	24.911	131.382	19,0%
Az.Osp.Ferrara	13.848	72.795	19,0%	13.466	72.699	18,5%	14.654	77.980	18,8%
Ist.Ortop.Rizzoli	2.396	46.134	5,2%	2.289	39.929	5,7%	2.060	28.129	7,3%
Totale Regione	253.942	1.832.659	13,9%	252.267	1.823.753	13,8%	255.021	1.826.192	14,0%

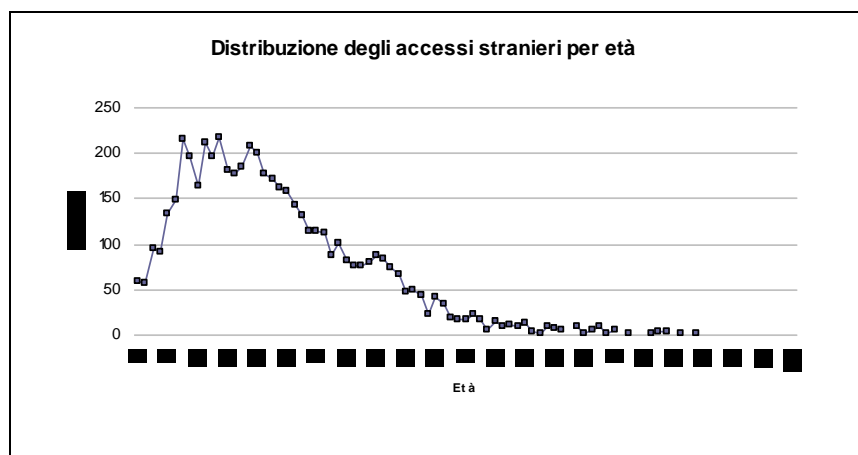
L'indice di filtro al ricovero del Pronto Soccorso, per l'AUSL di Imola, pari nel 2010 al 15,6%, risulta al di sopra di quello medio regionale (14%).

In figura 3.11 si analizza l'accesso al PS per fasce di età, distinguendo i sottogruppi di popolazione italiana e straniera.

Figura 3.11 - Distribuzione per età degli accessi al PS. Anni 2009 e 2010

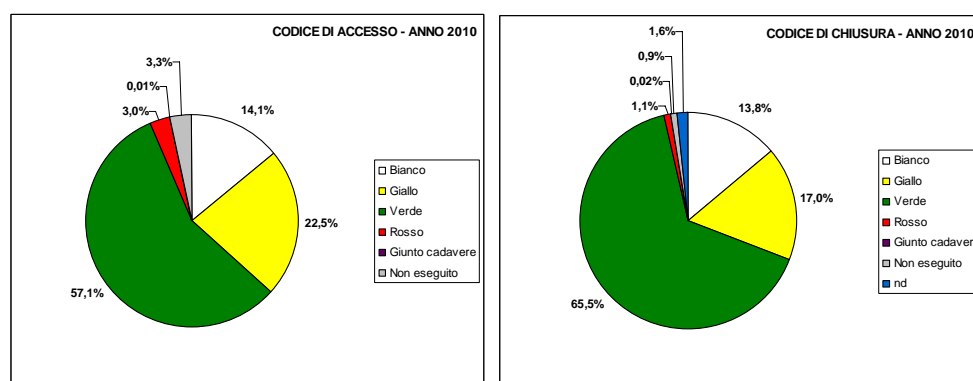
	2009	2010
Età media accessi	44,78	45,45
Età media accessi (età >= 16)	52,48	52,82
Età media accessi (età < 16)	5,76	5,87
Età media Italiani	47,06	47,64
Età media Stranieri	27,81	28,57
Età media Italiani (età >=16)	54,61	54,77
Età media Stranieri (età >=16)	34,20	35,27
% ultra 65enni (accessi totali)	28,35%	29,09%
% ultra 65enni (accessi adulti)	33,95%	34,51%
% ultra 65enni (accessi adulti italiani)	37,97%	38,35%
% ultra 85enni (accessi totali)	6,27%	6,60%
% ultra 85enni (accessi adulti)	7,51%	7,82%
% ultra 85enni (accessi adulti italiani)	8,42%	8,74%





A conclusione della disamina si presenta la distribuzione degli accessi per codice colore in ingresso e in uscita (Grafici 3.12).

Grafici 3.12 - Distribuzione per codice colore in ingresso e uscita degli accessi al PS. Anno 2010



Per quanto riguarda il codice colore, la quota di codici bianchi è pari al 14% in entrata, sostanzialmente confermata dalla codifica in uscita (13,8%). In generale, gli scostamenti tra codice in ingresso e in uscita non sono rilevanti, esitando in una riduzione contenuta della quota % di codici gialli e rossi, e in una corrispondente crescita dei codici verdi, che in uscita ammontano al 65,5% del totale. Tale confronto dimostra un buon andamento della importante attività di *triage*.

3.4.4 Assistenza Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è stata oggetto in questi ultimi anni di un importante percorso riorganizzativo, sia sul fronte interno che dei rapporti con le strutture dei territori limitrofi. Altrettanta attenzione verrà data a tali aspetti nei prossimi anni alla luce di quanto, tra l'altro, indicato nel piano strategico aziendale, con l'obiettivo di garantire sempre più adeguate e qualificate risposte assistenziali ai cittadini di questo territorio e garantire una migliore efficienza gestionale, evitando inutili ridondanze di sistema e ingiustificate duplicazioni dei servizi.

L'AUSL di Imola presenta un Presidio Ospedaliero unico con competenze distintive dei due stabilimenti di Imola e Castel San Pietro, che si presentano integrati e complementari. A questi si aggiunge l'Ospedale di Montecatone, eccellenza nazionale nel campo della riabilitazione.

In particolare, lo stabilimento di Imola è definito come sede elettiva per l'emergenza-urgenza, le cure ad elevata intensità assistenziale ed i servizi di diagnosi e cura più complessi, mentre lo stabilimento di Castel San Pietro è sede elettiva per chirurgia di giorno e chirurgia specialistica con breve degenza e per cure *long-term* a bassa complessità. L'assistenza ospedaliera, organizzata a livello dipartimentale, è orientata secondo un modello per intensità di cura, con integrazioni con altre strutture ospedaliere pubbliche e private provinciali e/o di territori limitrofi.

Il modello per intensità di cura è già stato sviluppato all'interno dell'area medica con l'individuazione di un'area a bassa intensità clinica, un'area a media ed un'area ad alta intensità. Questo modello di assistenza si sta estendendo alle altre unità operative afferenti al Dipartimento Medico ed anche alle unità operative chirurgiche, con la ricerca di adeguate sinergie tra le stesse nell'ambito dei rispettivi percorsi paziente.

La diversa intensità di cura è individuata attraverso la definizione delle caratteristiche cliniche ed assistenziali dei pazienti e si caratterizza per le differenti modalità organizzative a seconda delle procedure e della dotazione di risorse umane. Il modello organizzativo poggia su un ruolo importante di filtro del DEA e sulla condivisione dei criteri di accesso ai vari livelli di intensità di cura.

Nell'ambito di un'organizzazione per intensità di cure assume particolare importanza l'assistenza infermieristica che si caratterizza per elementi di responsabilizzazione e di valorizzazione professionale, nei processi di presa in carico del paziente, di continuità, di pianificazione personalizzata dell'assistenza, di referenza gestionale su singoli casi trattati e di modulazione della gradualità dell'intervento assistenziale in ragione di un modello concettuale di riferimento professionale definito per "Complessità Assistenziale".

Si delineano a questo punto alcuni tratti peculiari di ciascun Dipartimento ospedaliero in relazione alle loro specificità e alla complessità degli interventi.

DIPARTIMENTO D'EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) ha realizzato l'obiettivo di attivare la nuova sede del Dipartimento che ospita tutte le unità operative afferenti (Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza, Cardiologia e relativa terapia intensiva, Rianimazione e semintensiva polispecialistica) oltre al Pronto Soccorso e degenza ortopedica e Radiologia d'Urgenza che afferiscono ad altri Dipartimenti. Il trasferimento ha comportato la revisione complessiva degli assetti organizzativi e delle procedure assistenziali.

DIPARTIMENTO MEDICO (DM)

Il Dipartimento Medico raggruppa le UOC di: Medicina 1, Geriatria, Lungodegenza, Nefrologia e Dialisi, Oncologia e Hospice, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva e le strutture semplici di Medicina 2, Medicina a bassa intensità clinica e Neurologia.

L'obiettivo primario del Dipartimento è quello di garantire ad ogni cittadino un appropriato percorso di presa in carico, individuato sulla base della patologia e del necessario carico assistenziale. In tale ottica, lo sviluppo del percorso di cura per intensità/complessità assistenziale risponde pienamente alle esigenze del paziente con patologie di natura internistica.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO (DC)

Il Dipartimento Chirurgico è costituito dalle UOC di: Chirurgia Generale, Urologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria e Oculistica. Le ultime due sono ubicate presso lo Stabilimento di Castel San Pietro Terme, presso il quale si persegue anche lo sviluppo delle attività di *Day Surgery*.

Per quanto riguarda l'aspetto clinico anche il Dipartimento Chirurgico sta per adottare una organizzazione delle degenze per intensità e gradualità delle cure, con particolare attenzione al problema del paziente chirurgico anziano (attivazione di un'area orto-geriatrica in integrazione con le funzioni di geriatria, lungodegenza e riabilitazione estensiva).

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Il Dipartimento dei Servizi, costituito dalle UO di: Radiologia, Anatomia Patologia, Laboratorio Analisi e Medicina TrASFusionale, è oggetto di una importante fase di riorganizzazione e sviluppo. Dal punto di vista strutturale, per quanto riguarda l'area dei laboratori afferenti al Dipartimento e la Genetica si stanno perseguendo sinergie logistiche ed organizzative e di sviluppo delle reti cliniche interne e collaborazioni esterne, come già promosso nelle altre aziende della provincia ed in altre aree vaste della regione.

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE (DMI)

Il Dipartimento Materno Infantile è costituito dalle UOC di: Pediatria-Nido, Ginecologia-Ostetricia e Genetica Medica ed è funzionalmente correlato alla SSD "Consultorio Familiare" e al Programma "Pediatria di Comunità" del Dipartimento Cure Primarie, al fine di garantire la sinergia Ospedale-Territorio e la continuità delle cure. In coerenza con le linee di programmazione regionali e con i principi di sviluppo aziendali, la programmazione del DMI è fortemente caratterizzata dall'applicazione a livello locale della DGR 533/2008 "Percorso Nascita", in stretta sinergia con le strutture territoriali Consultorio Familiare e Pediatria di Comunità.

Gli obiettivi previsti dalla D.G.R. 533/2008 sul Percorso Nascita prevedono un grande impegno sul tema dell'assistenza pre-natale, dell'assistenza al parto e dell'assistenza post-natale, sia in termini di definizione delle reti cliniche che la governano che di acquisizione di competenze per l'esercizio dei ruoli professionali previsti.

ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL CONTESTO PROVINCIALE

L'AUSL di Imola nell'ambito ospedaliero provinciale ha instaurato relazioni specifiche con alcuni settori dell'AUSL di Bologna, dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli. Il ruolo dell'AUSL di Imola nell'ambito dell'AVEC non è marginale, anzi, può diventare strategico se vengono amplificati gli aspetti di collaborazione e di innovazione che Imola può fornire a diversi settori dell'offerta socio-sanitaria in ambito provinciale.

Perché questo auspicio si possa tradurre operativamente è necessario definire compiutamente il ruolo e le attività del Presidio Ospedaliero di Imola, nell'ambito della prospettiva di sviluppo delle

reti cliniche in ambito provinciale, per migliorarne ed evidenziarne le potenzialità e le competenze specifiche.

La migliore definizione dei rapporti, la formalizzazione di relazioni strutturate con i servizi specialistici delle aziende sanitarie della provincia di Bologna, possono dare valore aggiunto agli accordi attualmente esistenti, realizzando percorsi che diano visibilità alle competenze ed alle reciprocità professionali e che assicurino, ai cittadini, continuità nei percorsi diagnostico terapeutici.

Viene, di fatto, consolidato un ruolo dell'AUSL di Imola nell'ambito della provincia che non si esaurisce nella partecipazione organizzata alle reti *hub & spoke* (Centrale Operativa 118, Trauma Center, Riabilitazione Intensiva, Neuroscienze, Trapianto di organi e tessuti, Assistenza Intensiva Perinatale e Pediatrica, Genetica medica e Malattie rare) peraltro necessaria ad assicurare ed elevare i livelli di qualità dei servizi offerti, ma anche nelle competenze e nelle opportunità che reciprocamente possono essere scambiate fra tutte le componenti aziendali.

AUSL DI IMOLA NEL CONTESTO DELL'AVR

La posizione geografica del Circondario Imolese, a cavaliere fra l'Emilia e la Romagna, le condizioni di limitrofia con le aziende sanitarie della Romagna, con due importanti ospedali privati accreditati e con l'Istituto scientifico Romagnolo per lo Studio e la cura dei Tumori (IRST) hanno favorito nel tempo lo sviluppo di collaborazioni con l'Area Vasta Romagnola (AVR).

Con le Aziende Sanitarie di Ravenna e di Forlì si realizzano importanti volumi di scambi di attività ambulatoriali e di ricovero che consentono in buona parte di supplire ad alcune funzioni non presenti nel nostro territorio (Medicina Nucleare, Chirurgia Toracica, Pneumologia interventistica, ecc.). L'AUSL di Cesena è sede del Centro Grandi Ustionati, riferimento *hub* della funzione, in grado di ricevere e trattare pazienti con ustioni estese che necessitano di intervento chirurgico o di consistenti attività di tipo intensivo (es. ventilazione assistita) tipicamente effettuati in aree di terapia intensiva.

Gli Ospedali privati accreditati presenti nel territorio romagnolo sono attualmente chiamati a svolgere un ruolo suppletivo all'offerta di prestazioni ambulatoriali e di ricovero non compiutamente sviluppata sul nostro territorio (cardiologia interventistica, interventistica vascolare, cardiocirurgia, percorsi di garanzia per la specialistica ambulatoriale).

Con tutti questi soggetti erogatori esterni vengono sviluppati rapporti di integrazione con accordi che disciplinano il consumo delle alte specialità o delle specialità non presenti in azienda, evitando duplicazioni e ridondanze, allo scopo di governare volumi e percorsi e di minimizzare quanto più possibile il rischio di alimentare mobilità passiva con contenuti impropri o di non alta complessità.

Per il privato accreditato di non alta specialità va, invece, ritagliato un ruolo di maggiore complementarità, allo scopo di rendere la sua offerta prestazionale più aderente ai fabbisogni espressi dalla nostra popolazione.

Una considerazione a parte va riservata al tema della gestione della patologia oncologica sia dal punto di vista strutturale che organizzativo. La UOC Oncologia troverà nel breve una nuova collocazione, ancorchè non definitiva, all'interno dell'ospedale di Imola, negli spazi lasciati liberi dalla UOC Rianimazione. Il piano di sviluppo dell'area ospedaliera nel medio-lungo periodo prevede comunque la definizione di una nuova area, nella quale, oltre ai posti letto di *Day Hospital* Oncologico, possano essere individuati anche posti letto specialistici di degenza ordinaria.

Il tema dello sviluppo dei percorsi oncologici è importante sia per la definizione delle relazioni interne con le unità operative coinvolte nella diagnosi e nella terapia (medicine specialistiche, radiologia, anatomia patologica, chirurgie) sia per la definizione delle relazioni esterne con le strutture pubbliche e private che forniscono prestazioni non erogabili in azienda (ad esempio la radioterapia).

Particolare riferimento *extra*-aziendale dei cittadini imolesi è rappresentato dall'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) di Meldola (FO), importante nodo della rete oncologica e sede esclusiva delle attività di terzo livello. In particolare la relazione instaurata con l'IRST garantisce la fruizione di attività di secondo e terzo livello e prevede adeguate relazioni con le strutture ed i professionisti interni all'azienda per le condizioni per le quali può essere offerto il medesimo approccio terapeutico. Questo modello consente di dare continuità al percorso del singolo paziente e governare gli aspetti economici legati alla mobilità passiva verso altre strutture provinciali e regionali.

RAPPORTO CON MONTECATONE R.I.

Importante ruolo nell'ambito della rete ospedaliera in ambito riabilitativo riveste l'Ospedale di Montecatone. La conclusione della fase di sperimentazione gestionale e il nuovo assetto di MRI ha consolidato a livello di sistema sanitario il ruolo di tale struttura, quale Centro di eccellenza sia nell'ambito dell'assistenza che della ricerca e formazione.

Attualmente l'Ospedale di Montecatone è costituito da 150 posti letto di degenza ordinaria e da 8 posti letto di *Day Hospital*, dedicati a pazienti con esiti di lesione midollare e gravi disabilità acquisite. Alla struttura sono stati riconosciuti 50 posti letto di Alta Specialità Riabilitativa (Unità Spinale) che la rendono il maggiore Presidio di Riabilitazione per pazienti mielolesi d'Italia, oltre a 22 posti letto dedicati al trattamento e cura dei pazienti affetti da Gravi Cerebrolesioni Acquisite. L'obiettivo per l'Istituto è di affermarsi e consolidarsi sempre più come eccellenza nazionale nel campo della ricerca e dell'assistenza di settore.

L'Ospedale di Montecatone intende quindi rafforzare il proprio ruolo di Centro di Alta Specialità su scala nazionale, fortemente impegnato a sviluppare tutti gli interventi e le collaborazioni necessarie con le diverse istituzioni, al fine di attualizzare ed incentivare la modalità di lavoro in rete. In questa logica l'Ospedale è orientato a consolidare:

- la propria funzione nell'ambito della programmazione regionale e nazionale;

- accordi di collaborazione sanitaria con le singole Aree Vaste dell'Emilia Romagna, ottimizzando competenze e tecnologie;
- accordi con le Aziende Sanitarie per definire le azioni e gli interventi per il reinserimento dei soggetti nel loro ambiente di vita.

Quanto sopra proponendo interventi qualificati come progetti riabilitativi globali personalizzati, centrati sul paziente che, tenuto conto dei fattori contestuali, personali, ambientali, perseguono lo scopo di migliorare la qualità della vita, sia attraverso il potenziamento delle abilità residue del soggetto sia tramite interventi che agiscono sul contesto.

Sin dalle prime fasi della degenza a MRI vengono mobilitate ed organizzate risorse ambientali, tecnologiche, sociali ed affettive sia interne che esterne, per consentire al paziente di diventare protagonista del percorso riabilitativo e di recuperare la massima autonomia possibile, tornando al territorio di appartenenza con un progetto di vita che comprenda l'eventuale disabilità permanente.

La precocità della presa in carico è resa possibile dal collegamento con altre strutture sanitarie, quali i Trauma Centers e le Rianimazioni (già formalizzate con AVR e AUSL di Bologna).

Fatta salva l'autonomia organizzativa e gestionale dell'Istituto, il rapporto di collaborazione con l'AUSL di Imola si sostanzia nella messa in rete da parte di quest'ultima di tutte quelle funzioni logistiche e tecniche di supporto non presenti presso MRI per ragioni di economia di scala.

Sempre in quest'ottica si dovranno sempre più affermare i rapporti di integrazione nell'ambito di quelle funzioni sanitarie disponibili presso l'AUSL di Imola, che risultano necessarie a completare i percorsi clinico-assistenziali dei pazienti ricoverati a Montecatone (laboratorio analisi, radiologia, trasfusionale, attività chirurgiche e di consulenza specialistica, trasporti sanitari, ecc.). Si rimanda per un ulteriore approfondimento alla Sezione 7 del presente Bilancio di Missione.

3.4.5 Dimissione protetta

Nell'esercizio in esame è proseguita l'applicazione del protocollo aziendale per le dimissioni protette, in essere dal 2002, che assicura al malato e alla sua famiglia un supporto sanitario e socio-assistenziale e un'adeguata risposta ai bisogni, nel momento in cui rientra a casa. Il protocollo prevede il rispetto di tempi congrui per la presa in carico e un sistema di monitoraggio delle procedure e dei casi attivati.

Nel 2010 la sede del Punto Unico Aziendale (PUA) è stata trasferita all'interno del Presidio Ospedaliero realizzando l'integrazione con l'attività del Servizio Sociale Ospedaliero.

L'applicativo utilizzato per l'assistenza domiciliare nel corso del 2010 è stato implementato per permettere la registrazione dell'attività del PUA.

Nel 2010 le richieste di dimissioni protette sono aumentate rispetto al 2009 di circa il 45%, ciò a dimostrazione di una maggiore presa in carico dei pazienti e di fluidità della rete dei servizi.

La Tabella 3.13 mostra la distribuzione delle segnalazioni al PUA di dimissione protetta per reparto e fascia di età. Si può notare come le richieste siano avanzate principalmente dai reparti di area medica e riguardino nella maggioranza (circa l'85%) soggetti di fascia di età ultra sessantacinquenni.

Tabella 3.13 - Dimissioni Protette per Reparto ed Età nell'AUSL di Imola. Anno 2010

RAPPORTO SEGNALAZIONI / DIMISSIONI PER REPARTO ED ETÀ.
ANNO 2010

Reparti/Età	=/ > 85	84 - 75	74 - 65	64 - 55	54 - 45	44 - 35	34 - 25	24 - 15	14 - 0	Segnalazioni	Dimissioni	%Segn/Dim
AMBI - MEDICINA MINORE INTENSITA CLINICA	19	9	5	4		1				38	443	8,58%
CARD - CARDIOLOGIA			2	2						4	762	0,52%
CHIA - CHIRURGIA A	6	3	2	2	1			1		15	1.397	1,07%
DIALISI - NEFROLOGIA		1		2						3	---	---
DIME - AREA INTERNISTICA 4 PIANO	3	1								4	49	8,16%
GERM - GERIATRIA MISTA	78	37	14							129	722	17,87%
LDPC - LUNGODEG.POST ACUTI CSP	158	76	23	3	2		1			263	613	42,90%
LUIN - LUNGODEG.INTENSIVA	109	82	29	5	5	2		1		233	666	34,98%
MED 2 - MEDICINA INTERNA	2	2								4	132	3,03%
MEDG - MEDICINA 2 CSP	33	20	4	1	1					59	272	21,69%
MEDI - MEDICINA INTERNA 1	53	57	20	14	4	1				149	1.267	11,76%
MUR - MEDICINA D'URGENZA RIC.	2	4	1	5	1	2	3	1		19	1.133	1,68%
NIDO NEON									1	1	1.053	0,09%
OBI			3			1	1			5	---	---
ORTB - ORTOPEDIA	15	9	3	1						28	1.320	2,12%
OSTE - OSTETRICIA-GINECOLOGIA						6	3	3		12	2.190	0,55%
OTOR - OTORINO			1							1	725	0,14%
PEDIATRIA								1	24	25	1.003	2,49%
PRONTO SOCCORSO		2	2		3	7	2	1	1	18	---	---
PSIV - PSICHIATRICO VOL. e OBBL.		3	3			3				9	281	3,20%
RIAN - SEMI : RIANIMAZIONE e TERAPIA SEMINTENSIVA	1	2	7	2	1		1			14	136	10,29%
UROLOGIA		1								1	874	0,11%
UTIC			2							2	51	3,92%
HOSP - HOSPICE	10	10	8	3	2					33	191	17,28%
Altri SERVIZI AUSL Imola (NCP, Consultorio, URP, DS)	5	13	4	1	4		2	1	2	32	---	---
ALTRO OSPEDALE	3	2	4	2	3	1			1	16	---	---
MONTECATONE		9	5	4	3	7		1		29	---	---
ASP IMOLA					2					2	---	---
DOMICILIO	73	83	42	16	10	9	6	3	6	248	---	---
TOTALE	570	426	184	67	42	40	19	13	35	1.396	---	---
%	40,8%	30,5%	13,2%	4,8%	3,0%	2,9%	1,4%	0,9%	2,5%	100,0%	---	---

3.4.6 Gestione del rischio

ATTUAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE IN TEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO

Nel 2010 l'Azienda ha implementato quanto previsto dalla Regione in tema di gestione del rischio clinico e in tema di sicurezza degli operatori. Si è dato avvio all'implementazione del progetto sicurezza in sala operatoria e sono proseguite le iniziative formative al personale, tramite corsi di formazione che hanno coinvolto tutti i preposti, in particolare, sugli strumenti di gestione del rischio: *incident reporting, root cause analysis e audit di gestione del rischio*.

E' proseguita, inoltre, la cooperazione interaziendale tra l'AUSL di Imola, l'Istituto ortopedico Rizzoli, Montecatone s.p.a. e l'ospedale privato *Domus Nova* di Ravenna in tema di mediazione dei conflitti e sono continuati i programmi per il controllo del rischio clinico: farmacovigilanza; emovigilanza; rilevazioni cadute e LDD; prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (adesione al *Sich-RER studio RER*); applicazione protocolli antibiotico profilassi; igiene operando; sicurezza in radiologia; data base regionale contenzioso; procedura aziendale contenzioni; attivazione commissione aziendale dispositivi medici, etc..

GESTIONE DEI DANNI PROVOCATI IN CORSO DI ASSISTENZA SANITARIA NEI DIVERSI CONTESTI DI CURA.

L'AUSL di Imola ha proseguito nel 2010 in materia di responsabilità civile verso terzi, nella "cogestione dei sinistri", secondo appositi protocolli siglati anche dalle Compagnie assicurative. Tali protocolli operativi definiscono *iter* e competenze nella gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale e assicurano all'azienda, tramite gli uffici deputati alla

gestione - Medicina Legale e Affari Legali, in collaborazione con i servizi sanitari - l'istruttoria dei casi e una determinazione congiunta con la Compagnia in termini di *an e quantum*. L'intervento della Medicina Legale aziendale, a fianco dei servizi sanitari interessati, consente azioni di prevenzione rispetto al danno e/o al conflitto. L'andamento generale della sinistrosità e lo stato dei singoli sinistri (comprese le riserve) vengono monitorati e aggiornati periodicamente, unitamente al *broker* e alle Compagnie. L'azienda ha partecipato inoltre al gruppo regionale sulla implementazione di un data base del contenzioso che comprende anche la codifica unica del caso.

In ambito sicurezza e salute dei lavoratori si è provveduto all'adeguamento del documento di valutazione dei rischi ai sensi del Decreto Legislativo n. 81/2008 e modifiche e integrazioni, compreso il rischio *stress* lavoro correlato.

3.5 Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo

3.5.1 Health Technology Assessment

La costante e tempestiva innovazione tecnologica ed organizzativa nei contesti clinico-assistenziali è un elemento indispensabile per la sostenibilità delle Aziende del Servizio sanitario regionale. Anche l'AUSL di Imola ritiene indispensabile adottare una costante e tempestiva politica di innovazione tecnologica che tenga in considerazione aspetti del così detto *HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT*, a livello locale, tra cui si evidenziano:

- la coerenza con la programmazione dello sviluppo dei servizi in Area Vasta;
- gli strumenti organizzativi e di monitoraggio dell'attività che assicurino la definizione corrente di appropriatezza;
- la fattibilità e sostenibilità economica e il livello di efficienza giudicato accettabile.

Questi aspetti verranno prioritariamente considerati per le proposte di nuova adozione, da parte dell'AUSL di Imola, delle cosiddette alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche, che presentano alti costi di investimento e di gestione, oltre ad un elevato impatto sui profili di cura dei pazienti. Principi analoghi vengono presi in considerazione anche per l'innovazione tecnologica sia delle alte tecnologie già in uso in Aziende e sia delle medie-basse tecnologie di nuova adozione o già in uso, che assumono maggiore rilevanza in relazione all'impatto economico/organizzativo necessario.

L'AUSL di Imola nel 2010 ha investito circa € 630.000 per l'acquisizione di nuove tecnologie necessarie a garantire sia il *turnover* di Tecnologie obsolete in uso e sia l'introduzione di nuove medio-basse tecnologie, necessarie per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei

processi diagnostico e terapeutici. Inoltre, grazie al contributo di donatori sempre molto attenti alla realtà del circondario Imolese, sono state adottate nuove tecnologie di estrema importanza:

- Un Mammografo Digitale e tre Ecotomografi (Cardiologico, Ginecologico e Urologico) di ultimissima generazione per un valore complessivo di € 350.000, donate da parte della Fondazione Cassa di Risparmio di Imola.
- Due aggiornamenti Tecnologici di Ecotomografi Radiologici per un valore complessivo di € 120.000, donate da parte della Cassa di Risparmio di Imola - BPL.
- Un elettro-idro-bisturi ed insufflatore per attività di endoscopia Gastrica per un valore complessivo di € 80.000, donate da parte della Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna.
- Un'auto medica, due Elettrocardiografi e HW e SW per la gestione informatizzata dei tracciati elettrocardiografici per un valore complessivo di € 50.000, donate da parte della Fondazione Cassa di Risparmio di Ravenna e Banca di Imola.

4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	pag. 194
4.1 "Carta di identità" del personale	194
4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	201
4.3 Gestione del rischio e sicurezza	202
4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali	202
4.3.2 Andamento del fenomeno infortunistico	203
4.4 Formazione	204
4.4.1 Pianificazione dell'attività formativa	204
4.4.2 Tipologie delle attività di formazione	207
4.4.3 Valutazione dell'attività formativa	210
4.4.4 Attività formativa 2010 "in cifre"	211
4.4.5 Costi della formazione	215
4.4.6 Collaborazione con altri Enti di Formazione	217
4.4.7 Formazione di Area Vasta Emilia Centro	218
4.5 Struttura delle relazioni con il personale e le sue rappresentanze	219
4.5.1 Compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare	219
4.5.2 Facilitazioni per i dipendenti	220
4.5.3 Relazioni sindacali	221

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

La presente Sezione conferma la "centralità" nell'Azienda della "risorsa umana", di cui si propone il profilo dei rapporti di lavoro, l'organizzazione interna, l'impegno profuso per una formazione/aggiornamento permanenti, le tutele, le agevolazioni, le garanzie e le rappresentanze proprie.

La "carta di identità" del personale del 2010 mostra un sostanziale mantenimento della situazione fotografata nel 2009. Infatti, per l'anno 2010, la funzione di governo delle risorse umane si è mossa in una linea di puntuale continuità rispetto alle azioni già esperite per l'anno 2009 ed inquadrata da alcune direttrici determinate in gran parte dai contenuti del quadro normativo nazionale e regionale di riferimento. Si è quindi verificato un sostanziale mantenimento della situazione esistente al 31.12.2009.

Si sono invece rafforzate le politiche di gestione della sicurezza e del rischio, così come si sono sviluppati percorsi formativi rivolti alla crescita professionale del personale, nell'ottica di consolidare e migliorare gli standard assistenziali forniti agli utenti.

4.1 "Carta di Identità" del personale

L'obiettivo informativo del presente paragrafo è fornire dati e informazioni utili per comprendere quale sia il "profilo" del personale dell'AUSL di Imola, avvalendosi di una sorta di "carta di identità", che ne evidenzia la distribuzione, per molteplici dimensioni (tipologia contrattuale; categorie di personale dipendente; anagrafica dei professionisti; etc.).

Le risorse umane complessive impegnate nelle attività tipiche aziendali, a vario titolo contrattuale, nel 2010 (dato al 31 dicembre) risultano 1995, registrando rispetto al 2009 una lievissima flessione (circa lo 0,3%).

**Tabella 4.1 - Valori assoluti del personale dell'AUSL di Imola, per tipologia contrattuale
Periodo 2007-2009**

Tipologia contrattuale	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	Var % 2010 - 2009
Dipendente	1.706	1.744	1.775	1.793	1,0%
Convenzionato*	165	168	168	167	-0,6%
Contratti libero-professionali, co.co.co	102	82	59	35	-40,7%
TOTALE	1.973	1.994	2.002	1.995	-0,3%

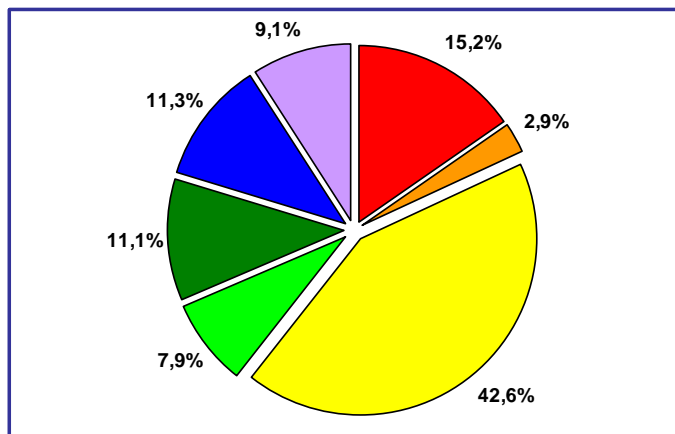
* Convenzionato: MMG, PLS, Medici Ambulatoriali, Guardie Mediche

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

Premesso che i liberi professionisti "sono contati" come unità corrispondenti ai contratti attivi, risultanti al 31 dicembre, indipendentemente dalla durata e dall'impegno settimanale, si osserva un calo consistente degli stessi (-24, pari a -40,7%). Tale decremento, letto congiuntamente al decremento del 28% registrato l'anno precedente, nonché all'incremento di circa il 3% del personale dipendente registrato nel biennio 2009-2010, risulta coerente con le politiche di stabilizzazione (ovvero riduzione del precariato) avviate dall'AUSL di Imola già dal 2007 (che sono continuate nel biennio 2008-2009 e che si sono esaurite nel 2010): durante l'esercizio in esame le stabilizzazioni sono state 23 (11 nel 2009), e precisamente, 2 unità di farmacista, 7 unità di psicologo, 1 unità di biologo, 8 unità di medico e 5 unità del comparto non sanitario (n. 1 unità di categoria D e n. 4 unità di categoria C).

Figura 4.2 - Valori assoluti e % di personale dipendente dell'AUSL di Imola, per categorie Periodo 2007-2010

Categorie personale dipendente	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	Var % 2010-2009
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	231	247	262	272	3,8%
ALTRI DIRIGENTI SPTA	40	40	40	52	30,0%
PERSONALE INFERMIERISTICO	749	762	766	763	-0,4%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	142	142	142	142	0,0%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	196	207	216	199	-7,9%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	199	198	195	202	3,6%
ALTRO PERSONALE	149	148	154	163	5,8%
TOTALE	1.706	1.744	1.775	1.793	1,0%



In Figura 4.2, per il quadriennio 2007-2010, si dettaglia l'andamento delle categorie di personale dipendente, rilevando un aumento del personale "dirigente medico e veterinario" (+3,8% sul 2009), un lieve calo del "personale infermieristico" (-0,4% sul 2009), un aumento del "personale amministrativo" (+3,6% sul 2009) e del restante personale (+5,8% sul 2009).

Il saldo negativo più rilevante è registrato dal "personale OTA OSS Ausiliari", ma è un "falso negativo", dovuto in realtà alle progressioni verticali che hanno registrato 15 uscite da Ausiliario Specializzato contro 14 entrate in Personale Tecnico e 1 entrata in Personale Amministrativo.

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

In Tabella 4.3 si riportano i professionisti impegnati nell'AUSL di Imola con contratto libero professionale nel corso di tutto l'anno, scomposti per categoria, genere e fasce d'età: i medici risultano prevalenti (circa il 51,4%); il 48,6% è "polverizzato" tra i restanti profili professionali con una prevalenza rispetto alle altre percentuali della figura dello psicologo.

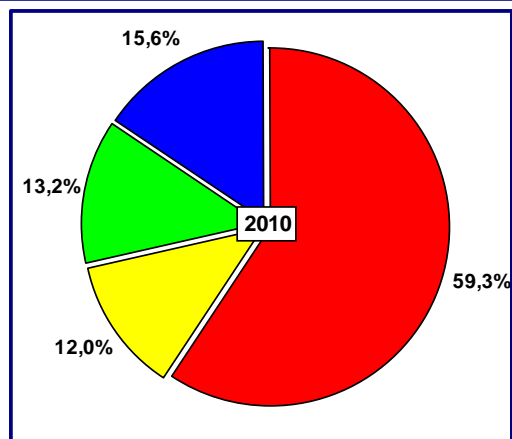
Tabella 4.3 - Liberi professionisti dell'AUSL di Imola, per categorie/genere/classi di età. Anno 2010

ANNO 2009	sesso		classi di età					totale	%
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65		
DIRIGENTI AMM.VI	3			1	1		1	3	8,6%
SOCIOLOGI		1		1				1	2,9%
CHIMICI	1				1			1	2,9%
FARMACISTI								0	0,0%
INGEGNERI	1			1				1	2,9%
MEDICI	8	10	7	3	3	2	3	18	51,4%
PERSONALE DELLA PREVENZIONE	1						1	1	2,9%
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	1	1	1		1			2	5,7%
PERSONALE INFERMIERISTICO	1		1					1	2,9%
PERSONALE TECNICO	2		1		1			2	5,7%
PERSONALE TECNICO SANITARIO		1	1					1	2,9%
PSICOLOGI	1	3	3	1				4	11,4%
Totale	19	16	14	7	7	2	5	35	100%

L'analisi per genere riferita ai professionisti con contratto "atipico" mostra una leggera prevalenza dei maschi rispetto alle femmine.

Figura 4.4 - Valori assoluti e % di personale convenzionato con l'AUSL di Imola. Anno 2010

Categorie personale convenzionato	ANNO 2010
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA	99
MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	20
MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	22
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	26
Totale	167



Come riportato in Figura 4.4, tra i professionisti convenzionati la categoria più rilevante è ovviamente quella dei Medici di Assistenza Primaria.

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

**Tabella 4.5 - Anagrafica del personale dipendente dell'AUSL di Imola, per categorie e classi di età
Periodo 2008-2010**

ANNO 2008	assi di età					TOT.
	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	12	38	113	84	0	247
ALTRI DIRIGENTI SPTA	0	6	26	8	0	40
PERSONALE INFERMIERISTICO	90	351	242	79	0	762
PERSONALE TECNICO SANITARIO	31	32	62	17	0	142
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	18	50	104	35	0	207
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0	44	130	24	0	198
ALTRO	3	53	74	18	0	148
Totale	154	574	751	265	0	1.744
ANNO 2009	classi di età					TOT.
	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	17	46	105	94	0	262
ALTRI DIRIGENTI SPTA	0	8	26	7	0	41
PERSONALE INFERMIERISTICO	88	337	243	97	0	765
PERSONALE TECNICO SANITARIO	28	30	61	23	0	142
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	13	53	115	36	0	217
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0	24	143	28	0	195
ALTRO	6	45	77	25	0	153
Totale	152	543	770	310	0	1.775
ANNO 2010	classi di età					TOT.
	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	18	58	90	104	2	272
ALTRI DIRIGENTI SPTA	1	17	21	13	0	52
PERSONALE INFERMIERISTICO	88	322	254	99	0	763
PERSONALE TECNICO SANITARIO	27	28	63	24	0	142
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	8	53	114	37	0	212
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2	25	142	33	0	202
ALTRO	8	39	68	35	0	150
Totale	152	542	752	345	2	1.793

L'andamento della distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola (Tabella 4.5) sostanzialmente ripropone una "fotografia" pressoché immutata e comune nel panorama nazionale:

- l'ingresso "tardivo" al lavoro - o meglio, in posizione strutturata - che motiva la percentuale bassa dei dipendenti *under* 35 anni (8,6% nel 2009; 8,5% nel 2010);
- la massima concentrazione di tutti i profili nelle classi 35-44 e 45-54 anni - pari al 72,2% nel 2010;
- l'età media alta del personale non sanitario - amministrativo e tecnico - segnale di una particolare staticità della stessa dotazione, esito dell'azione di ridimensionamento, ovvero della gestione del *turn-over* (Tabella 4.8).

L'analisi per genere riferita alle categorie professionali del personale dipendente registra lo stesso aumento di dipendenti medici di sesso maschile e di sesso femminile (+5) lasciando inalterata la differenza tra i due generi ed un quadro pressoché immutato rispetto al 2009 anche per il personale infermieristico che evidenzia un minimo calo (-2) sul personale femminile.

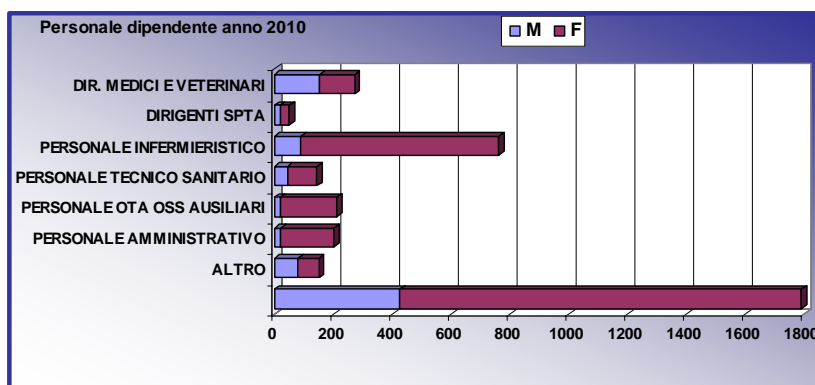
Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

**Figura 4.6 - Anagrafica del personale dipendente dell'AUSL di Imola, per categorie e genere
Periodo 2008-2010**

ANNO 2008	Sesso		TOT.	Di cui Part Time	
	M	F		M	F
DIR. MEDICI E VETERINARI	144	103	247	0	3
DIRIGENTI SPTA	15	25	40	0	0
PERSONALE INFERMIERISTICO	83	679	762	0	107
PERSONALE TECNICO SANITARIO	43	99	142	1	14
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	28	179	207	1	29
PERSONALE AMMINISTRATIVO	18	180	198	1	25
ALTRO	79	69	148	7	8
Totale	410	1.334	1.744	10	186

ANNO 2009	Sesso		TOT.	Di cui Part Time	
	M	F		M	F
DIR. MEDICI E VETERINARI	148	114	262		1
DIRIGENTI SPTA	14	27	41		
PERSONALE INFERMIERISTICO	91	674	765		108
PERSONALE TECNICO SANITARIO	44	98	142		12
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	20	197	217	1	28
PERSONALE AMMINISTRATIVO	18	177	195	1	25
ALTRO	83	70	153	4	8
Totale	418	1.357	1.775	6	182

ANNO 2010	Sesso		TOT.	Di cui Part Time	
	M	F		M	F
DIR. MEDICI E VETERINARI	153	119	272		1
DIRIGENTI SPTA	18	34	52		12
PERSONALE INFERMIERISTICO	91	672	763		110
PERSONALE TECNICO SANITARIO	44	98	142		
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	18	194	212	2	26
PERSONALE AMMINISTRATIVO	21	181	202		25
ALTRO	80	70	150	3	7
Totale	425	1.368	1.793	5	181



Così come "fotografia" chiaramente il grafico di Figura 4.6, l'AUSL di Imola è decisamente una "organizzazione femminile" (76,3% dei dipendenti totali), confermando che sono le donne in maggioranza impegnate nelle professioni di "cura e assistenza":

- l'unico ruolo in cui sono in maggioranza i maschi è quello dirigente, in particolare nella categoria "dirigenti medici e veterinari" (ancorché negli anni il gap vada riducendosi);
- le donne sono in netta maggioranza, invece, tra il personale "amministrativo", anche tra i dirigenti, nonché tra il personale "infermieristico" e "ota/oss ausiliari";

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

- gli istituti contrattuali atti a conciliare "vita lavorativa e vita familiare" continuano a essere fruiti essenzialmente dalle lavoratrici. Nel 2010, risultano in *part-time* 181 donne e 5 uomini (per altri istituti collegati alle esigenze familiari, si rinvia al paragrafo 4.5.1).

Figura 4.7 - Dipendenti dell'AUSL di Imola residenti nei Comuni circondariali. Anno 2010

Dipendenti residenti	2009	2010	% dipendenti 2010	% popolazione 2010
BORGO TOSSIGNANO	50	47	3,3%	2,5%
CASALFIUMANESE	32	34	2,4%	2,6%
CASTEL DEL RIO	5	5	0,3%	1,0%
CASTEL GUELFO DI BOLOGNA	17	18	1,3%	3,2%
CASTEL SAN PIETRO TERME	81	81	5,6%	15,7%
DOZZA	54	56	3,9%	4,9%
FONTANELICE	28	29	2,0%	1,5%
IMOLA	1.105	1.091	76,1%	52,4%
MEDICINA	26	28	2,0%	12,6%
MORDANO	45	45	3,1%	3,6%
Dipendenti residenti AUSL	1.443	1.434	100%	100%
Totale dipendenti	1.775	1.793		
% dipendenti residenti	81,3%	80,0%		

Alla fine dell'esercizio in esame, l'80% dei dipendenti dell'AUSL di Imola risulta risiedere nel Nuovo Circondario Imolese; tale percentuale è lievemente più bassa di quella dell'anno precedente (81,3%); si osserva che l'incremento complessivo di dipendenti (+18 unità, pari all'1%) accompagnato da un decremento dei dipendenti residenti nei comuni del Circondario (-9) sembrerebbe segnalare che la mobilità in ingresso abbia riguardato principalmente personale residente nei territori limitrofi della Provincia di Bologna e nei Comuni di "cintura" delle Province confinanti geograficamente o lungo l'asse della via Emilia.

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

Tabella 4.8 - Indicatore di mobilità del personale dipendente dell'AUSL di Imola (turn-over) Periodo 2008-2010

DIPENDENTI 2008				IN INGRESSO				IN USCITA				turn over
CATEGORIA	da SSR	non da SSR	Altro	Tot	dimissione	mobilità vs altre aziende	pensionamento	altri motivi	Tot			
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	1	0	27	28	3	2	9	1	15	13		
ALTRI DIRIGENTI SPTA	1	0	3	4	1	0	3	0	4	0		
PERSONALE INFERMIERISTICO	11	0	39	50	4	4	32	0	40	10		
PERSONALE TECNICO SANITARIO	1	0	9	10	2	0	6	0	8	2		
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	0	0	1	1	3	0	7	0	10	-9		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2	2	0	4	0	0	4	0	4	0		
ALTRO	0	0	8	8	2	2	8	0	12	-4		
Totale	16	2	87	105	15	8	69	1	93	12		

DIPENDENTI 2009				IN INGRESSO				IN USCITA				turn over
CATEGORIA	da SSR	non da SSR	Altro	Tot	dimissione	mobilità vs altre aziende	pensionamento	altri motivi	Tot			
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	2		16	18	5	1	2		8	10		
ALTRI DIRIGENTI SPTA	1		4	5		1	2		3	2		
PERSONALE INFERMIERISTICO			25	25	6	5	8	1	20	5		
PERSONALE TECNICO SANITARIO	2		8	10	6	2	1		9	1		
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	1		34	35	2	2	4		8	27		
PERSONALE AMMINISTRATIVO				0			2	1	3	-3		
ALTRO			6	6		2	1		3	3		
Totale	6	0	93	99	19	13	20	2	54	45		

DIPENDENTI 2010				IN INGRESSO				IN USCITA				turn over
CATEGORIA	da SSR	non da SSR	Altro	Tot	dimissione	mobilità vs altre aziende	pensionamento	altri motivi	Tot			
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	2	1	21	24	4	3	7		14	10		
ALTRI DIRIGENTI SPTA			13	13					0	13		
PERSONALE INFERMIERISTICO	4	1	24	29	7	2	20	3	32	-3		
PERSONALE TECNICO SANITARIO	4		1	5	1	1	4		6	-1		
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	1		9	10	2	1	5		8	2		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1	2	5	8	1	1	5		7	1		
ALTRO				0			4		4	-4		
Totale	12	4	73	89	15	8	45	3	71	18		

La "stanzialità" del lavoro è testimoniato altresì dai bassi valori della mobilità verso altre Aziende, a cui corrispondono dati altrettanto bassi in ingresso da SSR. Complessivamente per l'anno 2010 il *turnover* risulta di +18 unità, in ragione di un saldo positivo tra dipendenti in ingresso (89 nel 2010 vs 99 nel 2009) e dipendenti in uscita (71 nel 2010 vs 54 nel 2009).

Tabella 4.9 - Modalità di reclutamento e cause di cessazione nell'AUSL di Imola. Anno 2010

ANNO 2010 - Modalità di reclutamento	TOT.
ASSUNZIONE INCARICO STRUTTURA COMPLESSA	1
RIAMMISSIONE IN SERVIZIO	1
TRASFERIMENTO DA ALTRO ENTE	16
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBL. CONTINUITA' TEMPO DETERM.	10
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA	57
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA CON COMANDO/COLLAB.	4
Totale	89

ANNO 2010 - Cause di cessazione	TOT.
RECESSO DEL DIPENDENTE	12
RECESSO DELL'ENTE	1
RECESSO PER PENSIONAMENTO ANZIANITA'/VECCHIAIA	45
TERMINE RAPPORTO-FINE ASPETT. ENTE ESTERNO	5
TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE	8
Totale	71

In conclusione della "carta d'identità", si propongono nelle Tabelle 4.9 i *focus* dei precedenti dati "dipendenti in ingresso" e "dipendenti in uscita", riferiti al 2010, rispettivamente per modalità di reclutamento e cause di cessazione. Per le prime (modalità di reclutamento) come da "natura" del lavoro dipendente aziendale, prevale in modo sostanziale l'utilizzo di graduatoria (71 su 89); per le seconde (cause di cessazione) il pensionamento risulta prevalente.

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

Il processo di riorganizzazione avviato con l'adozione del nuovo Atto Aziendale in attuazione della L.R. n. 29/2004 prosegue anche nel 2010, trovando nella programmazione, con il fondamentale apporto della Giunta del Circondario Imolese, gli indirizzi di carattere generale di politica per la salute e nella gestione e buon uso delle risorse da parte dell'Azienda, nella responsabilità dei professionisti e nel governo clinico, gli strumenti idonei per un servizio sanitario efficiente, umano, di qualità, sicuro, capace di fornire prestazioni in maniera appropriata, tale da garantire l'inderogabile diritto dei cittadini alla salute nel rispetto della dignità e della libertà della persona.

Di massima rilevanza in tutto questo è il ruolo dei professionisti della sanità, che, come ribadito nella bozza del Piano Strategico Aziendale 2010-2013 "rappresentano il patrimonio più grande della nostra organizzazione, e saranno sempre più chiamati in futuro a disporre di determinati livelli di conoscenza e competenza" in ambito tecnico, gestionale e normativo, da mettere in atto nella pratica operativa e che dovranno andare di pari passo con una forte motivazione e con corrette modalità di relazione in ambito lavorativo.

Rispetto a tutto ciò va sottolineato il ruolo del Collegio di Direzione che non assolve solamente funzioni consultive verso il vertice aziendale, ma ne condivide la responsabilità dell'attività sanitaria e di un efficiente governo clinico. In particolare il Collegio di direzione, secondo quanto declinato nell'Atto Aziendale, assume un ruolo strategico nella elaborazione di proposte e nella conseguente attuazione, in materia di:

- organizzazione e sviluppo dei servizi;
- attività di formazione e politiche di valorizzazione delle risorse umane;
- programmi di ricerca ed innovazione tecnologica;
- organizzazione e svolgimento della libera professione;
- tempi di attesa;
- gestione del rischio.

Il risultato dell'ampio coinvolgimento dei professionisti nell'individuazione delle strategie per la miglior gestione aziendale ha arricchito il percorso di condivisione attuato all'interno dell'Azienda Sanitaria, anche attraverso le componenti professionali del Collegio di Direzione e dei Comitati di Dipartimento, percorso che ha permesso la raccolta di diversi contributi cercando di coniugare l'ambizione delle strategie con la fattibilità delle stesse, e che rappresenta la strada che l'Azienda, insieme ai suoi professionisti e all'intera comunità, intende percorrere per completare il suo processo di risanamento, ammodernamento e sviluppo.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

Nell'AUSL di Imola esiste un sistema di gestione integrata del rischio di infortuni. In caso di infortunio viene effettuata la denuncia *on line* e viene effettuata una intervista inchiesta interna. L'analisi è effettuata su base annuale, al fine della quantificazione del fenomeno. Nell'esercizio 2010 sono stati rilevati 149 infortuni totali, di cui 55 a rischio biologico (paragrafo 4.3.2).

Nel 2010 l'azienda ha partecipato alle gare per l'acquisizione di aghi di sicurezza al fine della riduzione del fenomeno infortunistico.

La normativa prevede che, dal 31.12.2010, vengano attuate iniziative volte a rilevare anche il rischio stress lavoro correlato ed a individuare le misure di prevenzione e protezione da adottare. Rispetto a quest'ambito l'AUSL di Imola ha applicato le linee guida prodotte a livello regionale, per le quali ha collaborato in sede di stesura. Al momento, in risposta alle eventuali richieste individuali esiste un servizio interno di Medicina preventiva/Medico competente, per valutare e seguire i singoli casi.

4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali

I dipendenti dell'AUSL di Imola, in base ai risultati acquisiti tramite la valutazione dei rischi e alle mansioni effettivamente svolte, vengono sottoposti a visita medica e accertamenti chimico, clinici e strumentali, con la periodicità prevista dal *Protocollo Sanitario del Medico competente*. Il Medico durante la visita informa i lavoratori sul significato degli accertamenti sanitari, cui sono sottoposti, sull'utilizzo corretto dei Dispositivi di Protezione Individuale e rilascia una copia degli esami effettuati. L'ambulatorio Medicina preventiva conserva le cartelle sanitarie individuali dei lavoratori, nel rispetto della *privacy* e del segreto professionale; è stata altresì implementata la cartella sanitaria informatizzata, che consente una gestione dinamica dei risultati degli accertamenti effettuati.

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

Nel 2010 le visite di "sorveglianza sanitaria" risultano complessivamente 570, in calo rispetto all'anno precedente (-12,6%); in calo anche le visite periodiche (-21,8%) mentre sono aumentate le visite preventive e straordinarie (su richiesta del singolo), pari al + 11%.

Tabella 4.10 - Attività di sorveglianza sanitaria dell'AUSL di Imola. Anni 2009 e 2010

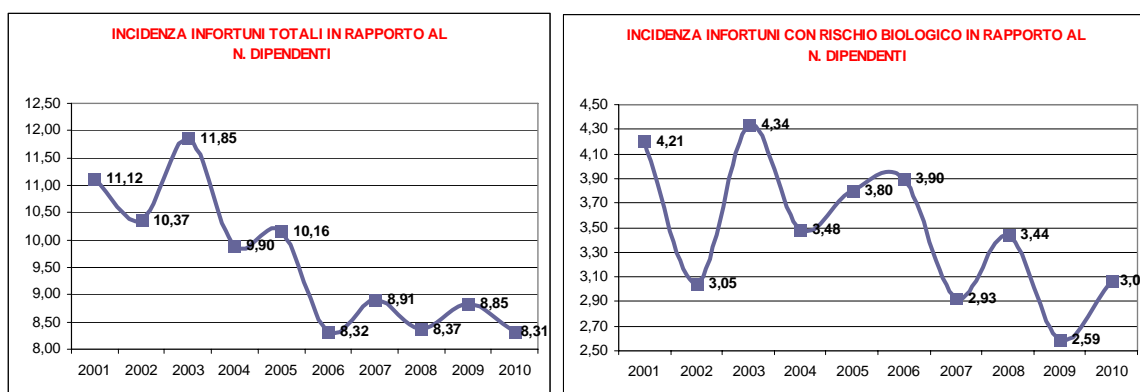
Attività di sorveglianza	2009	2010	Var assoluta	Var %
N° visite effettuate	652	570	-82	-12,6%
N° visite periodiche	367	287	-80	-21,8%
N° viste preventive + visite a richiesta	255	283	28	11,0%

Dei 652 dipendenti visitati nel corso del 2009, 51 sono risultati idonei con prescrizioni o raccomandazioni, e 42 parzialmente inidonei temporanei o permanenti.

4.3.2 Andamento del fenomeno infortunistico

Nei Grafici 4.11 si evidenziano i *trend* di lungo periodo, relativi all'incidenza generale di infortuni e all'indice degli infortuni con rischio biologico, rapportati ai dipendenti dell'AUSL di Imola (2000-2010). Durante l'anno in esame sono stati rilevati complessivamente 149 infortuni, di cui 55 a rischio biologico: l'indice di incidenza per gli infortuni totali è di 8,31% e per gli infortuni a rischio biologico risulta pari a 3,07%.

Grafici 4.11 - Incidenza di infortuni di dipendenti nell'AUSL di Imola. Periodo 2001-2010



4.4 Formazione

È continuato nel corso del 2010 il percorso di implementazione necessario per dare piena attuazione a quanto stabilito nel regolamento attuativo dell'Atto Aziendale. Un particolare investimento in termini di risorse è stato dedicato allo sviluppo del sistema informatico che facilitasse l'accesso alle informazioni relative alla formazione. Informazioni necessarie ai professionisti con responsabilità gestionali per governare la formazione all'interno del Dipartimento e informazioni disponibili per il singolo professionista per gestire il proprio percorso di sviluppo professionale e formativo. Le aree in cui si è realizzata la programmazione formativa aziendale sono:

- Formazione continua. In quest'area le due priorità affrontate sono state: 1) implementare una reportistica completa e fruibile per sostenere l'esercizio delle responsabilità assegnate ai Direttori di Dipartimento sulle attività di specie; 2) condividere con i Referenti della Formazione di Dipartimento il data set di informazioni necessarie per sostenere ed accompagnare il loro ruolo agito all'interno del Dipartimento; 3) strutturare una reportistica particolareggiata ed utilizzabile da parte del dipendente relativamente all'attività formativa fruita.
- Collaborazione alla Formazione Universitaria. Questa area si è ulteriormente consolidata nel corso dell'anno, anche a fronte dell'incremento del numero di studenti in ingresso nel Corso di Laurea in infermieristica (passati nell'A.A. 2009/2010 da 30 unità a 60 unità), sviluppando forme importanti di collaborazione con altre Facoltà presenti sul territorio, per garantire la necessaria collaborazione e integrazione con i corsi del Plesso didattico dell'Università di Bologna presso Palazzo Vespignani (Sezione 6, paragrafo 6.5);
- Collaborazione con altri Enti di Formazione, per quanto attiene la formazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica;
- Formazione a favore di soggetti esterni all'Azienda, che - in virtù dei rapporti di forte collaborazione tra l'AUSL e il Territorio - richiedono interventi formativi soprattutto sui temi del primo soccorso.

4.4.1 Pianificazione dell'attività formativa

In linea con quanto definito all'interno del Regolamento attuativo dell'Atto Aziendale (Delibera Aziendale n. 4 del 14/01/2009) e con quanto già introdotto nell'anno precedente, contestualmente al processo di budget dell'anno 2010, è stato sviluppato anche il percorso per la programmazione delle attività formative e l'elaborazione del Piano Aziendale di Formazione (PAF).

La riflessione avviata in Azienda sul ruolo della Formazione come strumento di gestione, unita agli stimoli forniti dalle visite di Accredimento istituzionale ricevute, richiamano l'attenzione sul fatto che la programmazione degli eventi formativi da inserire nel PAF deve essere preceduta da una

puntuale ed appropriata analisi dei fabbisogni formativi rispetto alle criticità organizzative e alle prospettive di miglioramento/sviluppo.

La formazione continua è all'interno delle organizzazioni sanitarie uno dei possibili strumenti per contribuire al raggiungimento degli obiettivi strategici definiti a livello aziendale e/o Dipartimentale. È anche una attività tipica di tutte le AUSL e AO del Sistema Sanitario Regionale, indispensabile per garantire nel tempo la qualità e l'innovazione dei servizi. E' anche uno strumento importante di cambiamento dei comportamenti, individuali e collettivi, necessario per promuovere lo sviluppo professionale. Il sistema ECM rafforza quanto definito in questa breve premessa poiché è un meccanismo che assicura la formazione continua, finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e a supportare i comportamenti degli operatori sanitari, con l'obiettivo di coniugare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza dell'assistenza. Si ricorda che l'AUSL di Imola è *Provider ECM*, ossia - a livelli nazionale e regionale - può proporre attività formative da accreditare, realizzare iniziative, e rilasciare le certificazioni riportanti il numero dei crediti direttamente ai partecipanti.

Il Piano della Formazione (PAF) rappresenta lo strumento principale di programmazione delle attività formative e costituisce pertanto il "cuore" del sistema di governo della Formazione, in quanto valorizza la formazione in funzione degli obiettivi strategici, del modello organizzativo e delle esigenze del personale, sia collettive sia individuali.

Questo documento ufficiale viene elaborato contestualmente al processo di budget ed è predisposto dal Collegio di Direzione, con periodicità annuale: è composto dall'analisi dei bisogni formativi delle figure professionali interessate, dalla definizione degli obiettivi prioritari e dalla descrizione delle strategie e delle azioni previste, sotto il profilo della progettazione, erogazione e della valutazione degli effetti, rispetto agli obiettivi iniziali; contiene altresì la formalizzazione del budget delle risorse economiche da dedicare alla formazione del personale e gli orientamenti gestionali di realizzazione. Il PAF risponde alle seguenti finalità:

- integrare la programmazione formativa con le strategie dell'Azienda e le politiche di gestione;
- programmare la formazione in sintonia e coerenza ai processi di innovazione tecnologica e clinico-organizzativa;
- permettere una visione organica delle risorse/attività;
- governare le spinte dei diversi attori coinvolti;
- selezionare correttamente i partecipanti alle attività formative per un utilizzo razionale e mirato delle risorse;
- supportare il processo di monitoraggio e valutazione gestionali per migliorare la successiva programmazione.

Il percorso che ha portato alla definizione del PAF 2010 è stato articolato nelle fasi di seguito descritte.

a) Fase propedeutica all'avvio della rilevazione dei bisogni formativi. Coerentemente con la riflessione avviata negli anni precedenti relativamente alla situazione "monte crediti ECM", maturati da ogni professionista, e tenuto conto di quanto sancito nell'Accordo Stato Regioni per il triennio 2008-2010, preliminare all'avvio della rilevazione del fabbisogno formativo, sulla base delle informazioni disponibili, è stata condotta una valutazione sugli anni 2008 e 2009 per garantire una equa distribuzione dei crediti tra i dipendenti dell'Azienda. L'Accordo Stato Regioni, siglato il 1/08/2007, "Riordino del sistema di formazione continua in medicina" stabilisce che ogni operatore sanitario debba acquisire 50 crediti all'anno (minimo 25; massimo 70) per un totale di 150 crediti formativi nel triennio 2008-2010; di questi, almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di quelli acquisiti negli anni della sperimentazione (2004-2007), indipendentemente dal numero totale di crediti maturati.

Sono state poi affrontate le criticità emerse durante l'anno precedente, in termini di pianificazione e programmazione degli eventi formativi e con riguardo alle compatibilità organizzative; ci si è confrontati in merito agli obiettivi di sviluppo aziendale, al sistema di finanziamento della formazione aziendale, alla scarsa diversificazione di tipologie di formazione utilizzate, e agli istituti contrattuali usufruiti, da parte del personale, per accedere alla formazione esterna.

Nella seduta di Dicembre 2010 il Collegio di Direzione ha approvato le aree tematiche prioritarie, e puntualmente:

- Sostenere l'applicazione del Regolamento dell'Atto Aziendale.
- Proseguire i percorsi di Accreditamento.
- Implementare l'applicazione della normativa in termini di sicurezza sul lavoro e l'applicazione della gestione del rischio.
- Implementare e/o completare i percorsi clinico-assistenziali (scompenso cardiaco, percorso oncologico, percorso stroke, BPCO, accettazione/dimissione LD, patologie gastroenterologiche).
- Sostenere l'applicazione di modello organizzativo per gradualità delle cure.
- Potenziare l'appropriatezza nel ricorso alla specialistica (governo delle liste di attesa)
- Sviluppare l'accoglienza all'interno dei servizi/UU.OO.
- Potenziare le sinergie tra ospedale e distretto.

Unitamente alle linee strategiche - nella fase pre-rilevazione del fabbisogno formativo - il Collegio di Direzione ha altresì confermato: un'equa distribuzione dei crediti ECM tra i diversi operatori afferenti ai Dipartimenti, validando un *range* di riferimento, già fissato per l'anno 2008, entro cui posizionarsi nell'anno, tale da poter garantire la programmazione della formazione da conseguire nel periodo ECM 2008-2010; una maggiore diversificazione delle tipologie (residenziale, sul campo, mista, FAD) in relazione agli obiettivi specifici delle singole iniziative; un maggiore utilizzo di tutti gli istituti contrattuali che consentono l'accesso alla formazione esterna.

b) Rilevazione dei bisogni formativi. Lo Staff Formazione ha presentato ai Dipartimenti gli obiettivi della formazione e i criteri di priorità per la raccolta del fabbisogno formativo, sulla base delle

previsioni generali e degli obiettivi aziendali, di cui alla fase a), ed è stata consegnata la scheda di macroprogettazione da utilizzare per portare a sintesi le proposte formative dipartimentali. La scheda consente la raccolta di una serie di informazioni su: motivazione che sostiene la necessità di attivare un evento formativo; titolo dell'iniziativa; tipologia di formazione (residenziale esterna, interna, sul campo, etc.); obiettivi previsti; Responsabile dell'evento; monte ore previsto; crediti ECM presunti; numero di edizioni; numero partecipanti e loro qualifica; Unità Operativa/Struttura a cui è destinata l'iniziativa e risultato atteso (in termini di ricaduta organizzativa).

Le Unità Operative/Strutture hanno effettuato l'analisi del loro bisogno formativo e formulato proposte che sono state raccolte e valutate, in termini di priorità e coerenza con gli obiettivi di Dipartimento, dal Direttore di Dipartimento stesso.

c) Assegnazione risorse. In sede di negoziazione di *budget* sono poi stati definiti gli obiettivi specifici di Dipartimento e sono state assegnate le risorse.

d) Formulazione PAF e sua approvazione. Al termine delle negoziazioni, lo Staff Formazione ha formulato una ipotesi di PAF, presentata al Collegio di Direzione per l'approvazione, con evidenza delle risorse economiche disponibili e delle singole schede di macroprogettazione dei Dipartimenti. Dopo il successivo invio in visione a tutte le OO.SS., il PAF è stato formalmente deliberato dal Direttore Generale in data 12/08/2010.

4.4.2 Tipologie delle attività di formazione

Le tipologie di formazione utilizzate nel corso del 2010 sono: (i) formazione residenziale interna; (ii) formazione esterna; (iii) formazione sul campo; (iv) formazione a distanza; (v) aggiornamento tramite documentazione scientifica (Biblioteca).

La formazione residenziale interna è rappresentata da tutti gli eventi progettati, gestiti, realizzati e valutati all'interno dell'Azienda. L'AUSL di Imola privilegia tale tipologia di formazione, per le tematiche possibili, e anche promuovendo la collaborazione tra Aziende. Particolarmente significativa, su mandato della Direzione Operativa dell'Area Vasta Emilia Centro, è l'esperienza avviata nell'anno 2010 relativamente alla definizione dei bisogni formativi trasversali di Area Vasta degli operatori afferenti ai Dipartimenti Amministrativi e la successiva realizzazione degli eventi formativi distribuiti equamente a livello periferico dalle Aziende Sanitarie di riferimento.

La macroprogettazione degli eventi è predisposta in fase di analisi del fabbisogno formativo, e - superate le validazioni di qualità previste dalle procedure aziendali - viene rappresentata all'interno del PAF. Sono ricompresi in questa tipologia formativa: i corsi, i convegni, i congressi, le conferenze, le giornate di studio e i seminari. Nel 2010 l'Azienda ha realizzato 166 corsi di formazione interna rivolti ai propri dipendenti.

La formazione esterna si connota come una "modalità complementare", per i casi in cui il fabbisogno non sia intercettato da attività formative interne o perché particolarmente specialistico o per il limitato numero di dipendenti da coinvolgere. Tale modalità di formazione comporta la

partecipazione individuale a iniziative di aggiornamento organizzate da terzi, nelle stesse forme di: corsi; convegni; congressi; seminari; etc.. La formazione viene autorizzata, in base alla categoria professionale di appartenenza del richiedente, dal Direttore o Responsabile Infermieristico di Dipartimento raccolti i pareri del Referente della Formazione e del Responsabile di riferimento della Struttura a cui il professionista afferisce. Le iniziative esterne si distinguono in "aggiornamento obbligatorio", nei casi in cui prevale l'interesse dell'Azienda, e "aggiornamento facoltativo" nei casi in cui prevale l'interesse del singolo operatore.

La formazione sul campo si realizza contestualmente all'attività lavorativa, mediante esperienze *on the job*, che modificano e arricchiscono le pratiche e le prassi. Rientrano in tale tipologia formativa - e possono pertanto essere valorizzate anche con il rilascio di crediti ECM - i gruppi di miglioramento, le partecipazioni ai Comitati, gli *audit* clinici e organizzativi, gli addestramenti, le partecipazioni a ricerche. Il Sistema ECM approvato dalla RER sostiene la valorizzazione di tale tipologia di formazione come elemento essenziale dei processi di Formazione Continua.

Nel 2010 l'AUSL di Imola ha potenziato questa tipologia di formazione realizzando 49 iniziative di formazione sul campo.

La formazione a distanza (FAD) riguarda tutte le modalità con cui le attività ECM possono essere trasmesse da utenti localizzati in sedi diverse da quelle in cui opera il docente/formatore. Queste sedi sono di solito molteplici e la fruizione può essere individuale o a gruppi, e avviene in tempi diversi dalla docenza, scelti singolarmente da ogni utilizzatore. La FAD è basata sulla preparazione di eventi formativi mediante l'utilizzo di materiali durevoli (cartacei, audio, video, informatici, elettronici, multimediali) che consentono la ripetitività illimitata della fruizione. Dal 2007 l'AUSL di Imola è membro del Consorzio MED3, insieme alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna, al Cineca, alle Aziende USL e Ospedaliera di Bologna e all'Istituto Ortopedico Rizzoli, questa opportunità ha permesso di erogare all'interno dell'Azienda alcuni pacchetti di formazione a distanza, e in particolare è stato progettato e realizzato 1 corso per MED3: *La Comunicazione con il paziente: aspetti teorici*.

Nel 2010 sono state circa 467 le occasioni fruite di frequenza ai corsi FAD, per un totale di 5.234 crediti ECM maturati.

L'aggiornamento tramite documentazione scientifica – che avviene essenzialmente nell'ambito del Servizio Biblioteca - pone quale principale obiettivo la facilitazione dell'accesso alle conoscenze, tramite il corretto utilizzo dell'informazione scientifica. La riqualificazione della Biblioteca aziendale è avvenuta grazie all'utilizzo dell'informatica e del *web*, che hanno consentito la razionalizzazione del patrimonio, la conversione di gran parte delle riviste scientifiche (da cartaceo a elettronico) e l'acquisizione di competenze, per l'utilizzo di corrette metodologie di ricerca in ambito *Evidence Based Medicine*, da parte dei professionisti addetti.

Nel 2010, in linea con quanto già registrato negli anni passati, si conferma il trend in aumento di utilizzo e apprezzamento dei servizi offerti. Sono stati 261 gli accessi alla Biblioteca contro i 215 dell'anno precedente e le richieste via *e-mail*, registrando un incremento pari a n. 46 accessi, di

cui 159 le consulenze e/o *tutoring* ai professionisti che consultano le banche dati e le risorse in rete, registrando così un incremento pari a 114 consulenze rispetto all'anno precedente. La fruizione delle risorse informative è facilitata anche dalla possibilità di accedere alla rete aziendale tramite apposita pagina, per tutti gli utenti abilitati - che al 31/12/2010 risultano 2227 - mentre gli utenti dell'AUSL di Imola abilitati all'accesso al portale della formazione, al 31/12/2010, risultano circa 1780.

Figura 4.12 - Pagina intranet dell'AUSL di Imola per accedere ai servizi *online* della Biblioteca



Complessivamente si sono registrati 4.028 accessi alle risorse *online* (catalogo AtoZ Ebsco e direttamente sul sito dell'editore CODIFA, New England Journal of Medicine, Nature..) contro i 3.600 dell'anno 2009 e 2.985 dell'anno 2008. Un particolare impegno è stato necessario per garantire l'accesso ad alcune risorse del Catalogo anche al personale che non è abilitato all'utilizzo internet a seguito dell'applicazione del *Disciplinare sull'utilizzo delle strumentazioni elettroniche*, che regola e limita gli accessi a internet dalle postazioni aziendali. Si è ulteriormente potenziata la rete di collaborazione con altre Biblioteche nazionali e regionali: 184 le richieste di articoli scientifici verso altre biblioteche (*document delivery*) contro le 145 dell'anno precedente e 8 le richieste di articoli scientifici da altre biblioteche.

L'attività in oggetto è stata in parte sollecitata anche dall'aumentato numero di studenti frequentanti i corsi universitari presso l'AUSL di Imola, che si rivolgono sempre di più al Servizio della Biblioteca: 102 sono stati gli accessi di studenti dei corsi universitari per ricerche scientifiche, recupero di materiale bibliografico e supporto alla stesura delle tesi, contro i 62 dell'anno precedente.

Dal 2008 l'AUSL di Imola, in base ad alcune valutazioni su costi ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, non aderisce più al progetto "Biblioteca Metropolitana *online*", gestendo direttamente e in autonomia le risorse editoriali necessarie al proprio fabbisogno, attraverso l'implementazione di un catalogo virtuale di oltre 7.000 riviste *online* e 8 banche dati medico-scientifiche; è invece continuata la collaborazione con il gruppo afferente all'ex Consorzio GOT (costituito da 12 Aziende

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

Sanitarie dell'Emilia Romagna) per l'acquisizione consortile e la gestione aggregata di risorse informative selezionate e valutate, fino al 2010. E' stata altresì garantita fattiva collaborazione al network regionale per la documentazione in sanità relativamente al gruppo di acquisti risorse. Infine, in tabella 4.13 si riportano, per profilo professionale di partenza e titolo di studio da conseguire, i 23 dipendenti che nel 2010 hanno beneficiato del Diritto allo Studio.

Figura 4.13 – Dipendenti beneficiari del Diritto allo Studio. Anno 2010

Profilo	N.ro dipendenti	Corso
O.T.A.	1	Diploma di qualifica O.S.S.
O.S.S.	2	Laurea
Operatore Tecnico autista ambulanza	1	Diploma maturità
Infermiere	1	Diploma maturità
Infermiere	1	Laurea Specialistica
Infermiere	8	Master
Ostetrica	1	Master
Infermiere Esperto	3	Master
Tecnico radiologia	2	Laurea Specialistica
Tecnico Audiometria	1	Laurea Specialistica
Assistente Sanitaria	1	Laurea
Tecnico neuropsicomotricità	1	Master
Totale	23	

4.4.3 Valutazione dell'attività formativa

Diversi sono i livelli di valutazione dell'attività formativa realizzata dall'AUSL di Imola: (i) in conformità a quanto richiesto dal sistema ECM, per tutti i corsi realizzati viene effettuata una valutazione di gradimento, livello di apprendimento e qualità della docenza; (ii) nella relazione finale del Responsabile del Corso, si esprime una valutazione sintetica sul raggiungimento degli obiettivi didattici e sul grado di adesione al programma formativo, con indicazione delle prospettive di sviluppo emerse al termine dell'esperienza e proposte da corsisti e docenti.

Un ulteriore livello di valutazione riguarda la ricaduta "gestionale" della formazione, espressa in *report* elaborati contestualmente alla reportistica *budget*. In particolare, nel 2010, sono stati forniti ai Direttori di Dipartimento dati relativi a:

- andamento economico del *budget* assegnato per la formazione, con il dettaglio della spesa per iniziative esterne e interne;
- numero crediti ECM acquisiti da parte dei dipendenti, rispetto al dato certo registrato nell'applicativo aziendale, unitamente alla stima dei crediti ECM generati dalla formazione esterna autorizzata o da percorsi FAD MED3;
- monte ore registrato con causale "*presenza in Formazione*" (interna ed esterna);
- gradi di realizzazione del PAF e di assorbimento del *budget* specifico dipartimentale;
- dettaglio delle iniziative interne realizzate o frequentate, e delle partecipazioni a iniziative esterne, per singolo professionista.

Contestualmente alle visite di Accreditamento di alcuni Dipartimenti è stata potenziata anche la valutazione delle ricadute organizzative generata dalla realizzazione di eventi formativi all'interno

del Dipartimento stesso, verificando la coerenza fra la fase di microprogettazione dell'evento realizzato ed i risultati effettivamente concretizzati attraverso l'identificazione di evidenze documentabili.

4.4.4 Attività formativa 2010 "in cifre"

Nell'anno in esame gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano: 1.246 dipendenti, su un totale di 1.869 (pari al 67%); 167 medici convenzionati.

L'AUSL di Imola ha realizzato 166 iniziative formative rivolte al personale dipendente (117 residenziali e 49 di formazione sul campo) che hanno dato origine a 274 edizioni, di cui 266 accreditate presso la Commissione Regionale ECM; 8 corsi non accreditati, sono state rivolte a personale non soggetto a obbligo ECM. In totale sono state frequentate 33.351 ore di formazione per i corsi interni aziendali, e sono state erogate circa 1034 ore di docenza, svolte da dipendenti, nei percorsi di formazione residenziale. Oltre a quanto riportato, sono state realizzate 7 iniziative formative che hanno dato luogo a 17 edizioni rivolte al personale convenzionato (MMG, Sumaisti, Guardia Medica), accreditate presso la Commissione Regionale ECM, per un totale di 76 ore di docenza e una presenza complessivamente di 1489 partecipazioni. Sempre presso la Commissione Regionale ECM sono stati accreditati 17 eventi, articolati in 22 edizioni, progettati dall'Agenzia Sanitaria Regionale e da altri settori della Regione.

L'AUSL di Imola ha inoltre progettato e realizzato 2 corsi riguardanti i temi della sicurezza, che hanno visto la partecipazione di 40 cittadini. Per quello che attiene il *Progetto Pronto Blu* (defibrillazione precoce) rivolto a personale laico, sono state 70 le persone in formazione, provenienti da Ditte, Istituzioni, Enti del Nuovo Circondario Imolese; nel corso dell'anno sono stati realizzati: sei iniziative di prima formazione e 10 edizioni di *re-training*, per complessive 55 ore di docenza.

Tabella 4.14 - Iniziative formative realizzate, distribuite per macroaree. Anno 2010

SOGGETTI DESTINATARI	MACROAREA	CORSI	EDIZIONI	CORSI NON Accreditati ECM	CORSI Accreditati ECM con Ministero	CORSI Accreditati ECM con RER	EDIZIONI Accreditate ECM con RER
Dipendenti	Accreditamento	4	4	0	0	4	4
	Comunicazione/relazionale	20	22	1	0	19	21
	Governo Clinico/Rischio Clinico	18	67	1	0	17	66
	Manageriale/Organizzativa	17	27	0	0	17	27
	Professionale	107	154	6	0	101	148
	Totale	166	274	8	0	158	266
Esterni convenzionati	Sicurezza rivolto a MMG	1	8	0	0	0	0
	Professionale rivolto a MMG	5	8	0	0	0	0
	Comunicazione /relazione rivolto a MMG	1	1	0	0	0	0
	Totale	7	17	0	0	0	0
ASSR/Regione	Totale	17	22	0	1	16	19
ESTERNI	Progetto defibrillazione precoce (Pronto Blu)	1	6	1			
	116 ore di formazione (Pronto Blu)	1	10	1			
	Defibrillazione	1	2	1			
	Sicurezza Aziendale 11 formazione	1	2	1			
	Totale	3	18	3			
Totale Generale		193	331	11	1	174	285

L'attività formativa realizzata a livello aziendale ha rispettato le indicazioni formulate dal Collegio di Direzione: i temi trattati (Tabella 4.14) rientrano nelle aree di priorità individuata; le tipologie di

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

formazione sono state diversificate, valorizzando anche la formazione sul campo attraverso le 49 iniziative formative; l'utilizzo della FAD si consolida e si distribuisce tra diverse figure professionali complessivamente pari a 467 partecipazioni, maturando complessivamente 5.234 crediti ECM, come rappresentato in Tabella 4.15.

Tabella 4.15 – Figure professionali che hanno partecipato ad iniziative FAD. Anno 2010

PROFESSIONE	CREDITI EROGATI	CERTIFICATI EMESSI
Assistente sanitario	8	1
Biologo	69	5
Chimico	23	2
Dietista	60	4
Fisioterapista	174	20
Infermiere	3.966	349
Infermiere pediatrico	80	7
Medico chirurgo	408	38
Ostetrica/o	53	4
Neo assunti dipendenti sanitari dell'AUSL di Imola	66	6
Tecnico audiometrista	15	1
Tecnico della prevenzione nell'amb. di lavoro	23	2
Tecnico di neurofisiopatologia	30	2
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	238	24
Tecnico sanitario di radiologia medica	21	2
Totale	5.234	467

A seguito della attività formativa interna pianificata, progettata e realizzata il "monte crediti" prodotto è pari a 34.456 e complessivamente il monte crediti registrato derivante anche da partecipazione ad attività di formazione esterna obbligatoria o frequentata a titolo personale, pari a 39.215 con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM di 31, in linea con le indicazioni fornite *ex ante* dal Collegio di Direzione.

Tabella 4.16 - Crediti ECM acquisiti al 31/12/2010, nell'Azienda USL di Imola

Personale 2010	N°	Crediti Formazione INTERNA	Crediti da docenza in formazione INTERNA e tutoraggio	Crediti Formazione ESTERNA*	Totale	Stima Monte crediti anno (media 30 crediti pro capite)	Media crediti pro capite raggiunta
Dipendenti con obbligo ECM	1.246	30.860	3.596	4.759	39.215	35.310	31,47
Convenzionato	167	2.920	122	0	3.042	5.010	18,22
Totale	1.413	33.780	3.718	4.759	42.257	40.320	29,91

I dati riportati in Tabella 4.16 fanno riferimento a quanto registrato al 31/04/2011: il dato sulla formazione interna è da ritenersi completo, mentre quello relativo alla formazione esterna accreditata non può essere considerato esaustivo, in quanto si è registrata solo la documentazione pervenuta allo Staff Formazione.

La distribuzione dei crediti e delle ore all'interno dell'assetto organizzativo aziendale è quella indicata nella tabella sotto riportata (Tabella 4.17).

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

Tabella 4.17 - Distribuzione crediti ECM ed ore fruite in formazione a livello dell'organizzazione Aziendale

Dipartimento/Direzione Tecnica	N° dipendenti con OBBLIGO ECM	N° dipendenti SENZA obbligo ECM	N° Totale dipendenti	Totale crediti ECM maturati in F. INTERNA	Totale crediti ECM maturati in FSC	Totale crediti ECM maturati in DOCENZA	Totale crediti ECM maturati in TUTORAGGIO	Totale crediti ECM registrati in F. ESTERNA	Totale crediti registrati con Formazione OBBLIGATORIA (interna + esterna)	Credito Medio pro capite con F. Obbligatoria	Totale crediti ECM registrati in F. SPOT	Totale crediti ECM registrati in F. ESTERNA + SPOT	CREDITI ECM TOTALI	Credito Medio pro capite con F. Obbligatoria e individuale	ORE in Formazione INTERNA (registrata con causale PRO)	ORE in Formazione ESTERNA (registrata con causale PRO)	ORE TOTALI in Formazione	Ore medie in formazione pro capite
DIREZIONE GENERALE	18	29	47	640	46	313	6	40	1055	56,61	0	40	1055	56,61	1156,16	703	1859,14	39,56
DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA	4	1	5	46	24	83		15	168	42,00	50	50	218	54,50	69,67	127,77	197,44	39,49
DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA	8	17	25	72	15	8		13	108	13,60	4	17	112	14,00	271,87	361,8	633,67	25,35
DIPARTIMENTO AMM.VO E TECNICO		213	213												3267,44	1669,35	5136,81	24,12
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	73	66	139	1389	157	98		35	166	25,27	27	193	1872	25,64	1863,77	990,96	2844,73	20,47
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	187	39	226	3645	630	114	174	571	5134	27,45	200	771	5334	28,52	3171,87	2495,32	5577,18	24,68
DIPARTIMENTO MEDICO	219	65	284	4034	1132	288		321	947	30,69	267	1214	6889	31,91	5239,45	3070,58	8310,03	29,26
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	151	27	178	2349	735	6	249	505	3844	25,46	40	545	3884	25,72	1471,12	1200,25	2671,37	15,01
DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	227	64	291	4381	2136	935	329	556	8337	36,73	59	615	8396	36,99	6459,9	2169,61	8649,46	29,72
DIREZIONE DISTRETTO	2	8	10	2					2	1,00				1,00	72,59	34,43	107,02	10,70
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	87	8	95	1844	216	104		86	337	28,74	254	591	2841	32,66	1452,26	1640,78	3093,05	32,56
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	112	47	159	3494	209	40		198	191	4132	39	230	4171	37,24	4116,1	1019,76	5135,85	32,31
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	103	25	128	2006	59	54		93	159	2371	76	235	2447	23,76	3245,97	1593,63	4839,6	37,81
DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA	52	14	66	1489	100	26		21	249	1885	9	258	1894	36,42	1457,27	1705,16	3162,39	47,92
Montecatone R. Institute Spa	3		3												33,5		33,5	11,17
Totale	1246	623	1869	25399	5461	2069	1927	3734	38190	30,65	1025	4759	39215	31,47	33380,94	18902,42	52283,24	27,96

Ciò detto, in Tabella 4.18 si riportano i crediti ECM maturati nel 2010, scomposti per profili professionali (in riga) e per posizionamento nei *range* 0-19, 20-50, >50 (in colonna).

Tabella 4.18 - Grado di copertura ECM nell'AUSL di Imola. Anno 2010

Professioni	Dipendenti con obbligo ECM al 31/12/2010	Professionisti che hanno conseguito da 0 a 19 crediti	Professionisti che hanno conseguito da 20 a 50 crediti	Professionisti che hanno conseguito oltre 50 crediti
assistente sanitario	15	9	5	1
biologo	10	4	3	3
chimico	1	1	0	0
dietista	4	1	1	2
educatore professionale	5	3	1	1
farmacista	7	4	2	1
fisico	0	0	0	0
fisioterapista	29	6	18	5
igienista dentale	0	0	0	0
infermiere	750	212	381	157
infermiere pediatrico	0	0	0	0
logopedista	7	1	5	1
medico chirurgo	265	167	79	19
odontoiatra	0	0	0	0
odontotecnico	0	0	0	0
ortottista	2	0	2	0
ostetrica/o	21	9	12	0
ottico	0	0	0	0
podologo	0	0	0	0
psicologo	17	9	6	2
tecnico audiometrista	2	0	2	0
tecnico audioprotesista	0	0	0	0
tecnico prevenzione nell'amb. di lavoro	19	3	4	12
tecnico di neurofisiopatologia	4	2	2	0
tecnico edu. e riabilit. psych. e psicosoc.	0	0	0	0
tecnico fisiopat. cardioc. e perf. cardiop.	0	0	0	0
tecnico ortopedico	0	0	0	0
tecnico sanitario di laboratorio biomedico	39	12	23	4
tecnico sanitario di radiologia medica	37	25	8	4
terapista neuro e psicomotricità età evolutiva	2	0	2	0
terapista occupazionale	0	0	0	0
veterinario	10	3	6	1
Totale	1.246	471	562	213
% su totale dipendenti obbligo ECM		37,8%	62,2%	

I dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2010 per la realizzazione delle varie iniziative sono:

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

- n. 68 dipendenti a cui sono state affidate funzioni di coordinamento/direzione di corso;
- n. 150 dipendenti a cui sono stati affidati incarichi di docenza per la formazione continua;
- n. 33 dipendenti a cui sono stati affidate funzioni di *tutoring* per la formazione continua, iniziative di formazione sul campo,
- n. 136 professionisti esterni a cui sono stati affidati incarichi di docenza/relatore.

Il 51% degli operatori assegnati in modo stabile ai Dipartimenti Aziendali nell'arco del triennio ECM (2008-2010) ha registrato almeno 90 crediti, così come previsto dalla normativa di riferimento, attraverso la sola formazione obbligatoria (partecipazioni ad iniziative interne e/o esterne). Tale percentuale aumenta se si considerano anche i crediti maturati attraverso l'attività di docenza dei singoli professionisti, nonché le attività di tutoraggio e la formazione fruita a livello individuale in modo autonomo.

Tabella 4.19 - Raggiungimento monte crediti attraverso la sola formazione obbligatoria. Periodo 2008-2010

		n. operatori SEMPRE PRESENTI nel triennio nel Dip.	n. operatori con ALMENO 30 ECM (da 30 a 59)	n. operatori con ALMENO 60 ECM (da 60 a 89)	n. operatori con ALMENO 90 ECM (da 90 a 150)	n. operatori con oltre 150 ECM
Dipartimento Sanità Pubblica	Comparto	26	6	3	13	3
	Dirigenza	21	4	5	4	1
Dipartimento Servizi intermedi	Comparto	93	19	38	30	1
	Dirigenza	18	2	4	10	1
Dipartimento Salute Mentale	Comparto	60	15	15	27	1
	Dirigenza	21	4	5	11	1
Dipartimento Cure Primarie	Comparto	95	15	23	47	7
	Dirigenza	10	2	2	6	
Dipartimento Chirurgico	Comparto	120	7	27	56	24
	Dirigenza	31	8	4	1	2
Dipartimento Medico	Comparto	113	17	36	40	17
	Dirigenza	34	8	6	7	4
Dipartimento Materno infantile	Comparto	51	9	13	22	5
	Dirigenza	19	4	7	8	
Dipartimento DEA	Comparto	133	14	20	46	48
	Dirigenza	48	17	10	9	1
Totale		893	151	218	337	116
					453	
					51%	

Sempre nel triennio di riferimento, per le diverse Aree Contrattuali, a livello aziendale l'andamento della registrazione delle ore fruita in formazione interna o esterna è andato stabilizzandosi negli ultimi due anni come evidenziato nella tabella sotto riportata.

Tabella 4.20 - Raggiungimento monte crediti attraverso la sola formazione obbligatoria. Periodo 2008-2010

ANNO	AREA	Ore registrate in formazione INTERNA	Ore registrate in formazione ESTERNA	ORE TOTALI REGISTRATE
2008	Area Comparto	23.292	6.492	42.787
	Area Dirigenza Medica	3.154	8.628	
	Area SPTA	365	856	
2009	Area Comparto	30.369	8.009	52.619
	Area Dirigenza Medica	4.709	7.954	
	Area SPTA	687	891	
2010	Area Comparto	29.971	9.957	52.254
	Area Dirigenza Medica	2.498	7.458	
	Area SPTA	882	1.488	

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

Tabella 4.21 - Incarichi didattici nell'ambito della Formazione Continua. Anno 2010

Formazione Continua: incarichi didattici	Dipendenti	Non Dipendenti	Totale
Docenti	150	136	286
Tutor	33	0	33
Direttore/Responsabile Corso rivolto a dipendenti	68	6	74
Totale	251	142	393

Alla formazione organizzata e gestita dall'AUSL di Imola ha partecipato, oltre al personale dipendente e convenzionato, anche personale esterno (Tabella 4.22).

Tabella 4.22 - Partecipanti alla Formazione Interna e crediti acquisiti. Anno 2010

Partecipazioni	n. operatori	Crediti acquisiti con Formazione Interna	Credito medio pro capite acquisito
Dipendenti AUSL	1.246	34.456	28
Convenzionati	167	3042	18
Esterni con debito ECM	326	3131	10
Totale	1.739	40.629	55

4.4.5 Costi della formazione

Il *Budget* complessivo per la Formazione aziendale è determinato dalla Direzione Generale, nel rispetto della *Circolare del Ministero per la Funzione Pubblica n. 14 del 24/04/1995* (ovvero, stanziamento pari ad almeno un punto percentuale del monte retributivo).

Il *Budget* 2010 si compone di:

- stanziamento aziendale destinato alla formazione in tutte le sue tipologie (interna, esterna, FAD);
- stanziamento aziendale per aggiornamento tramite documentazione scientifica (Biblioteca);
- fondi finalizzati/vincolati;
- fondi derivanti da sponsorizzazioni esterne (nel rispetto delle indicazioni sull'assenza dei conflitti di interesse).

Il *Budget* 2010 di importo complessivo pari a € 525.860, è stato suddiviso in:

- *budget* per il finanziamento della formazione strategica trasversale, ovvero delle iniziative promosse direttamente dalla Direzione Generale e/o dalle Direzioni Tecniche Aziendali;
- *budget* per la Biblioteca Aziendale;
- *budget* per il finanziamento della formazione promossa dai Dipartimenti.

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

Tabella 4.23 - Budget 2010 per la Formazione dell'AUSL di Imola

Strutture	Quota assegnata	% sul totale
Formazione trasversale	€ 126.860,00	24,1%
Direzioni Tecniche	€ 12.000,00	2,3%
Biblioteca Aziendale	€ 170.000,00	32,3%
Uffici di Staff	€ 15.000,00	2,9%
Dipartimento Sanità Pubblica	€ 13.000,00	2,5%
Dipartimento Materno Infantile	€ 10.000,00	1,9%
Distretto/ Dipartimento Cure Primarie	€ 13.000,00	2,5%
Dipartimento Salute Mentale	€ 35.000,00	6,7%
Dipartimento Amministrativo	€ 45.000,00	8,6%
Dipartimento Chirurgico	€ 20.000,00	3,8%
Dipartimento Medico	€ 20.000,00	3,8%
Dipartimento Emergenza Accettazione	€ 36.000,00	6,8%
Dipartimento Servizi Intermedi	€ 10.000,00	1,9%
Totale	€ 525.860,00	100%

Complessivamente nel 2010, rispetto ai previsti € 525.850 sono stati utilizzati € 427.290,62 da Fondo aziendale stanziato per la formazione e ulteriori € 67.496,78 da Fondi vincolati per un totale di € 494.787,40.

La ripartizione delle spese tra le Strutture aziendali, suddivisa tra formazione interna ed esterna, secondo l'Assetto organizzativo previsto dall'*Atto Aziendale*, è rappresentata in Tabella 4.24.

Tabella 4.24 - Spesa 2010 per la Formazione dell'AUSL di Imola

Strutture	Spesa per formazione interna		Spesa per formazione esterna		Totale
	Da budget	Fondi Vincolati	Da budget	Fondi Vincolati	
Formazione trasversale	€ 100.943,18	€ 37.666,10		€ 11.504,55	€ 150.113,83
Direzioni Tecniche	€ 4.074,18		€ 6.457,53		€ 10.531,71
Uffici di Staff	€ 6.160,16		€ 4.001,59		€ 10.161,75
Biblioteca Aziendale	€ 157.138,00				€ 157.138,00
Dipartimento Sanità Pubblica	€ 5.850,64		€ 6.279,67		€ 12.130,31
Distretto/Dipartimento Cure Primarie	€ 6.566,82	€ 14.495,11	€ 1.394,52	€ 2.473,02	€ 24.929,47
Dipartimento Salute Mentale	€ 8.696,73		€ 8.830,95		€ 17.527,68
Dipartimento Amministrativo	€ 11.845,76		€ 27.823,69		€ 39.669,45
Dipartimento Chirurgico	€ 6.717,26		€ 8.287,93		€ 15.005,19
Dipartimento Medico	€ 7.897,47	€ 728,00	€ 6.553,43		€ 15.178,90
Dipartimento Materno Infantile	€ 412,18		€ 6.800,28	€ 630,00	€ 7.842,46
Dipartimento Emergenza Accettazione	€ 14.153,30		€ 12.452,17		€ 26.605,47
Dipartimento Servizi Intermedi	€ 404,55		€ 7.548,63		€ 7.953,18
Totale	€ 330.860,23	€ 52.889,21	€ 96.430,39	€ 14.607,57	€ 494.787,40
	€ 383.749,44		€ 111.037,96		
	78%		22%		

La spesa per la Formazione interna dei Medici convenzionati è stata pari a € 15.816,15. In linea con le indicazioni fornite da Collegio di Direzione la distribuzione delle risorse è stata prevalentemente orientata sulla formazione interna: il costo complessivo per la formazione dei

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

dipendenti è stato per il 77% assorbito per la formazione interna mentre il 23% delle risorse sono state investite in formazione esterna.

4.4.6 Collaborazione con altri Enti di Formazione

Le Strutture aziendali sono state sede per lo svolgimento di tirocini e *stage*, realizzati in collaborazione con diverse Scuole ed Enti di Formazione.

Tabella 4.25 - Tirocini e stage svolti nell'AUSL di Imola e n. studenti in inserimento. Anno 2010

	Corso di Studio	Tipologia tirocinio	Studenti/ Tirocinanti
Istituti Secondari	Liceo Scientifico	Borsa di studio	6
	Polo Liceale	stage	12
Enti di Formazione	Enti di Formazione	stage	98
	Corso di prima formazione OSS	stage	26
	Riqualifica del personale AdB verso O.S.S. (300 ORE E 95)	stage	55
	4° anno studenti "Istituto Paolini Cassiano"	stage per acquisizione moduli di competenza	27
	5° anno studenti "Istituto Paolini Cassiano"	stage per acquisizione moduli di competenza	13
Totale studenti			237

Il prospetto riepilogativo di Tabella 4.25 evidenzia il coinvolgimento di 237 allievi in attività di *stage* presso l'AUSL di Imola.

In riferimento all'attività formativa per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio sanitario (OSS), nel corso del 2010 è stata garantita la collaborazione - come indicato nei documenti regionali di riferimento - agli Enti di Formazione Professionale, per la realizzazione dei percorsi di prima formazione e riqualificazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica, e ad altre Aziende Sanitarie ed Enti di Formazione della Provincia di Bologna, per ospitare gli allievi dei percorsi di riqualificazione professionale rivolti agli Assistenti di Base (AdB).

Tabella 4.26 - Corsi per OSS e di riqualificazione AdB e n. studenti coinvolti. Anno 2010

Tipologia Corso	Ente di Formazione	Studenti
Corso di prima Formazione OSS (1.000 ore)	FORUM	26
Corso di riqualificazione sul lavoro per operatori AdB verso qualifica OSS (300 ore)	ISCOM	28
Corso di riqualificazione sul lavoro per operatori AdB verso qualifica OSS (95 ore)	ISCOM	27
Modulo per la certificazione di competenze spendibili per la qualifica OSS - Studenti 4° anno "Istituto Paolini Cassiano"	ISCOM	27
Modulo per la certificazione di competenze spendibili per la qualifica OSS - Studenti 5° anno "Istituto Paolini Cassiano"	ISCOM	13
Totale		121

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

Il corso di formazione iniziale per l'ottenimento della qualifica OSS, rivolto a 26 studenti, è stato avviato in collaborazione con Forum; è stato altresì garantito e realizzato - come da programmazione provinciale - un corso di riqualificazione rivolto a 27 AdB con 2 anni di esperienza, in collaborazione con ISCOM di Bologna ed un corso di riqualificazione rivolto a 28 operatori non in possesso di qualifica ma con anzianità superiore a 2 anni, in collaborazione con ISCOM di Bologna. Il corso biennale per il riconoscimento di competenze spendibili nell'ottenimento della qualifica OSS è stato progettato e gestito in collaborazione con l'ISCOM di Bologna e l'Istituto Scolastico "Cassiano da Imola": nell'esercizio in esame, è stata certificata l'acquisizione delle competenze a 13 studenti del 5° anno, e 278 studenti del 4° anno hanno intrapreso il percorso, affrontando la parte teorica e svolgendo il tirocinio in ambito sanitario.

In tutte le sopraccitate collaborazioni, l'AUSL di Imola ha garantito la funzione di Coordinamento di Area Sanitaria, la funzione di tutoraggio nei tirocini svolti presso le Strutture interne, e la docenza per gli ambiti specifici.

4.4.7 Formazione di Area Vasta Emilia Centro

Al fine di creare sinergie tra le diverse Aziende sanitarie, per facilitare altresì il confronto tra gli operatori e la creazione di reti nonché per contenere ove possibile i costi ottimizzando così le risorse disponibili, nel corso del 2010 è stata avviata dietro indicazione della Direzione Operativa dell'Area Vasta Emilia Centro una "sperimentazione" dedicata alla formazione prevalentemente degli operatori afferenti all'area amministrativa, realizzata a livello di AVEC. L'iniziativa è stata promossa a livello di ogni singola azienda attivando le Direzioni dei Dipartimenti Amministrativi per la ricognizione del fabbisogno formativo di natura "trasversale". Le richieste raccolte dai diversi Dipartimenti Amministrativi delle diverse Aziende afferenti all'AVEC, sono state valutate dal Collegio dei Direttori Amministrativi in termini di priorità e coerenza con le linee di sviluppo previste. Dopo aver condiviso le linee operative, è stato dato avvio al percorso formativo.

Sono state realizzate 5 delle 6 iniziative previste, ed erogate 26,30 ore di docenza. Hanno partecipato complessivamente 307 operatori provenienti dalle Aziende dell'AVEC. Il costo complessivo delle iniziative è stato circa pari a 5.754 euro con un costo medio pro capite di 19 euro.

Tabella 4.27 - Corsi di formazione di Area Vasta Centro. Anno 2010

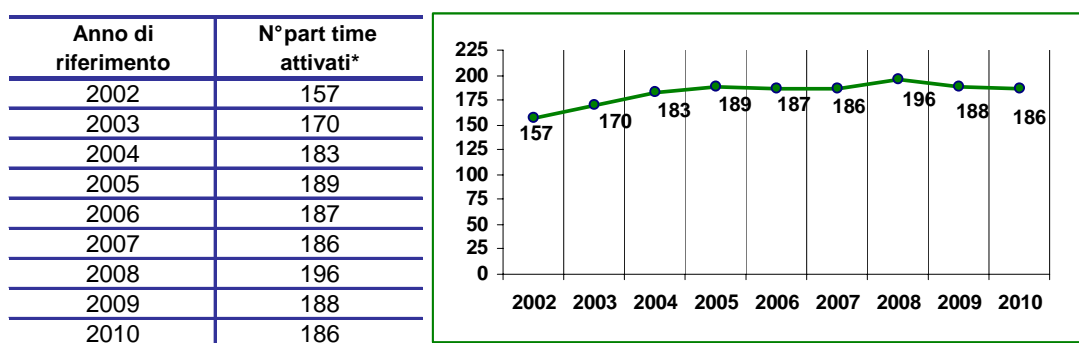
AZIENDA	INIZIATIVA FORMATIVA	ORE	N.RO PARTECIPANTI	COSTO
Ausl Bologna	GLI APPALTI DI BENI E SERVIZI ED IL DUVRI: DEFINIZIONE DI UN PERCORSO COMUNE	4	78	€ 450,00
Ausl di Imola	Novità del settore medicale: dalla terza edizione della norma CEI EN 60601-1 alla nuova direttiva dispositivi medici 47/2007	8	23	€ 2.500,00
Ausl di Ferrara	Orientamenti in materia di riduzione della spesa in applicazione della Legge 122/2010	7	68	€ 1.200,00
Aosp di Bologna	ASPETTI GIURIDICI E TECNOLOGICI DELLA FIRMA DIGITALE E DELLA CONSERVAZIONE SOSTITUTIVA	2 sessioni di 4 ore	83	€ 1.300,00
Aosp di Ferrara	I DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI	3,3	55	4.27

4.5 Struttura delle relazioni con il personale e le sue rappresentanze

4.5.1 Compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare

Il numero dei dipendenti *part-time* – che aveva registrato un picco nel 2008 di 10 unità rispetto ad una sostanziale stabilizzazione dal 2004 al 2007 in poco meno di 190 (Grafico 4.28) - nel 2010 rimane assestato grossomodo sui valori dell'anno precedente (188 nel 2009, 186 nel 2010).

Grafico 4.28 - Numero di *part-time* attivati dal 2002 al 2010 nell'AUSL di Imola



* Dato al 31/12 dell'anno di riferimento

In Tabella 4.29 si mostrano i dipendenti con *part-time* suddivisi per genere e tipologia (ciclico, orizzontale e verticale).

Tabella 4.29 - Numero *part-time* nell'AUSL di Imola, aggregati per tipologia e genere. Anno 2010

ANNO 2010	PT Ciclico		PT Orizzontale		PT Verticale		TOT.
	M	F	M	F	M	F	
DIR. MEDICI E VETERINARI				1			1
DIRIGENTI SPTA							0
PERSONALE INFERMIERISTICO		4		73		33	110
PERSONALE TECNICO SANITARIO				8		4	12
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	1	1		12		14	28
PERSONALE AMMINISTRATIVO		4		16	1	4	25
ALTRO	1		1	5	1	2	10
Totale	2	9	1	115	2	57	186

In Tabella 4.30 si riporta il numero degli accessi ai congedi parentali e per assistenza a familiare (Legge 104/92).

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

Tabella 4.30 – Accesso ai congedi parenterali e assistenza familiare nell'AUSL di Imola. Anno 2010 e confronto anno 2009

ANNO 2010	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	175	34	5.040	558
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	191	25	7.420	1232,5
Totale	366	59	12.460	1.790,5

ANNO 2009	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	243	36	5908	648
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	155	21	5.480	491,5
Totale	398	21	11.388	491,5

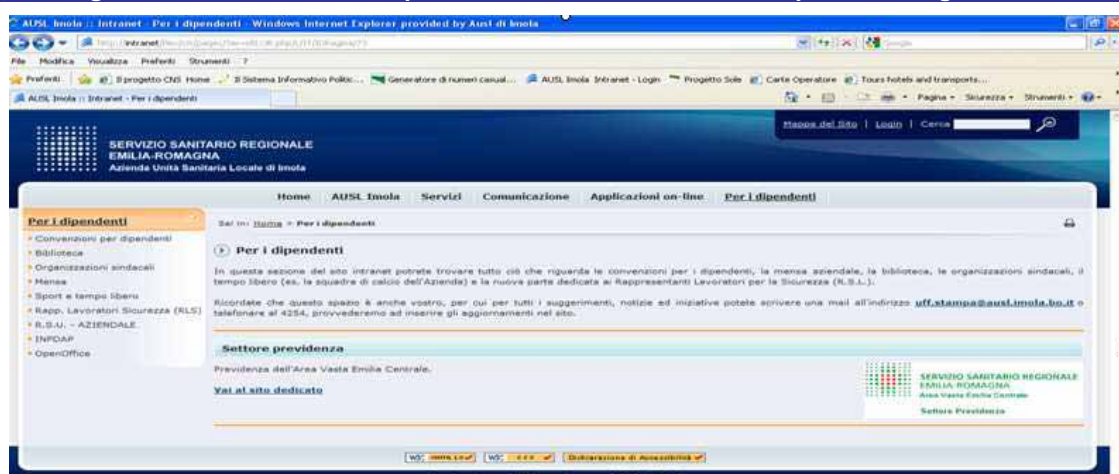
La percentuale di dipendenti che accede al congedo per paternità/maternità è, nel 2010, pari al 8 % del totale dei dipendenti maschi (i quali rimangono sostanzialmente invariati rispetto al 2009, calando in valore assoluto di sole due unità, da 36 a 34) e al 17 % dei dipendenti di sesso femminile (che registrano un sensibile calo rispetto al 2009, in valore assoluto, da 243 a 175 unità); la percentuale che accede al congedo per assistenza a familiare è pari a circa il 5 % dei dipendenti maschi (25 in valore assoluto, in lieve calo rispetto al 2009 - 4) e a circa il 14% dei dipendenti di sesso femminile (191 in valore assoluto, in sensibile aumento sul 2009 con +36).

4.5.2 Facilitazioni per i dipendenti

I dipendenti che hanno beneficiato del Diritto allo Studio, durante l'esercizio in esame, sono stati 23: di cui 20 per corsi Universitari (Lauree di primo livello, Master, Laurea Specialistica), 2 per diplomi di Scuola Superiore e 1 per diploma di qualifica OSS.

In Figura 4.31 vengono proposte le immagini di alcune pagine della nuova sezione "Per i dipendenti" dell'intranet aziendale, relative a facilitazioni e vantaggi per i dipendenti AUSL di Imola.

Figura 4.31 - Sezione "Per i dipendenti" dell'intranet aziendale riportante le agevolazioni



Nello specifico in questa sezione dedicata è possibile trovare tutto ciò che riguarda le convenzioni per i dipendenti, la mensa aziendale, la biblioteca, le Organizzazioni Sindacali, il tempo libero e la nuova parte riservata ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RSL).

4.5.3 Relazioni sindacali

L'AUSL di Imola attribuisce la massima importanza al rapporto positivo con il personale, le sue rappresentanze (RSU o RLS) e le Organizzazioni Sindacali, in genere, pur nella precisa distinzione dei ruoli e delle responsabilità. Di seguito in Tabella 4.32, si elencano le sigle sindacali presenti in Azienda.

Tabella 4.32 - Sigle sindacali presenti nell'Azienda USL di Imola, per comparto, dirigenza medica e veterinaria e dirigenza SPTA

Area Comparto	Area Dirigenza Medica e Veterinaria	Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa
n. 24 componenti RSU	ANAAO ASSOMED	CGIL FP Dirigenti
CGIL FP	CIMO ASMD	CISL FPS Dirigenti
CISL FPS	AAROI	UIL FPL Dirigenti
UIL FPL	CGIL Medici	SNABI SDS
FIALS	FVM	AUPI
FSI	CISL MEDICI	
	FASSID	
	ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI	

La RSU è composta da 24 componenti, di cui 6 eletti dalla lista UGL, 2 dalla lista UIL-FPL, 3 dalla lista CISL FPS e i restanti 13 componenti dalla lista CGIL-FP. In relazione alla nota ARAN prot. n. 10700 del 26.11.2010, detti componenti - il cui mandato triennale è scaduto a novembre 2010 – proseguono nello svolgimento delle proprie funzioni fino al prossimo rinnovo elettorale, mantenendo invariate tutte le prerogative agli stessi riconosciute dalle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

Gli RLS (Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza) sono 6 e sono stati designati dalla RSU in carica e per la durata del proprio mandato, nelle more della definizione della nuova contrattazione collettiva che dovrà definire apposite e specifiche procedure elettorali.

Il sistema di relazioni sindacali sviluppato dall'AUSL di Imola è più esteso rispetto agli obblighi contrattualmente stabiliti: come è noto, i Contratti Nazionali di Lavoro delle tre Aree, e i Contratti Integrativi, prevedono quattro diversi livelli di relazione - l'informazione; la concertazione; la consultazione; la contrattazione - e stabiliscono, per ciascuno di essi, le relative materie. Il D.Lgsn. 150/2009 (c.d. decreto brunetta) e la relativa circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 7 del 13.5.2010 ha ampliato la sfera dei poteri della parte datoriale pubblica, prevedendo che la contrattazione integrativa non deve aver luogo sulle materie appartenenti alla sfera della organizzazione. Nonostante ciò questa Azienda, pur nel formale rispetto delle norme vigenti, ha spesso attivato un "confronto" con le OO.SS. anche su materie non strettamente

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

obbligatorie, che ha favorito la comprensione delle reciproche posizioni e, in molti casi, ha consentito di individuare soluzioni condivise ai problemi.

Nello specifico nel 2010 si sono effettuati circa n. 30 tavoli sindacali che hanno esitato nella sottoscrizione di 7 accordi relativamente alle tre aree contrattuali, puntualmente riportati in Tabella 4.33. Ulteriori 6 incontri sono stati effettuati, su richiesta delle parti sindacali, su specifici temi o per problemi emergenti nel corso dell'anno attinenti all'organizzazione del lavoro (mensa aziendale, camera mortuaria, trasferimento servizi, piano occupazionale).

Tabella 4.33 - Accordi siglati dall'AUSL di Imola e dalle OO.SS. Anno 2010

Area	Accordi integrativi (C.I.A.)	Data	Accordo	Data
Area Comparto	Salario di produttività anno 2009. Accordo in merito all'utilizzo dei residui per pagamento con guaglio	16/06/2010	Criteria di applicazione sulla intesa regionale in materia di utilizzo delle risorse per il finanziamento di progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza ex art. 10 CCNL 31.7.2009	23/03/2010
	Progressione orizzontale 2009	16/07/2010	Criteria per le politiche dell'orario di lavoro. Deroghe al riposo giornaliero ex art. 7 D.Lgs. N. 66/03	07/07/2010
Area Medica e Veterinaria	Retribuzione di risultato anno ed eccedenze orarie 2008	24/03/2010	Orario di lavoro: disciplina della pausa	04/08/2010
Area Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa	Retribuzione di risultato anno 2010 - Accertamento dei residui al 31.12.2009 e loro finalizzazione	27/08/2010		

Come già accaduto negli anni precedenti, anche durante il 2010, il confronto con le rappresentanze del personale delle due Aree dirigenziali ha interessato, quasi esclusivamente, la retribuzione di risultato e le eccedenze orarie. In particolare la trattativa con le rappresentanze del personale dell'Area Medica e Veterinaria si è rilevata complessa e prolungata. L'Azienda ha più volte presentato alle rappresentanze sindacali proposte di accordo e dichiarato la propria disponibilità ad individuare soluzioni condivise, prodotte da utili mediazioni. A seguito dei lavori di una specifica Commissione bilaterale - appositamente costituita al fine di approfondire le questioni centrali della trattativa - si è riusciti a sottoscrivere nel marzo 2010 l'accordo per l'anno 2008, tra l'altro non con la totalità delle sigle presenti al tavolo, mentre, nonostante le ripetute sollecitazioni da parte dell'Azienda, sono tuttora in corso le trattative per la retribuzione di risultato degli anni 2009 e 2010.

Relativamente all'Area Comparto, l'AUSL di Imola ha mantenuto attivi "tavoli" di relazioni sindacali cosiddetti decentrati, a livello di Direzione Infermieristica e Dipartimento Amministrativo e Tecnico: in tali occasioni ci si è confrontati su temi attinenti l'organizzazione del lavoro (dalla definizione dei turni, all'utilizzo del personale, alla individuazione di regole gestionali condivise) convergendo spesso su soluzioni concordate per i problemi emergenti in corso d'esercizio.

Al fine di favorire la partecipazione degli operatori, l'AUSL di Imola ha attivato nel 2010 alcune Commissioni bilaterali per l'Area Comparto o per l'Area Medica/Veterinaria, con il compito di esaminare e approfondire le materie economiche e giuridiche oggetto di contrattazione, ovvero tenere monitorati l'applicazione, l'andamento e la verifica degli istituti negoziali: sono stati svolti diversi incontri (circa 20 incontri) riguardanti le progressioni orizzontali (relativamente all'Area

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

Comparto) ed i carichi di lavoro e la retribuzione di risultato (relativamente all'Area Medica/Veterinaria).

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	Pag. 226
5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi	227
5.1.1 Le relazioni con il pubblico	227
5.1.2 Servizio Numero Verde Regionale	228
5.1.3 Sistema di gestione delle segnalazioni	228
5.1.4 Presa in carico diretta, gestione del rischio e mediazione del conflitto	236
5.1.5 Sportelli unici distrettuali: facilitazione e presa in carico "amministrativa" del cittadino	237
5.1.6 Sito Internet aziendale	240
5.1.7 Carta dei Servizi	246
5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità	247
5.2.1 Azienda e cittadini: eventi pubblici e "sistema delle donazioni"	247
5.2.2 Comitato Consultivo Misto	252
5.2.3 Comitato Utenti e Familiari - Salute Mentale	253
5.2.4 Rilevazione della qualità percepita	254
5.2.5 Campagne e materiali informativi	261
5.2.6 Mass-media	262
5.2.7 Piano Salute e Benessere Sociale	266
5.2.8 Azienda Usl e scuola	274
5.3 La comunicazione interna aziendale	276
5.3.1 Comunicazione diretta: la convention aziendale	276
5.3.2 Sito Intranet	276
5.3.3 Newsletter	277

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

“Tutti nella vita hanno la stessa quantità di ghiaccio; però il ricco d'estate e il povero d'inverno”. Anonimo

Il 2010 è stato un anno in cui, più che in altri, si è percepita anche nella nostra comunità un aumento del disagio sociale, in larga parte dovuto alla crisi economica mondiale, e questo fattore ha certamente inciso sul sistema di relazioni di chi ha, come propria mission, la tutela della salute e del benessere.

L'acuirsi delle disuguaglianze sociali, percepibile anche in territori “ricchi” come il nostro, non può essere sottovalutato nella programmazione della sanità e diventa un punto di partenza determinante per la definizione del contesto informativo-comunicativo e relazionale.

Accrescere il capitale sociale e rafforzare la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla propria salute è un obiettivo già di sé particolarmente sfidante, e ancor più laddove, per quanto complessa e non direttamente proporzionale, è oramai tesi difficilmente contestabile la correlazione tra “povertà” (intesa in senso lato come povertà economica, ma anche culturale, relazionale e sociale) e salute.

Questa consapevolezza, che sempre più si sta facendo strada all'interno della stessa logica programmatica dei servizi, è stata un elemento su cui la riflessione si è particolarmente posta anche per la programmazione – o il tentativo di programmazione - dell'informazione e comunicazione aziendale fin dal 2010. Ecco allora l'importanza di operare abbassamenti delle soglie di accesso all'informazione sulla sanità e sulla salute e un'attenta valutazione degli strumenti di comunicazione a cui affidarsi.

Ma l'anno che andiamo a rendicontare nel presente capitolo rappresenta anche un particolare momento di svolta nella comunicazione interna all'Azienda. Se nel 2009, l'“evento” dell'attivazione di un nuovo blocco ospedaliero aveva dato impulso alla comunicazione esterna, nel 2010 l'opportunità di rafforzare alcuni strumenti di comunicazione interna è stata fornita dall'avvio del percorso di costruzione del Piano strategico ed attuativo locale, che sarà definitivamente approvato nel secondo trimestre del 2011 a seguito di una importante condivisione con gli stakeholder esterni di cui rendiconteremo nel prossimo BdM.

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi

5.1.1 Le relazioni con il pubblico

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) sono affidate una molteplicità di funzioni inerenti la relazione e la comunicazione all'utenza. In particolare, esso si occupa di gestire la relazione diretta con i cittadini e la mediazione del conflitto; coordina direttamente l'aggiornamento del settore aziendale della Banca Dati Numero Verde e risponde telefonicamente al II livello; coordina l'attività di indagine di qualità percepita, ne elabora e comunica internamente i risultati avviando azioni di miglioramento ed agisce come supporto all'attività del Comitato Consultivo Misto degli Utenti. In definitiva, l'URP - attraverso ogni strumento disponibile - è deputato all'ascolto dei cittadini, perché lo stesso sappia tradursi sia in una risposta diretta sia in un miglioramento generale delle attività aziendali, in linea coi bisogni rilevati e, ancora, in un *empowerment* dell'utenza esterna e interna.

Per quanto attiene più in specifico l'informazione per l'accesso ai servizi - che è in maniera preponderante funzione deputata al front office URP, inteso come accesso diretto, anche telefonico (ai numeri diretti aziendali piuttosto che attraverso il II livello del Numero Verde regionale; vedi paragrafo 5.1.2), via fax, web o e_mail - sull'attività 2010 hanno influito i fattori socio-economici di cui si diceva in premessa, oltre ad alcune importanti e positive iniziative aziendali e regionali che hanno però avuto un impatto sui cittadini e che pertanto sono state dovutamente accompagnate da questo servizio.

L'avvio del recall telefonico automatico per la conferma/disdetta degli appuntamenti e la modifica delle regole per il pagamento dei ticket in Pronto Soccorso a fine 2009, hanno effettivamente avuto un impatto sulla popolazione e - come avviene sempre in questi casi - in particolare sulla fascia di fragilità rappresentata da anziani, migranti, e persone in situazioni di disagio socio-economico, spesso recentemente sopravveniente.

Nel 2010, inoltre, l'URP ha partecipato attivamente al gruppo di lavoro regionale per l'elaborazione del **Piano Programma aziendale per l'ascolto/coinvolgimento del cittadino**. Esso risponde in primo luogo all'esigenza (raccolta anche da documenti normativi e di programmazione regionali) di mettere a sistema differenti strumenti finalizzati a rilevare l'ascolto del cittadino, in modo che le Aziende possano utilizzarli in maniera strategica, sia nella fase di programmazione sia nella fase di elaborazione delle priorità (azioni di miglioramento). Questa attività dovrà peraltro divenire presupposto per integrare le potenzialità, in termini di "output" informativi, di questi strumenti di ascolto con gli altri strumenti del "sistema qualità" aziendale (ad es. processo di accreditamento, gestione del rischio, valutazione integrata dei risultati).

5.1.2 Servizio Numero Verde Regionale

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è parte integrante del Servizio Numero Verde Regionale, un servizio gratuito e a disposizione di tutti i cittadini, che necessitano di informazioni per accedere alla "rete" socio-sanitaria dell'Emilia Romagna. Gli operatori URP hanno il compito di mantenere aggiornata la porzione di banca dati relativa ai servizi erogati dall'Azienda, a cui ottemperano grazie a un costante rapporto con tutte le Unità Operative. La banca dati aziendale, in continuo aggiornamento, al 31.12.2010 era costituita da 3950 (3.800 nel 2009) prestazioni complete delle indicazioni di luogo, modalità di accesso ed erogazione. Nel 2010 gli operatori dedicati all'aggiornamento della banca dati hanno costantemente effettuato gli aggiornamenti richiesti dal livello regionale nonché quelli via via prodottisi a livello aziendale. L'URP garantisce inoltre la copertura oraria del servizio informativo di II livello, con operatori disponibili a questo tipo di risposta tutti i giorni dalle 8.30 alle 17.30 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30.

Nel 2010 sono state 333 le chiamate passate al II livello aziendale, una percentuale pari al 12% dei 2813 accessi telefonici totali per informazioni inerenti i servizi dell'Ausl di Imola. Dal 2007 al 2010 le chiamate al Call center per informazioni sui servizi aziendali sono cresciute con un trend costante.

Nel secondo semestre 2010, in particolare, l'esigenza di inserimento del nuovo referente aziendale Numero Verde, è stata occasione per una completa rivisitazione e rafforzamento della rete interna dei referenti aziendali, che nel primo trimestre 2011 ha trovato il proprio naturale completamento in corsi di formazione specifica per tutti gli operatori URP/Numero Verde e per gli stessi referenti N.V. presso i servizi.

5.1.3 Sistema di gestione delle segnalazioni

Il Sistema di gestione delle segnalazioni è una modalità attiva di comunicazione, un approccio all'ascolto sistematico e strutturato dell'utenza, da parte dell'Azienda, che si pone quali obiettivi principali:

- avere una modalità definita per rilevare e rispondere alle situazioni di disagio e insoddisfazione, espresse dal singolo utente, e per evidenziare punti di eccellenza;
- contribuire a orientare le decisioni aziendali, relative al miglioramento dei servizi, tramite il monitoraggio e l'analisi delle informazioni acquisite.

Per facilitare il compito di monitoraggio la Regione Emilia Romagna, da alcuni anni, ha predisposto un software specifico per la gestione delle segnalazioni, che permette la registrazione e l'immediata visione dei dati implementati da ciascuna Azienda e, in seconda istanza, facilita un confronto interaziendale (Tabella 5.1). Il sistema informativo regionale permette di registrare e di classificare le segnalazioni dei cittadini, tramite specifiche tipologie: elogi; reclami; rilievi; suggerimenti. Per maggiore chiarezza, si precisa il significato riferito a ognuna di queste: (i) reclamo: espressione di insoddisfazione degli utenti, che attiva la procedura interna e la risposta scritta, entro 30 giorni; (ii) rilievo: indicazione di disservizio, che si risolve con una risposta di

Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

cortesia; (iii) suggerimento: segnalazione che ha lo scopo di fornire indicazioni per migliorare i servizi; (iv) elogio: espressione di soddisfazione del cittadino/utente.

Tabella 5.1 – Confronto regionale segnalazioni per Azienda e tipologia – Anni 2004-2010

Azienda	Elogi		Reclami		Rilievi		Suggerim.		Impropri		Totale	
	2004	2010	2004	2010	2004	2010	2004	2010	2004	2010	2004	2010
AOU Bologna	496	1.275	377	646	73	52	13	51	18	49	977	2.073
AOU Ferrara	106	250	504	778	89	115	6	7	16	52	721	1.202
AOU Modena	466	1.476	251	342	97	211	7	84	9	12	830	2.125
AOU Parma	112	240	239	531	174	54	0	7	8	4	533	836
AOU R. Emilia	100	217	203	262	4	7	8	6	6	9	321	501
AUSL Bologna	1.196	787	1.689	1.524	174	224	88	31	19	29	3.166	2.595
AUSL Cesena	49	780	286	775	24	27	2	81	19	25	380	1.688
AUSL Ferrara	56	512	358	472	137	113	11	13	11	7	573	1.117
AUSL Forlì	30	263	144	182	8	249	3	25	3	0	188	719
AUSL Imola	56	101	75	200	79	83	40	42	1	1	251	427
AUSL Modena	387	791	605	948	642	1.089	60	107	20	2	1.714	2.937
AUSL Piacenza	47	125	587	237	63	247	2	12	2	278	701	899
AUSL Ravenna	116	415	671	501	15	48	6	1	6	2	814	967
AUSL R. Emilia	125	225	426	423	62	50	45	36	4	5	662	739
AUSL Rimini	33	298	178	259	6	33	17	7	7	7	241	604
AUSL Parma	30	94	245	258	28	84	10	2	9	1	322	439
IOR Bologna	242	528	368	215	38	81	68	11	0	2	716	837
Totale regionale	3.647	8.377	7.206	8.553	1.713	2.767	386	523	158	485	13.110	20.705
%	27,8%	40,5%	55,0%	41,3%	13,1%	13,4%	2,9%	2,5%	1,2%	2,3%	100%	100%

Nota: Nei dati regionali sono conteggiate all'AUSL di Imola anche le segnalazioni che riguardano *Montecatone Rehabilitation Institute*

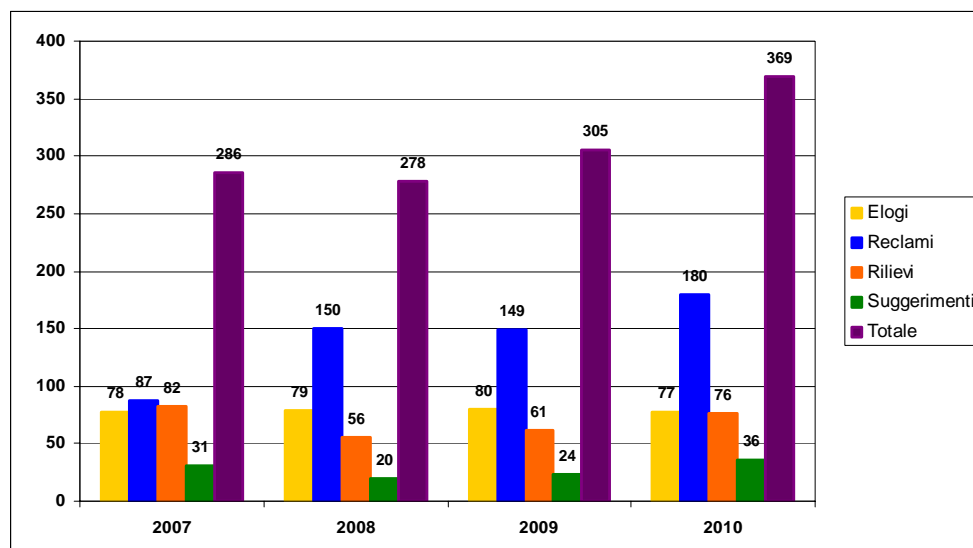
Complessivamente nel 2010 sono state presentate 369 segnalazioni verso l'AUSL di Imola, al netto delle segnalazioni riguardanti *Montecatone Rehabilitation Institute*.

In tab. 5.2 si riportano le segnalazioni classificate per tipologia e riferite al periodo 2007-2010; si presenta inoltre la distribuzione percentuale delle tipologie nell'anno 2010 e la variazione assoluta dei volumi rispetto al 2009.

Tabella 5.2 - Segnalazioni per tipologia rivolte all'AUSL di Imola. Periodo 2006-2010

Tipologia segnalazione	2007	2008	2009	2010	Dist % 2010	Var 2009/2010
Elogi	78	79	80	77	20,9%	-3
Reclami	87	150	149	180	48,8%	31
Rilievi	82	56	61	76	20,6%	15
Suggerimenti	31	20	24	36	9,8%	12
TOTALE	286	278	305	369	100%	64

Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione



A fronte di una sostanziale stabilità del trend delle segnalazioni nel triennio precedente nel 2010 si nota un incremento sensibile delle segnalazioni soprattutto per reclami (180 vs 149), rilievi (61 vs 76) e suggerimenti (24 vs 36), a fronte di una sostanziale stabilità degli elogi , (80 vs 77).

I reclami costituiscono oltre il 48,78% delle segnalazioni, ma va ribadito che essi non devono essere automaticamente letti come una "criticità". L'interpretazione è infatti complessa e comprensiva dell'evidenza di un rapporto sempre meno mediato tra cittadini e Azienda, con un approccio al "percepito disagio" nei termini positivi non tanto della "denuncia pubblica", bensì della interlocuzione diretta, finalizzata a risolvere il problema.

La modalità più frequente di presentazione delle segnalazioni si riconferma l'accesso diretto e personale all'URP, con un sensibile aumento di persone accolte e ascoltate direttamente dagli operatori (229 del 2010 vs 175 del 2009) a fronte di una diminuzione delle esternazioni di disagio a mezzo stampa, come mostra la Tabella 5.3.

Tabella 5.3 - Segnalazioni distinte per modalità di presentazione. Anno 2010

Tipologia segnalazione	URP	Lettera	E-mail	Stampa	Fax	Verbale / Telefonica	Totale	%
Elogi	28	35	8	3	1	2	77	20,9%
Reclami	128	26	15	1	10	0	180	48,8%
Rilievi	52	6	7	5	1	5	76	20,6%
Suggerimenti	21	4	8	0	1	2	36	9,8%
TOTALE	229	71	38	9	13	9	369	100%
%	62,1%	19,2%	10,3%	2,4%	3,5%	2,4%	100%	

In generale si riconferma e rafforza la propensione al controllo da parte degli utenti nei confronti dell'operato di chi eroga servizi e prestazioni sanitarie, tanto da segnalare criticità lievi e disguidi, anche nei casi in cui la loro esperienza sia stata sostanzialmente positiva, per "contribuire" alle azioni di miglioramento. Ancora una volta la numerosità degli accessi segnano una fiducia dei

Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

cittadini nel rivolgersi all'URP aziendale piuttosto che a interlocutori esterni, anche nei casi in cui il rapporto si sia rivelato "critico". Il dato viene confermato anche dalla distinzione per tipologia e "soggetto proponente" (Tab. 5.4), che mostra come la segnalazione rappresenti un diritto/dovere che solo 9 persone hanno delegato ad altri. Ciò detto, le associazioni di tutela svolgono comunque un importante ruolo di tutela/difesa dei loro assistiti (12 reclami nel 2009 vs 7 nel 2010).

Tabella 5.4 - Segnalazioni distinte per tipologia e soggetto proponente. Anno 2010

Tipologia segnalazione	Cittadino	Associazione	Ente	Studio legale	Totale
Elogi	77	0	0	0	77
Reclami	173	7	0	0	180
Rilievi	74	0	1	0	75
Suggerimenti	34	0	1	0	35
TOTALE	358	7	2	0	367
%	97,5%	1,9%	0,5%	0,0%	100,0%

Le segnalazioni distinte per tipologia vengono poi ripartite per esito dell'istruttoria interna. L'esito rappresenta il prodotto del processo di valutazione attivato dall'Azienda, in riferimento alla segnalazione e, nel contempo, è il contenuto della comunicazione di chiusura: può trattarsi di spiegazione, scuse, conferma dell'agire aziendale, comunicazione della soluzione del problema presentato o accettazione delle richieste del proponente la segnalazione. Nel programma informatizzato per la gestione delle segnalazioni gli esiti registrati e riferiti alle segnalazioni 2010 vengono evidenziati per tipologia, come mostra la Tabella 5.5.

Tabella 5.5 - Segnalazioni distinte per tipologia ed esito. Anno 2010

Tipologia segnalazione	Risoluzione	Chiarimento	Conferma operato Ausl	Scuse	Assunzione di impegno	Richiesta rimborso accolta	Servizio legale	Ringraziamento	Altro	Totale
Elogi	0	2	0	0	0	0	0	75	0	77
Reclami	51	55	38	18	1	7	10	0	0	180
Rilievi	3	46	10	7	7	0	1	0	2	76
Suggerimenti	0	21	0	0	14	0	0	0	1	36
TOTALE	54	124	48	25	22	7	11	75	3	369
%	14,6	33,6	13,0	6,8	6,0	1,9	3,0	20,3	0,8	100,0

Gli esiti 2010, secondo classificazione da "glossario regionale delle segnalazioni", sono state nel 14,6% dei casi *risoluzioni*, intese come avvenuta soluzione delle criticità. In oltre il 33% dei casi si è invece esitati in una spiegazione o precisazione all'utente, relativamente a percorsi, modalità di accesso, fruizione e disponibilità di strutture (*chiarimento*). La *conferma operato aziendale* è avvenuta nel 13% dei casi, mentre in 25 casi (6,8%) l'Azienda si è *scusata* con il reclamante. In 7 casi l'AUSL di Imola ha accolto la *richiesta di rimborso*, mentre 11 reclami sono stati *trasmessi all'Ufficio Legale* per competenza.

Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

In base al Sistema di classificazione regionale, le segnalazioni vengono associate principalmente a categorie di analisi riferite all'"oggetto" (Tab. 5.6): aspetti strutturali; informazione; aspetti organizzativi e burocratico-amministrativi; aspetti tecnico-professionali; umanizzazione e aspetti relazionali; aspetti alberghieri e *comfort*; tempi; aspetti economici; adeguatezza normativa.

La classificazione analitica, proposta dal *Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dal lato del Cittadino*, e perfezionata dal Gruppo regionale dei Responsabili URP, consente di riposizionare le singole segnalazioni, già scomposte per tipologia secondo dimensioni aziendali influenti.

Tabella 5.6 - Segnalazioni suddivise in base alla classificazione CCRQ. Anno 2010

Categorie oggetto del reclamo	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale	%
ASPETTI STRUTTURALI						
Accessibilità esterna	0	0	1	4	5	1,4%
Accessibilità interna	0	0	0	2	2	0,5%
Sicurezza ed adeguatezza degli spazi all'utilizzo	0	0	0	2	2	0,5%
Totale	0	0	1	8	9	2,4%
INFORMAZIONE						
Adeguatezza del materiale di informazione	0	0	1	2	3	0,8%
Correttezza e chiarezza delle informazioni fornite per l'accesso ai servizi/prestazioni	0	0	4	0	4	1,1%
Informazioni agli utenti e ai familiari, percorso di cura, disponibilità a incontrarli	0	4	5	2	11	3,0%
Adeguatezza segnaletica interna e esterna	0	0	0	2	2	0,5%
Totale	0	4	10	6	20	5,4%
ASPETTI ORGANIZZATIVI BUROCRATICI AMMINISTRATIVI						
Aspetti organizzativi e burocratici/amministrativi-altro	0	0	0	1	1	0,3%
Percorsi di accesso e cura (trasparenza, complessità e burocrazia)	0	3	17	5	25	6,8%
Funzionalità organizzativa	0	5	12	2	19	5,1%
Disponibilità di servizi/prestazioni	0	0	1	6	7	1,9%
Raccordo tra le unità operative e tra aziende e servizi esterni	0	1	1	2	4	1,1%
Totale	0	9	31	16	56	15,2%
ASPETTI TECNICI PROFESSIONALI						
Opportunità/adequatezza della prestazione	9	19	1	0	29	7,9%
Correttezza, precisione, accuratezza nella erogazione delle prestazioni	0	9	3	0	12	3,3%
Attenzione ai bisogni di assistenza e supporto alla persona da parte del personale	2	10	2	0	14	3,8%
Totale	11	38	6	0	55	14,9%
UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI						
Cortesie e gentilezza	66	22	4	0	92	24,9%
Rispetto della dignità della persona	0	1	0	0	1	0,3%
Rispetto della riservatezza	0	0	1	1	2	0,5%
Totale	66	23	5	1	95	25,7%
ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT						
Caratteristiche strutturali	0	0	1	2	3	0,8%
Condizioni ambientali	0	0	2	1	3	0,8%
Pulizia e igiene	0	0	0	2	2	0,5%
Totale	0	0	3	5	8	2,2%
TEMPI						
Tempi di attesa tra prenotazione e prestazione	0	4	5	0	9	2,4%
Coda per la pagamento	0	0	1	0	1	0,3%
Coda per prestazione	0	4	3	0	7	1,9%
Tempi di attesa per ricevere documentazioni presidi e ausili	0	1	5	0	6	
Totale	0	9	14	0	23	6,2%
ASPETTI ECONOMICI						
Contestazioni al ticket delle prestazioni sanitarie	0	51	0	0	51	13,8%
Richiesta di rimborsi	0	8	1	0	9	2,4%
Richiesta di risarcimenti collegati al contenzioso	0	8	1	0	9	2,4%
Bonus/malus	0	2	0	0	2	0,5%
Totale	0	69	2	0	71	19,2%
ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA						
Ticket	0	28	3	0	31	8,4%
Totale	0	28	3	0	31	8,4%
ALTRO						
Altro	0	0	1	0	1	0,3%
Totale	0	0	1	0	1	0,3%
Totale segnalazioni	77	180	76	36	369	100%

Anche nel 2010 è la macrocategoria relativa *all'umanizzazione e agli aspetti relazionali* che aggrega il maggior numero di segnalazioni (95, pari al 25,7%), confermando il dato dell'anno precedente (92). All'interno di questa categoria sono preponderanti gli elogi al personale per cortesia e umanità (65 nel 2009 vs 66 nel 2010), e restano pressoché stabili le criticità (27 vs 29). Calano del 4,5% le segnalazioni relative agli aspetti tecnico professionali, che riportano un numero minore di elogi (11 vs 14) così come di criticità (44 vs 47). Il calo è in grande parte a carico della sottocategoria *Opportunità/adequatezza della prestazione* che passa ad incidere sul totale delle segnalazioni dal 13,4% del 2009 al 7,9% del 2010. Interessante e meritevole di riflessione l'aumento di reclami (da 3 del 2009 a 10 nel 2010) nella sottocategoria *Attenzione ai bisogni di assistenza e supporto alla persona da parte del personale*, su cui si può ipotizzare influiscano anche le maggiori aspettative di un'utenza in particolare difficoltà psicosociale (vedi anche pag. 211).

Elemento che invece certamente influisce sull'incremento sensibile delle categorie relative a contestazioni di tipo economico, che come si accennava in premessa risentono della particolare contingenza economica unitamente alla modifica delle regole di pagamento del ticket in Pronto Soccorso entrata in vigore alla fine del settembre 2009. La categoria *aspetti economici*, infatti, nel 2010 registra 71 criticità, il 5% circa in più del 2009, quando i reclami sono stati 45. Per lo più si tratta di *contestazioni al ticket delle prestazioni sanitarie* (51 vs 32). La categoria *adeguamento alla normativa* evidenzia inoltre ben 31 casi di contestazione del ticket che non sono state accolte in base alle norme vigenti.

La macrocategoria *aspetti organizzativi burocratico-amministrativi*, registra un aumento rispetto all'anno precedente passando da 36 a 56 segnalazioni. I rilievi si confermano essere la tipologia di segnalazione più numerosa in assoluto (31) nelle sottocategorie *percorsi di accesso e di cura e funzionalità organizzativa*.

Le segnalazioni sui *tempi* registrano un dato stabile rispetto al 2009. In maggioranza si tratta di rilievi (14 vs 18) dovuti a *tempi di attesa tra prenotazione e prestazione* (5) e *tempo di attesa per ricevere documentazioni, presidi, ausili* (5).

Le macrocategorie *aspetti strutturali* (2,4%), *aspetti alberghieri e comfort* (2,2%) forniscono dati di positiva stabilità che denota la costante attenzione da parte dei cittadini per questi aspetti di qualità, che però producono marginalmente reclami, bensì rilevano la volontà del cittadino di dare voce alle proprie proposte tramite rilievi e suggerimenti (17 in totale). La categoria *informazioni*, in incremento dal 3,5% al 5,4%, esprime una maggiore richiesta di attenzione e guida nei percorsi di accesso alle prestazioni.

La lettura dei dati procede ora per dipartimenti e aree assistenziali, rilevando la distribuzione delle segnalazioni (Tabella 5.7.)

Tabella 5.7 - Segnalazioni suddivise per dipartimenti ed aree. Anno 2010

Dipartimenti e aree assistenziali	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale	%
Dipartimento chirurgico	13	29	9	0	51	13,8%
Dipartimento emergenza urgenza accettazione	16	55	4	1	76	20,6%
Dipartimento medico	23	14	10	0	47	12,7%
Dipartimento materno infantile	16	11	0	0	27	7,3%
Dipartimento servizi	3	16	17	3	39	10,6%
Direzioni tecniche	0	1	4	4	9	2,4%
AREA OSPEDALIERA	71	126	44	8	249	67,5%
Dipartimento cure primarie	5	19	8	6	38	4,0%
Dipartimento sanità pubblica	0	1	4	6	11	3,0%
Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche	0	1	0	1	2	0,5%
AREA TERRITORIALE	5	21	12	13	51	13,8%
Dipartimento amministrativo e tecnico	1	33	20	15	69	18,7%
AREA AZIENDA	1	33	20	15	69	18,7%
Totale	77	180	76	36	369	100,0%

Area Territoriale. Nel corso del 2010 fra i dipartimenti territoriali, il Cure Primarie ha ricevuto 38 segnalazioni, di cui 5 elogi, 6 suggerimenti, 8 rilievi, 19 reclami.

Dall'analisi degli oggetti di segnalazione risultano alcune contestazioni su aspetti organizzativi e burocratico amministrativi. Per quanto riguarda il rapporto con Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale sono pervenute 8 segnalazioni critiche che esprimono le aspettative degli assistiti: bisogno di rassicurazione/vicinanza, maggiore disponibilità in ambulatorio per le visite domiciliari e per i contatti telefonici, integrazione con le altre figure professionali ed i professionisti ospedalieri. In particolare si segnalano 5 i disagi con il servizio di continuità assistenziale.

In merito alle criticità nei rapporti tra utenti e medici di famiglia, Continuità assistenziale e Pediatri di Libera scelta è in programma l'elaborazione Carte dei servizi specifiche per migliorare l'informazione ai cittadini e ai medici su reciproci doveri e diritti.

Questo dipartimento in collaborazione con il Laboratorio analisi e gli Sportelli unici distrettuali ha adottato come azione di miglioramento la pianificazione del percorso di gestione degli utenti in Terapia Anticoagulante Orale a domicilio.

Si conferma il numero di segnalazioni relative al Dipartimento di Sanità Pubblica (11 di cui 1 reclamo) ed al Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (2 di cui 1 reclamo e 1 suggerimento). Il Dipartimento di Sanità Pubblica nel 2010 ha promosso come azione di miglioramento rispetto alle numerose segnalazioni di utenti e associazioni l'istituzione di una Sottocommissione locale per "patenti speciali" che riduce notevolmente i disagi dell'accesso alla Commissione Provinciale a cui si era costretti a rivolgersi prima. Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche ha promosso nel 2010 un'indagine rivolta agli utenti degli ambulatori territoriali per conoscere il gradimento dei servizi e per avere un ascolto strutturato dei propri assistiti che hanno difficoltà ad accedere spontaneamente all'URP.

La direzione del Distretto e dei dipartimenti territoriali, i professionisti aziendali e i medici di medicina generale hanno collaborato prontamente con l'URP per fornire risposte ai cittadini e per chiarire e risolvere i problemi. In questo clima di accoglienza e di presa in carico si sono svolti anche incontri specifici tra segnalanti e direttori/professionisti del Distretto e del Dipartimento delle Cure Primarie.

Area ospedaliera. Nel corso del 2010 i dipartimenti del Presidio Ospedaliero hanno accolto 4 suggerimenti (13 nel 2009), risolto 40 rilievi (39 nel 2009), risposto a 125 reclami (88 nel 2009) e ricevuto 71 elogi, ugualmente all'anno precedente.

Il Dipartimento Chirurgico evidenzia 51 segnalazioni (13 elogi, 29 reclami, 9 rilievi e 0 suggerimenti). Tra le criticità, 11 (di cui 7 relative all'attività di pronto soccorso e ambulatorio) hanno riguardato la U.O.C. di Ortopedia, in diminuzione rispetto alle 19 del 2009, mentre 10 reclami sono rivolti all'U.O.C. di Oculistica, anche in questo caso la maggioranza per attività di ambulatorio/consulenze di Pronto Soccorso. In generale, le segnalazioni riguardano: insoddisfazione relazionale, insoddisfazione per l'esito dell'intervento o per la visita, contestazioni per ticket, interazioni tra professionisti. I direttori delle U.O.C. chirurgiche hanno effettuato rivalutazioni cliniche dei casi più complessi. La situazione di "pronto soccorso" rappresenta una criticità costante. Questo dipartimento ha adottato nel 2010 l'azione di miglioramento sulla gestione della lista di attesa per interventi di priorità minore per la U.O.C. di Chirurgia generale.

Il Dipartimento Medico nel suo complesso ha ricevuto 47 segnalazioni con 23 elogi (di cui 10 rivolti all'Hospice), 14 reclami e 10 rilievi, relative all'attività ambulatoriale e di degenza causate da insoddisfazione sul percorso di cura. Questo item evidenzia criticità in particolare in Geriatria e Lungodegenza e riguarda persone anziane con pesanti necessità assistenziali (vedi anche pag. 209). In molte occasioni i sanitari hanno incontrato i familiari per ascoltare e offrire chiarimenti.

All'interno del Dipartimento di Emergenza e Accettazione - che con il 20,6% delle segnalazioni (76 di cui 16 elogi e 55 reclami) è l'area di maggior attenzione dell'utenza - è il Pronto soccorso a registrare il maggior numero di criticità (47 vs 31 nel 2009). Fra gli oggetti di segnalazione 6 problemi tecnico-professionali, disagi relativi all'attesa prima della visita (2), 30 contestazioni per attribuzione codici bianchi e relativo ticket, 4 problemi relazionali e 4 richieste di risarcimento.

Anche in questo caso vale l'analisi precedente riguardo alla maggior sensibilità dell'utenza rispetto ai pagamenti di ticket per accessi al PS.

La direzione medica e infermieristica di dipartimento ha curato numerosi colloqui e promosso un gruppo di lavoro con il Comitato Consultivo Misto per una specifica indagine di gradimento tra gli utenti che si è svolta nel mese di Aprile 2010 (vedi prg. 5.2.4.)

Nel Dipartimento dei Servizi (39 segnalazioni di cui 3 elogi), l'U.O.C. di Radiologia ha accolto 10 reclami mentre 5 hanno riguardato il Laboratorio Analisi: in prevalenza si sono registrati rilievi per problemi relativi all'accesso alla prestazione ed alla refertazione. I rilievi relativi alle prestazioni diagnostiche di radiologia e al centro prelievi sono di natura organizzativa, rinvio di esami ad altre sedi di erogazione o altra data e tensioni in sala di attesa per prenotare e ritirare esami; i

problemi relazionali sono tipici dei servizi ad elevata numerosità di accessi concentrati in un breve arco temporale. Questo dipartimento ha realizzato nel 2010 azioni di miglioramento sul percorso di ritiro dei referti di radiologia, gestione delle persone in trattamento Anticoagulante Orale, miglioramento comfort al centro prelievi e rimodulazione dell'offerta per esami mammografici.

Il Dipartimento Materno Infantile ha ricevuto 27 segnalazioni, di cui 16 elogi (10 alla UOC Ostetricia e Ginecologia e 6 alla UOC di Pediatria) e 9 reclami, relativi all'UOC Ostetricia e Ginecologia e ancora una volta concentrati sull'item della contestazione al pagamento del ticket per una prestazione di pronto soccorso Ostetrico-ginecologico (lo stesso vale per le criticità rilevate in Pediatria).

La Direzione Medica di Presidio ha monitorato le criticità trasversali ed accolto e ascoltato utenti e professionisti per la soluzione di casi complessi.

Area tecnico-amministrativa. Le segnalazioni (69) di competenza di questo Dipartimento sono sovrapponibili al 2009 (18,7% vs 19,4%) con 30 contestazioni per recuperi ticket non pagati (40 lo scorso anno). Gli altri problemi, evidenziati come rilievi, hanno riguardato aspetti organizzativi quali erogazione di presidi, rilascio di cartelle cliniche ed accesso alle prenotazioni. Fra le azioni di miglioramento sollecitate dagli 11 suggerimenti accolti dall'UOC Patrimonio e Tecnologie impiantistiche vanno segnalati i miglioramenti nell'accessibilità e nella disponibilità di parcheggi, soprattutto nell'area dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta e in particolare a favore delle persone con disabilità.

Le direzioni, in particolare la UOC Amministrazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali e le équipes hanno collaborato per la soluzione dei problemi e per l'avvio di interventi di miglioramento.

5.1.4 Presa in carico diretta, gestione del rischio e mediazione del conflitto

Come sempre, il sistema delle segnalazioni fornisce un quadro puntuale e confrontabile dei vari livelli di criticità che vengono espressi dal cittadino nei confronti dei servizi, ma è fondamentale, per maggior completezza, considerare la modalità di presa in carico diretta del cittadino da parte degli operatori URP. Ciò avviene quando il bisogno espresso dal cittadino non è quello di portare in evidenza un reclamo nei confronti di un disservizio aziendale, bensì di riuscire in tempi adeguati ad ottenere una soluzione al proprio problema. Oltre alle 369 segnalazioni riportate banca dati regionale, l'URP ha infatti registrato 440 prestazioni di assistenza per persone che si sono rivolte all'Ufficio per ottenere aiuto e sostegno, in lieve aumento rispetto alle 433 del 2009. La maggior parte di questi problemi sono stati risolti direttamente o in breve tempo con la collaborazione delle équipes, mentre le criticità complesse sono state affrontate con le direzioni in percorsi di miglioramento organizzativo. Va detto che questa particolare modalità di accoglienza globale e di impegno subitaneo per la risoluzione del problema del cittadino, pur costituendo un impegno

aggiuntivo per l'Ufficio, produce un alto livello di fidelizzazione dell'utenza, che tende a farne uso ripetutamente.

Anche nel 2010 è continuato il trend di diminuzione delle problematiche legate all'insoddisfazione per lunghi tempi di attesa per visite e diagnostiche programmate, anche se criticità permangono per alcuni settori specifici quali la cardiologia, la diagnostica ecografica e radiologica, le visite pediatriche specialistiche, l'esame audiometrico e la gastroenterologia.

Per quanto concerne la gestione del rischio, una specifica procedura definisce l'attribuzione di codici colore per complessità e gravità dell'evento segnalato. Gli eventi "codici giallo" sono significativi per la gestione del rischio (reclamo di tipo tecnico professionale o strutturale o denuncia di disservizio grave con riserva di ulteriori azioni o ipotesi di danno) e vengono seguiti dalla responsabile URP con la consulenza di un gruppo multi disciplinare (servizio di medicina legale e responsabili dell'unità operativa). La strutturata e tempestiva collaborazione con la Medicina legale, ha permesso anche nel 2010 all'URP di rispondere puntualmente alle segnalazioni più critiche e impegnative, offrendo agli utenti i chiarimenti per eventuali procedimenti legali.

Nel 2010 sono state accolte 21 (28 nel 2009) segnalazioni di problemi con gestione del rischio: di cui 6 (7 nel 2009) trasmessi al Servizio Legale per la competenza specifica di gestione del contenzioso. Il servizio di ascolto e mediazione - strumento ormai consolidato in Azienda in quanto attivo dal 2006 e realizzato da 2 operatori URP appositamente formati - ha seguito 14 casi (di cui 8 reclami).

Oltre agli incontri di mediazione l'URP si è fatto promotore di 21 incontri e rivalutazioni cliniche a cura dei direttori o dei professionisti delle Unità Operative e di alcuni incontri con il direttore sanitario e il direttore generale.

5.1.5 Sportelli unici distrettuali: facilitazione e presa in carico "amministrativa" del cittadino.

Lo Sportello Unico Distrettuale è stato realizzato in Emilia Romagna, dopo una prima sperimentazione effettuata dalle Aziende Sanitarie della Provincia di Bologna, con l'obiettivo di rendere più semplici, chiare e trasparenti le procedure amministrative per accedere al Servizio Sanitario. Le AUSL hanno organizzato una rete integrata di Sportelli Unici Distrettuali, che condividono lo stesso patrimonio di informazioni, le medesime procedure amministrative (Linee Guida), decentrando i luoghi di contatto con l'utenza.

Gli Sportelli Unici Distrettuali nascono per facilitare l'accesso ai servizi, superando la logica degli uffici/sportelli dedicati a singole e specifiche procedure amministrative, si occupano della presa in carico, per così dire, "amministrativa" del cittadino, da parte dell'operatore dedicato alla relazione con l'utenza, il quale è il responsabile del procedimento per la gestione unitaria della richiesta. Presso detti Sportelli si svolge la quasi totalità delle funzioni di front office, quali: l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale; le prenotazioni di Specialistica ambulatoriale; l'esenzione dal

Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

pagamento ticket; le autorizzazioni per l'assistenza sanitaria all'estero; l'accesso all'assistenza integrativa (prodotti dietetici e presidi sanitari, per specifiche patologie).

Il servizio di **prenotazione telefonica** di prestazioni ambulatoriali (esami e visite), attivato dall'Ausl di Imola nel 2007, nel 2010 ha ricevuto 60.316 telefonate per prestazioni in SSN (59.854 nel 2009), dando risposta all'82,6% e 31.012 chiamate per la libera professione rispondendo all'84,3% delle stesse (Tabella 5.8)

Tabella 5.8 – Telefonate prenotazioni CUP per SSN e LP Anno 2010

	Offerte	Risposte	Non risposte	Tempo medio di coda	Tempo medio di conversazione
CUP telefonico SSN	60316	49446	10821	0'40"	2'23"
CUP telefonico Libera prof.	31497	26491	4981	0'45"	2'22"
tot	91813	75937	15802		

Il **pagamento online** del ticket, pur restando sottoutilizzato rispetto alle reali potenzialità, registra un notevole aumento delle transazioni nel 2010 rispetto al 2009 (1460 vs 840) come ben evidenziato in fig. 5.9.

Figura 5.9 Andamento transazioni di pagamento *on line* del ticket – Ausl Imola 2009-2010



Va anche rilevato, alla fine del 2010, l'avvio del servizio di **prenotazione on line** per un primo gruppo di prestazioni. E' prevedibile ed auspicabile che questo servizio, ancora poco conosciuto ed ancor meno utilizzato dai cittadini, potrà garantire nei prossimi anni – anche in associazione al pagamento on line – il soddisfacimento di una parte molto consistente della domanda di prestazioni amministrative richieste all'Ausl di Imola. L'Azienda si impegnerà quindi a promuoverne l'utilizzo con una campagna informativa ad hoc, non appena, nei prossimi mesi, sarà possibile prenotare via web gli esami di laboratorio, che costituiscono una fetta importante delle prestazioni prenotate.

Una piccola rivoluzione ha poi investito nel 2010 il sistema automatico di riscossione ticket dell'Azienda Usl di Imola, presso le cui strutture sono attualmente presenti 7 **riscuotitrici automatiche on line con il CUP**, donate, gestite e manutenzionate dalla Cassa di Risparmio di Imola-BPL, banca tesoriere dell'Azienda. Nell'arco del 2010 le riscuotitrici sono state completamente revisionate (a carico di CRImola, vedi pgr. 5.2.1.) per permettere il collegamento on line con il software CUP.

In questo modo i cittadini oggi possono utilizzarle sia secondo le modalità in essere (ossia inserendo il foglio prenotazione che riporta il codice a barre) sia inserendo la Tessera Sanitaria Europea, che permette di prendere visione di tutte prestazioni di cui si è usufruito negli ultimi 90 giorni e delle quali deve essere ancora pagato il ticket, oltre a quelle prenotate per il futuro, e naturalmente di procedere al pagamento.

Inoltre le riscuotitrici on line possono incassare sia ticket che tariffe per prestazioni usufruite in regime di libera professione o prestazioni di sanità pubblica (es. visite per patenti, vaccinazioni per viaggi all'estero), anche qualora si sia prenotato telefonicamente e non si possieda il foglio di prenotazione, ed emettono documento valido ai fini fiscali.

Il **servizio di richiamo telefonico automatico** per la conferma/disdetta di prestazioni prenotate in regime pubblico istituzionale presso l'Ausl di Imola, attivo dal marzo 2009, garantisce mediamente un recupero di 6000 prestazioni in un anno, agendo favorevolmente sulle liste di attesa.

Nel primo anno e mezzo di sperimentazione il servizio è stato supportato in vari modi, anche garantendo un periodo finestra tra l'avvenuta disdetta e l'effettiva cancellazione a CUP della prenotazione, in modo da permettere eventuali ripensamenti o correzioni di errori da parte del cittadino. Dal 2011, si è dichiarata conclusa questa lunga fase sperimentale e si è pertanto passati alla cancellazione automatica della prenotazione dal sistema CUP.

Il S.U.D. nel 2010 si è inoltre impegnato per garantire le prenotazioni, molto complesse a causa della corposa modulistica da allegare, per l'accesso alla Sottocommissione Patente Speciali di Imola, che fino a giugno 2010 era possibile per i nostri cittadini solo sui CUP dell'area di pertinenza dell'Ausl di Bologna. Ugualmente, nella seconda metà dell'anno, sono state prese in carico anche le prenotazioni per Visite d'Idoneità alla pratica sportiva agonistica, gestita agli sportelli per il singolo e le piccole società sportive, ed in back office per le società con più di 15 atleti.

In termini di semplificazione dell'accesso ai servizi amministrativi, tra le novità più rilevanti del 2010, si segnala anche l'attivazione di un *Punto di Accoglienza Ambulatoriale* presso i nuovi Poliambulatori chirurgici. Il PDA è un front office amministrativo dedicato, con il compito di accogliere i cittadini, controllare la regolarità delle procedure di accesso (prenotazione, ticket, compilazione della autodichiarazione di esenzione per età/reddito/disoccupazione, consenso privacy, ecc.), risolvere eventuali problemi informativi, indirizzare l'utenza e prenotare direttamente la prestazione prescritta dal medico specialista dopo l'accesso in ambulatorio tramite CUP. E' attivo al pubblico nella fascia oraria 7,45-13,30 dal lunedì al venerdì, e 14.00-17.00 il lunedì, martedì e mercoledì. A circa un anno dalla sua attivazione si riconosce al progetto il

raggiungimento degli obiettivi di miglioramento dei percorsi di accoglienza e qualità dell'assistenza all'accesso, di ottimizzazione degli spazi ambulatoriali e delle risorse umane di supporto alle prestazioni ambulatoriali Ospedaliere. Il sistema logistico organizzativo è stato in grado di accogliere le richieste di incremento delle sedute specialistiche e nei prossimi mesi si prevede un ulteriore ampliamento delle attività di coordinamento amministrativo, in relazione al trasferimento nell'area poliambulatoriale del servizio di Analgesia e terapia antalgica. Inoltre, entro il 2011, a fronte del successo di questa prima sperimentazione, si prevede di costituire un PDA anche per gli ambulatori del settore di Medicina.

5.1.6 Sito Internet aziendale

Nel 2010 il sito internet dell'Azienda Usl di Imola ha compiuto 5 anni per questo si è reso necessario un restyling dello stesso che lo "aggiornasse" da un punto di vista sia grafico che strutturale. Modifiche mirate ad aumentare l'efficienza del servizio fornito tramite web e a potenziare la comunicazione istituzionale on line, comunicazione che diventa uno strumento interattivo "a due vie" attraverso cui è possibile prestare ancora più attenzione ai bisogni del cittadino ed aumentare le possibilità di dialogo con quest'ultimo.

Va sottolineato che secondo dati ISTAT 2009, il 47,3% delle famiglie italiane dispone di accesso a Internet (42% nel 2008) e il 54,3% (50,1% nel 2008) si è ormai dotato almeno di un PC. Questi dati, pur in continuo miglioramento, rilevano però un dato di cui è essenziale tener conto per la programmazione della comunicazione aziendale, ossia l'importante divario digitale che separa l'Italia dal resto dell'Europa. Il nostro Paese si posiziona solo al 21° posto nella classifica dell'indagine comunitaria sulla diffusione delle ICT presso le famiglie e gli individui. Per quanto riguarda invece l'utente tipo che naviga in rete, il picco di utilizzo si assiste tra i 15 e 34 anni (una media di utilizzo del 76%) per poi decrescere rapidamente con l'età fino ad arrivare ad una percentuale del 5,9% per gli over 65, in media il 44,4 % della popolazione utilizza internet.

Se si tiene conto di questi dati nazionali possiamo stimare, nel territorio del Nuovo Circondario Imolese, un bacino di utenza per quanto riguarda l'accesso ad internet, di circa **58.000 cittadini**. In considerazione di questo, fin dal 2005 l'Azienda ha fatto propria una visione strategica della rete di lungo termine, in cui l'utente e le sue esigenze sono stati presi come riferimento centrale sia della progettazione che della fornitura del servizio, cercando di integrare i canali di erogazione fisici e virtuali dei servizi e aumentando la trasparenza amministrativa. Le informazioni contenute al suo interno sono a disposizione dell'utenza 24 ore al giorno, svincolandosi quindi dagli orari degli sportelli fisici dedicati, e l'adattabilità alle esigenze del singolo diventa totale.

Il canale web, divenuto negli anni un importante ed innovativo mezzo a disposizione dell'utente, rappresenta uno strumento privilegiato di comunicazione istituzioni-cittadini, per questo in fase di progettazione e aggiornamento, si è cercato di dare massima rilevanza ad alcuni aspetti, quali la gestione del portale, la struttura del sito, la mappa chiara ed aggiornata, il motore di ricerca

semplice e funzionale, l'accessibilità²²³, i percorsi (brevi, omogenei e facilmente individuabili); gli strumenti di relazione (spazi per il contatto diretto con il pubblico), il monitoraggio dell'utilizzo del portale. Si è pertanto proceduto alla modifica di alcuni elementi portanti del sito.

In particolare le modifiche apportate hanno riguardato il *menù di navigazione*, che consente all'utente di accedere ai contenuti più semplicemente, poteva essere meglio utilizzato, per cui ai 4 menù principali orizzontali (home, chi siamo, cosa facciamo, mappa del sito), è stata affiancata la sezione Cittadini e la sezione Servizi On Line. Ulteriore miglioramento, anche se minimo, è stato apportato alle pagine "*chi siamo*" e "*cosa facciamo*", riposizionando le macro categorie in modo più evidente. Rispetto alla *usabilità* è stato possibile apportare migliorie al sito potenziando il breadcrumb navigation (termine che indica la modalità di segnalazione del percorso e che mostra la posizione dell'utente all'interno della pagina di un sito es. home→chi siamo→Azienda usl).

Sono inoltre stati introdotti nuovi strumenti di relazione. La *Newsletter Imol@salute*, un servizio di informazione ai cittadini avviato a fine giugno 2010.

A cadenza quindicinale, per ricevere la newsletter sulla propria mail l'utente deve semplicemente registrarsi nella pagina dedicata all'interno del sito. Al momento della registrazione viene richiesta la compilazione di alcuni campi con dati obbligatori (nome, cognome, mail, utente e password) e facoltativi (indirizzo, recapito...): tutte le informazioni potranno essere modificate a piacere dall'utente e la stessa registrazione potrà essere cancellata in qualsiasi momento. La newsletter aziendale, che al 31.12.2010 presenta ancora un numero relativamente basso di iscritti (72), raccoglie i comunicati stampa più rilevanti dell'azienda e contiene tutte le informazioni e le novità più importanti per il cittadino come l'inserimento di nuovi moduli scaricabili dal sito, l'apertura di servizi, cambiamenti di sedi e orari, ect. (vedi figura 5.10).

²²³ Accessibilità intesa come capacità dei sistemi informatici, di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazione, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari. La L. n. 4 del 9/01/2004 (c.d. Legge Stanca), prevede il rispetto di alcuni standard per garantire il completo accesso ai siti istituzionali anche da parti di coloro che necessitano di tecnologie assistive, in particolare è necessario fornire una alternativa testuale equivalente per ogni oggetto non di testo presente in una pagina; evitare oggetti e scritte lampeggianti o in movimento le cui frequenze di intermittenza possano provocare disturbi da epilessia fotosensibile o disturbi della concentrazione; evitare di presentare testi in forma di immagini; rendere selezionabili e attivabili tramite comandi da tastiere o tecnologie in emulazione di tastiera o tramite sistemi di puntamento diversi dal mouse i collegamenti presenti in una pagina, ecc ...

Figura 5.10 – Newsletter aziendale



Dal 15 giugno 2010 è anche stato attivato un *Forum di discussione*: questo nuovo modulo del sito si propone di costituire una finestra di discussione e confronto su temi di sanità e benessere, una opportunità di scambio di opinioni, suggerimenti, richieste e risposte da parte dei cittadini e dei vari professionisti dell'Azienda. Per aprire una discussione, o intervenire in un forum già aperto, non occorre registrarsi ma è sufficiente cliccare in "aggiungi un nuovo tema" o "rispondi", inserire un nickname e il testo del commento. Considerando che si tratta di un sito istituzionale, l'Azienda ha ritenuto di attivare un forum moderato dagli amministratori di sistema. Va rilevato che a 10 mesi dall'avvio il Forum non ha ancora fatto presa sugli utenti navigatori, per cui sarà necessario sperimentare un futuro progetto di sviluppo se si vuole renderlo strumento efficace di scambio e di partecipazione dei cittadini.

Va ribadito anche che, allo scopo di ottenere informazioni volte a migliorare la qualità dei servizi e delle notizie offerte, è presente fin dal 2009 il breve questionario di valutazione rivolto ai visitatori del sito (trova soddisfacente la grafica del sito? Sì/No – Ha avuto difficoltà a trovare le informazioni richieste? Sì/No – Ritieni complete le informazioni presenti sul sito? Sì/No – Suggerimenti).

Per quanto concerne i *servizi on line*, il sito aziendale ha potenziato e messo in evidenza tutto quanto disponibile tra i servizi aziendali e regionali.

Il *Pagamento On line*, di cui Imola è stata tra le prime sperimentatrici garantisce la possibilità di pagamento on line di visite ed esami specialistici prenotati attraverso i CUP dell'Ausl. E' attivo da

ottobre 2008, anche se resta sotto utilizzato rispetto alle potenzialità. Per usufruire del servizio occorre essere in possesso di una carta di credito Visa-Mastercard, di una casella di posta elettronica personale e di una prenotazione CUP, che riporta, in alto a destra, il numero di codice necessario per la prenotazione via web. L'operazione è possibile collegandosi al sito internet dell'Ausl di Imola www.ausl.imola.bo.it nella sezione servizi on line, e seguendo alcune semplici istruzioni. Al termine dell'operazione il cittadino riceve al suo indirizzo di posta elettronica la ricevuta di pagamento, da consegnare all'ambulatorio al momento della prestazione.

La *Guida ai servizi on line* offre informazioni su dove andare, come fare, cosa serve per accedere ai servizi sanitari in Emilia-Romagna; contiene le informazioni necessarie per accedere a tutti i servizi sanitari e socio-sanitari erogati dal Servizio sanitario regionale. Con la pubblicazione delle informazioni sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, la Guida ai servizi on line offre le informazioni già garantite dal Numero Verde Unico del Servizio sanitario regionale, attivo tutti i giorni feriali dalle 8.30 alle 17.30 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30. La banca dati di informazioni è infatti la stessa, costantemente aggiornata da Regione e Aziende sanitarie.

Un altro servizio regionale ben evidenziato dal sito aziendale è *Consulenze Aids*, attraverso il quale è possibile ottenere informazione e consulenza sul tema dell'Aids è anche attraverso Internet: uno specifico sito (Helpaids) offre la possibilità di contattare – via email - medici e psicologi per consulenze personalizzate che, con il consenso dell'interessato/a, vengono pubblicate on line in forma anonima. Il sito offre poi le informazioni su orari e sedi degli ambulatori in cui fare il test HIV, oltre a informazioni e dati sul fenomeno.

Il 2010 è stato ad Imola anche l'anno del lancio del *Fascicolo Sanitario Elettronico Personale*, progetto della Regione Emilia Romagna, di cui Imola è tra le Ausl sperimentatrici, anch'esso inserito nella sezione servizi on-line del sito aziendale. La realizzazione della infrastruttura di scambio informativo SOLE, ed il conseguente adeguamento dei documenti clinici scambiati agli standard nazionali/internazionali, han fatto sì che fosse soddisfatta la premessa tecnologica necessaria alla realizzazione concreta del Fascicolo Sanitario Elettronico personale dei cittadini. Il FSE viene alimentato dai documenti presenti nella rete SOLE, previo consenso da parte dell'utente. Non è infatti prevista, in coerenza con le linee guida emanate dal Garante per la tutela della privacy dei dati personali, la costituzione automatica del FSE.

Le funzionalità disponibili sul portale del cittadino permettono di visualizzare e stampare i documenti veicolati da SOLE; caricare altri documenti in possesso del cittadino; selezionare i documenti che si ritiene non debbano essere visibili ai professionisti clinici. Si può accedere al proprio FSE tramite l'inserimento di credenziali (userid e password) consegnate dopo il riconoscimento personale e l'esibizione di un documento d'identità valido. Nel territorio dell'azienda USL di Imola la sperimentazione del FSE può contare, ai fini dell'autenticazione, sul fatto che molti dei cittadini residenti nel comune di Imola e nel Comune di Castel San Pietro dispongono della Carta di Identità Elettronica essendo i due comuni (che corrispondono al 70%

degli assistiti AUSL) comuni sperimentatori CIE fin dalla prima fase di sperimentazione nazionale, e quindi dispongono già di uno strumento di autenticazione forte compatibile con il FSE.

L'Azienda USL di Imola mette a disposizione per la costituzione del fascicolo sanitario personale del cittadino i referti di laboratorio, referti di specialistica ambulatoriale e di radiologia, i referti di Pronto soccorso e le lettere di dimissione, prodotti a partire dall'attivazione dei servizi SOLE, per tutti i cittadini che hanno dato il consenso al trattamento dei dati nella rete SOLE.

L'Urp on line è il link aziendale attraverso il quale viene contattato via mail l'Ufficio Relazioni con il Pubblico - Urp dell'Ausl di Imola che risponde prontamente all'utente. Nel 2010 sono stati 184 (93 nel 2009) le richieste di informazioni arrivate all'urp on line.

Altra novità 2010 è l'attivazione della *Posta Elettronica Certificata (PEC)* come da DPCM 6 maggio 2009. L'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) dell'Ausl di Imola a cui i cittadini dotati di PEC personale possono rivolgersi è: info@pec.ausl.imola.bo.it

L'Azienda USL di Imola è inoltre dotata di un indirizzo di Posta Elettronica Istituzionale (PEI) per lo scambio di corrispondenza fra Pubbliche Amministrazioni: ausl@pec.ausl.imola.bo.it. pubblicato sull'Indice delle Pubbliche Amministrazioni (IPA) e di una serie di pec di servizio tutte pubblicate nell'apposita sezione del sito.

Il lancio del nuovo sito e degli strumenti/servizi on line a partire da esso accessibili è avvenuto con una conferenza stampa tenutasi nel giugno 2010 (vedi fig. 5.11).

Figura 5.11 - Articolo rassegna stampa giugno 2010



Alla fine del 2010 è invece stato attivato e promosso, sempre con l'ausilio di una conferenza stampa, il nuovo servizio on-line di prenotazione.

Come già segnalato nello scorso BdM, il gruppo tecnico ha previsto tempi medio lunghi perché i nuovi strumenti e servizi immessi all'interno del sito istituzionale possano evidenziare una efficacia comunicativa o di servizio. Peraltro resta assodato che molti servizi on line sono ancora largamente sotto utilizzati dai cittadini, sia causa del digital divide (divario digitale), che di una non consuetudine al loro utilizzo. Le modifiche al sito non hanno comunque l'obiettivo di "forzare" scelte verso i servizi on line, ma piuttosto di proporre una soluzione alternativa che può integrare i normali mezzi a disposizione dell'utenza.

Per quanto riguarda nello specifico i dati di utilizzo del sito rispetto all'esercizio considerato, le visite (compresi i motori di ricerca) sono 805.300 con una media di circa 2.200 visite giornaliere.

Analizzando ed elaborando le statistiche delle pagine più visitate i dati appaiono congrui con la ricerca nazionale Istat che riporta come quasi l'83% dei ragazzi tra i 15 ed i 19 anni acceda ad internet. Fra le pagine più cliccate infatti, oltre ai concorsi ed ai comunicati stampa dell'Azienda, troviamo quelle di più interesse per gli adolescenti: lo Spazio Giovani del Consultorio Familiare ed in particolare la parte dedicata alle malattie sessualmente trasmissibili, i rapporti sessuali e la contraccezione. Dato confermato anche dalle numerose mail che arrivano dal sito direttamente allo Spazio Giovani (113 nel 2010 vs 153 nel 2009).

A seguire, relativamente alla quantità di visite, troviamo le stesse pagine segnalate anche nel 2009, ossia la sezione <<Operazione Trasparenza>>²²⁴ (in particolare gli incarichi di collaborazione dell'azienda, i dirigenti in servizio e relative retribuzioni, le assenze); la sezione dedicata al Dipartimento di Sanità Pubblica: dove il cittadino può reperire informazioni sui servizi (orari e recapiti), modulistica direttamente scaricabile on line ed informazioni di carattere pratico, dalle vaccinazioni ai dati statistici sugli infortuni del Nuovo Circondario Imolese; sezione Screening in particolare la pagina dedicata alle informazioni sul pap-test e sulla mammografia; pagine dell'U.O. Nefrologia e Dialisi, nello specifico la parte dedicata a "come viene effettuata l'emodialisi" e "alimentazione in dialisi"

²²⁴ la legge n. 69 del 18 giugno 2009 ("Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile") impone, all'art. 21, comma 1, che tutte le pubbliche amministrazioni debbano rendere note, attraverso i propri siti internet, alcune informazioni relative ai dirigenti (curriculum vitae, retribuzione, recapiti istituzionali) e i tassi di assenza e di presenza del personale, aggregati per ciascun ufficio dirigenziale

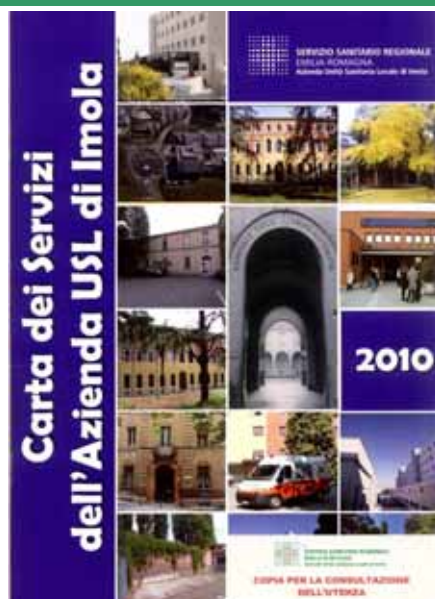
Figura 5.12 - Sito internet Ausl Imola: Home page e Servizi on line



5.1.7 Carta dei Servizi

A fine 2009 un apposito gruppo di lavoro interno alla Direzione Generale in stretta connessione con il Comitato Consultivo Misto degli utenti aveva completato la stesura della nuova Carta dei servizi generale, che già pubblicata integralmente sul sito internet e che all'inizio del 2010 è stata stampata ed inviata per consultazione ai punti informativi aziendali (vedi fig. 5.13). Come di consueto, durante tutto l'anno avviene il progressivo e costante aggiornamento delle singole Carte dei servizi delle Unità Operative, che vede un coinvolgimento di primo piano del personale afferente le diverse Strutture, nella stesura dei contenuti e degli impegni da assumere verso i cittadini. Tutte le Carte vengono periodicamente revisionate ed approvate da un apposito sottogruppo del Comitato Consultivo Misto degli Utenti prima della stampa e della distribuzione diretta presso le varie Strutture.

Figura 5.13 – Carta dei Servizi Aziendale



5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità

Nel contesto di riferimento particolare valenza assume la capacità del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative quali l'adozione di corretti stili di vita, ed in particolare l'attenzione all'esercizio della attività fisica, di corrette abitudini alimentari, che debbono comunque essere viste non solo come strumenti aspecifici di prevenzione primaria, ma anche come indispensabili e mirati sussidi alle terapie anche nella gestione della patologia cronica. Sotto questo profilo, occorre provvedere a riunificare, integrare e far convergere gli ambiti di intervento dei diversi attori aziendali che concorrono all'implementazione di tali strategie.

Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici l'AUSL di Imola deve impegnarsi a stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, cooperazione sociale, ecc., cioè promuovere le collaborazioni con le organizzazioni del territorio per sostenere e sviluppare interventi che tendano a colmare i *gap* nei servizi necessari.

L'assistenza di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico delle malattie croniche, si basa inoltre sullo sviluppo delle capacità, nel personale addetto all'assistenza (infermieri e operatori sociosanitari), di addestrare i pazienti (o i loro *care-givers*) ad una adeguata autogestione della malattia, ad esempio a rilevare periodicamente taluni parametri ovvero l'adesione alle terapie prescritte. Il modello operativo è basato sulla interazione tra il paziente/*care giver* reso esperto da opportuni interventi di informazione e di addestramento ed un team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e Medici territoriali.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al *self-management* e al *follow up*, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere. La comunicazione deve pertanto porsi quale strumento di supporto dei processi di partecipazione e coesione sociale e favorire la promozione della salute anche promuovendo un aumento di competenza e consapevolezza delle persone rispetto alle scelte individuali e collettive.

L'AUSL di Imola, conscia di vivere in un territorio particolarmente "ricco" di capitale sociale, ha scelto di mettere l'ascolto della comunità al centro della propria azione comunicativa, secondo il presupposto che solo l'integrazione tra molteplici soggetti coinvolti nel sistema possa rafforzare la capacità delle persone e delle comunità di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute.

5.2.1 Azienda e cittadini: eventi pubblici e "sistema delle donazioni"

La comunicazione personale diretta tra cittadini e professionisti, in grado di creare legami sociali, ascolto reciproco e *feed back* costituisce uno strumento particolarmente interessante in una dimensione relativamente piccola e fortemente attenta ai temi della salute e della sanità come quella imolese. L'"andare in mezzo alla gente", per quanto organizzativamente faticoso, resta una modalità preferenziale di comunicazione e di relazione che si ritiene stimoli le sinergie tra i diversi attori del

sistema. L'Azienda peraltro sta attivando in tal senso sempre maggiori integrazioni per l'organizzazione congiunta di questi eventi con altri attori sociali (associazioni, enti, portatori di interessi, ecc.).

Nel 2010 sono stati oltre 40 gli eventi almeno co-organizzati e presidiati dallo Staff Informazione e Comunicazione. A fine 2009, è stato concordato fra l'Azienda e l'Ass. di Promozione Sociale INSALUTE l'avvio di una collaborazione indirizzata all'*empowerment* del cittadino-utente affetto da patologie croniche mediante la realizzazione di incontri tematici, affrontati con metodologia didattica già collaudata da INSALUTE (associazione attiva sul territorio dal 2004). Nella prima fase sperimentale l'accordo ha previsto la collaborazione dell'Azienda nella scelta dei temi da affrontare, nel reclutamento di una parte dei docenti (interni) e nel supporto alla comunicazione e all'accoglienza, mentre l'Associazione si è fatta carico degli oneri economici.

Dal 12 Gennaio al 30 Marzo 2010 si sono quindi svolti, con cadenza settimanale, 12 incontri "spot" di un'ora svolti in Ospedale e pertanto con accesso preferenziale ai degenti o ai loro familiari che, nell'ipotesi iniziale, erano il target che si voleva andare a "colpire". I temi trattati sono stati: lombalgia, pressione arteriosa, sindrome metabolica. Hanno partecipato 72 persone (52 femmine e 20 maschi) e poiché alcuni iscritti hanno seguito più corsi il totale delle presenze è ammontato a 173 persone (114 femmine e 59 maschi). La presenza media ad ogni incontro è stata di 14 persone. Sono stati impegnati 11 professionisti. La sperimentazione non ha però raggiunto il target prescelto, (nessun partecipante era ricoverato o familiare di un degente) ed Ausl ed INSALUTE hanno ritenuto di concentrarsi quindi su un target generalista, che - come dimostrato dalla II parte del progetto, svolta sul territorio - ha meglio aderito al programma. Dal 14 Gennaio al 1 Aprile 2010 si sono infatti svolti 12 incontri (uno alla settimana di un'ora: 18 -19), organizzati in 3 corsi, di 4 incontri cadauno sugli stessi temi già affrontati, seppur meno approfonditamente, in Ospedale e tenutisi presso un Centro Sociale del centro di Imola. Sono stati impegnati 12 docenti ed hanno partecipato 93 persone (59 femmine e 34 maschi). 20 persone (21.5%) sono stati sollecitati dai corsi in Ospedale ed hanno continuato a frequentare i corsi sul territorio per approfondimenti. Il progetto sperimentale ha visto, nel corso dei tre mesi di svolgimento (12 Gennaio - 1 Aprile 2010) un impegno di 23 docenti ai quali è stata corrisposta una spesa forfettaria di 2.640,00 € da parte di INSALUTE per un totale di 24 ore di docenza e di 24 ore di preparazione e 24 ore di supporto logistico. Sono stati raccolti ed elaborati 372 questionari. Il Centro Studi INSALUTE ha inviato i nominativi dei partecipanti ai rispettivi Medici di MG affinché potessero essere informati sulla partecipazione dei propri assistiti a questi corsi e poterne nel tempo controllare l'efficacia a livello informativo-formativo. È stata impostata una collaborazione tra lo staff informazione e comunicazione dell'Ausl ed INSALUTE sia a livello organizzativo che di condivisione di contenuti ed impostazioni dei corsi.

A fronte della buona risposta al progetto nella prima sessione nel secondo semestre dell'anno di rendicontazione (settembre - dicembre) sono stati programmati ed organizzati altri 2 corsi (sempre di 4 incontri ciascuno) con la medesima formula prevista per gli incontri generalisti, in cui la retribuzione dei docenti è stata divisa equamente fra l'Azienda e INSALUTE con l'individuazione di una sede interna ad una struttura territoriale dell'Azienda. 19 persone (16 femmine e 3 maschi) hanno frequentato dal

23.09 al 14.10 un corso sulla patologia oculare cronica (cataratta e glaucoma) e 45 persone (22 femmine e 23 maschi) hanno frequentato, dal 28 ottobre all'11 novembre, un corso sulla terapia anticoagulante orale, con un afflusso ed una costante presenza molto soddisfacente.

Il progetto si è dimostrato efficace, aumentando: l'integrazione fra varie figure professionali operanti in sanità e non solo (hanno svolto docenze anche insegnanti di educazione fisica, farmacisti, ecc.), tra questi e i cittadini partecipanti (aumentando i contatti al di fuori dai consueti canali "di cura" e si ritiene possa favorire la prevenzione e l'autocura, ove l'interessato alla patologia cronica e/o i suoi familiari acquisiscono strumenti per monitorare con serietà l'evoluzione della malattia.

Figura 5.14 – Locandina e programma rassegna Oltre la Siepe 2010



All'interno del progetto "Prevenzione incidenti domestici" promosso dalla Regione Emilia Romagna e realizzato dal Dipartimento di Sanità Pubblica, sono stati realizzati 4 incontri pubblici sulla prevenzione degli incidenti domestici negli anziani, svolti in collaborazione con Amministrazioni locali e centri sociali, mentre la Psicologia Ospedaliera, in collaborazione con l'Associazione Vinco Club, ha realizzato 4 incontri su metodi olistici di cura delle malattie croniche ("Percorsi di Cura").

Anche nel 2010, da ottobre a dicembre si è infine tenuta la rassegna "Oltre la siepe" (vedi fig. 5.14), oltre due mesi di iniziative per la promozione della salute mentale e dell'inclusione sociale che vuole affermare fortemente che la salute mentale è un bene di tutti, che va tutelato anche avvicinando i cittadini a questo tema per scoprire loro che il disagio non è qualcosa di astratto, di incomprensibile e di scollegato dalla vita quotidiana. Il territorio dell'Ausl di Imola, particolarmente

segnato dall'esperienza manicomiale, ha saputo nel tempo rendersi protagonista di un processo che è andato dallo smantellamento del manicomio alla progressiva sensibilizzazione della popolazione verso il disagio mentale. Ad Imola da tempo sono attive esperienze che coinvolgono utenti, familiari, operatori dei servizi, studenti e cittadini. Le iniziative sono aperte a tutti prevedono laboratori teatrali, produzioni di spettacoli, incontri sportivi, ed azioni di sensibilizzazione rivolte all'intera cittadinanza.

Sempre in tema di salute mentale, il 2010 ad Imola sarà anche ricordato come l'anno in cui è stata definitivamente chiusa "Villa dei Fiori", storica struttura che alla fine degli anni '60 ospitò il primo reparto imolese per il ricovero psichiatrico volontario, e che dagli inizi degli anni '80 è stata sede del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, luogo di avanguardia del passato che dopo la chiusura del manicomio avvenuta a metà anni '90, è divenuta per gli imolesi simbolo stigmatizzante ed ultimo baluardo dell'area manicomiale dell'Osservanza. A maggio 2010 sono stati infatti inaugurate le due nuove sedi, una ospedaliera e l'altra territoriale, della psichiatria imolese. Con il trasferimento di SPDC e RTI si è raggiunto infine l'obiettivo di portare le degenze psichiatriche all'interno dell'Ospedale, ma soprattutto si sono riportate delle degenze in ospedale, degli ambulatori tra gli ambulatori, e si è completata la destrutturazione progressiva degli spazi psichiatrici "a parte", reintegrandoli con gli altri servizi sanitari, di cura e di vita, in una logica che dà un significato profondo ai luoghi ed agli spazi, che sono uno dei paradigmi della cura.

Un'altra importante inaugurazione (luglio 2010) ha quindi riguardato la nuova area poliambulatoriale chirurgica con apertura del Punto di Accoglienza ambulatoriale, mentre a settembre è stata la volta delle sedi di Nucleo Cure Primarie di Imola, che peraltro di accompagna ad un progetto di continuità assistenziale diurna di particolare rilevanza per oltre la metà degli assistiti della città di Imola.

Nell'ottica di promuovere una crescita del capitale sociale e culturale ed una maggior vicinanza tra Azienda e territorio è stato inoltre dato supporto all'organizzazione della mostra fotografica proposta da una ex paziente oncologica, che attraverso il proprio percorso di cura ha realizzato un libro poetico-fotografico.

Per quanto concerne il **sistema delle donazioni**, forte indicatore di fidelizzazione del territorio e dei cittadini alla loro azienda sanitaria, il 2010 come prevedibile ha risentito della crisi economica ed ha visto un calo delle donazioni in denaro elargite direttamente dai cittadini, in gran parte in memoria di persone defunte, ed indirizzate alla lotta contro i tumori o al sostegno di determinati servizi aziendali. Circa 128.000 euro i fondi raccolti dall'Ausl di Imola nel 2010 *vs* i 152.000 euro del 2009. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha sempre continuato garantito trasparenza, riconoscimento e valorizzazione di ciascun contributo, con le diverse formule di ringraziamento (pubblicazione su stampa locale, ringraziamento personale o comunicazione alla famiglia del defunto dell'avvenuto versamento). I cittadini, anche in questo modo, esprimono solidarietà e fiducia nella attività di prevenzione dei tumori, nell'assistenza oncologica domiciliare e residenziale e nell'attività sanitaria delle diverse unità operative. Vengono curati altresì i rapporti con i donatori

(privati, enti, aziende, istituti e fondazioni) di beni, attrezzature, denaro e contributi per borse di studio/contratti, attraverso la supervisione di tutto il percorso interno, dall'acquisizione alle forme di visibilità.

Anche nel 2010 le molte donazioni in apparecchiature biomediche hanno garantito un alto livello di innovazione tecnologica all'Azienda per un valore di circa 550mila euro.

Si ricordano tra le più rilevanti il mammografo digitale, i due ecografi di alta fascia e l'ecocardiografo donati dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Imola (350mila euro); i due ecotomografi donati dalla Cassa di Risparmio di Imola (120mila euro); l'elettrobisturi completo di modulo argon ed idrodissezione + Insufflatore di CO2 donato dalla UO di Gastroenterologia dalla Fondazione Del Monte di Bologna (€ 85.000). La Fondazione Cassa di Risparmio di Imola ha inoltre finanziato un progetto per l'Autismo per un totale di 23.500 euro nell'anno, mentre con il rinnovo del contratto di tesoreria (2010-2013) la Cassa di Risparmio di Imola ha inoltre acquistato per l'Azienda una nuova riscuotitrice automatica, dal costo di € 21.120. Le casse automatiche sono passate pertanto da 6 a 7 permettendo all'Ausl di coprire il nuovo Pronto Soccorso, logisticamente lontano dall'atrio e dagli ambulatori. Nell'arco del 2010 la Cassa di Risparmio di Imola si è inoltre impegnata a rinnovare completamente hardware e software delle riscuotitrici già presenti per rendere possibili nuovi servizi ai cittadini con il collegamento *on line* con il software CUP per un costo complessivo di € 80.200 a cui vanno aggiunti 35mila/annui per la gestione e la manutenzione di tutte le macchinette ticket.

Infine è stato confermato anche per il 2010 il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Imola che garantisce, in collaborazione con la Cassa di Risparmio di Imola, l'invio a domicilio dei referti di laboratorio a tutti i cittadini che lo desiderano. Un servizio esclusivo di questo territorio, particolarmente gradito ed importante per tutti i cittadini, ed in particolare per coloro che hanno maggiori difficoltà nella mobilità. Nell'anno 2010 sono stati spediti a domicilio 169.192 referti, per una spesa complessiva di circa € 111mila euro sostenuta in gran parte dalla Fondazione (€ 75.500,00) e dalla Cassa di Risparmio di Imola - Gruppo banca Popolare di Lodi (€ 21.000,00), ed in maniera residuale dall'Ausl stessa.

Per il progetto "Bimbe e Bimbi" indirizzato alla raccolta di fondi a favore delle Unità operative aziendali che si occupano dell'infanzia, sono stati raccolti nel 2010 circa 3000 euro donati dall'Associazione Avvocati Imolesi e per circa un terzo, dalla Cassa di Risparmio di Imola-BPL

Non sono infine mancate le donazioni da piccoli privati di beni quali litografie, quadri, piccoli elettrodomestici o elettromedicali, presidi, ecc... a significare l'attenzione costante ed il sostegno del territorio verso la sanità locale.

Sempre con riferimento ai piccoli pazienti dell'Azienda, a febbraio 2010, l'Associazione FACE di Bologna ha voluto donare alla UOC di Pediatria di Imola dei giocattoli da distribuire ai bambini ricoverati, e nel corso dell'anno molti giocattoli sono stati donati anche dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Imola. Nel periodo natalizio, infine, Prenatal Imola ha provveduto a donare gadget e cd musicali che Babbo Natale ha poi distribuito in Ospedale.

Una forma molto importante di donazione, che non vogliamo mai dimenticare, è poi quella di manifestazione della volontà di donare gli organi. In occasione della settimana nazionale della "Donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule" il comitato locale di Imola (che vede integrati operatori dell'Azienda e Associazioni di Volontariato) ha come di consueto organizzato per 4 giornate stand informativi e di acquisizione di volontà alla donazione, ma durante tutto l'anno l'URP, in collegamento con il Ministero della Salute, è il luogo di registrazione dei cittadini dell'AUSL di Imola, corroborata da molte iniziative di sensibilizzazione indirizzate a tutta la popolazione ed in particolare ai giovani attraverso la scuola.

5.2.2 Comitato Consultivo Misto

Il ruolo del Comitato Consultivo Misto degli Utenti è per l'AUSL di Imola fondamentale a vari livelli. Nell'anno di rendicontazione, in particolare, è stata fatta una attenta analisi dei dati Maps dei tempi di attesa, nonché la presentazione di specifici progetti innovativi per i cittadini. L'assemblea plenaria del CCM si riunisce ogni mese, ma ogni anno sono molti i sotto-gruppi tematici, sempre formati da membri del CCM e da operatori aziendali, che svolgono la loro attività su tematiche rilevanti, tra cui si ricorda:

- il gruppo "*analisi dei reclami*" che ogni anno si riunisce periodicamente per analizzare i report relativi alle segnalazioni pervenute all'URP. La relazione annuale del gruppo per l'esercizio in corso si conclude con: "*Il Gruppo Reclami del CCM propone che siano attivate delle azioni di miglioramento finalizzate alla maggior chiarezza delle informazioni sui ticket ed alla promozione di interventi che possano migliorare e/o risolvere le relazioni umane con tutti gli utenti*"
- il gruppo "*carte dei servizi*" che ha partecipato attivamente alla costruzione della carta dei servizi generale dell'Azienda ed ha validato l'aggiornamento delle carte del servizio di Unità operativa (vedi par. 5.1.7).

La collaborazione del mondo del volontariato, si è anche espressa, attraverso attività fattive di sostegno alla facilitazione dell'accesso, dell'informazione e dell'ascolto dei cittadini. I volontari delle Associazioni aderenti al CCM, sempre coordinati dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, hanno garantito l'assistenza ai cittadini nell'utilizzo delle nuove forme di pagamento con le macchine riscuotitrici. Inoltre i volontari sono per l'Azienda risorse imperdibili nella loro costante e fattiva collaborazione alle indagini di **qualità percepita** (vedi par. 5.2.3).

Durante l'anno sono stati esaminati i risultati della indagine sulla Qualità delle cure in ospedale svolta nelle unità operative di degenza a fine 2009 ed è stato elaborato un documento per le proposte di azioni di miglioramento. Un membro del CCM ha partecipato ai lavori del gruppo di progetto sulla qualità percepita del "Progetto nascita".

Nel 2010 i volontari del CCM hanno promosso e progettato insieme all'equipe Pronto Soccorso generale/PS ortopedico l'indagine "La rilevazione della qualità percepita nei servizi di pronto soccorso della Azienda USL di Imola", utilizzando il nuovo questionario regionale. I volontari

hanno consegnato il questionario ad un campione di 1000 utenti nel mese di aprile ed hanno partecipato attivamente anche alla fase di immissione dati e analisi dei risultati.

Infine, nel 2010 il CCM è stato coinvolto direttamente nella programmazione e nella rendicontazione aziendale. Il direttore generale ha voluto presentare ad inizio anno le "Linee di indirizzo del Piano strategico aziendale 2010-2013" ed ha dato riscontro dell'avanzamento delle azioni nel corso dell'anno. Il presidente ed il vice presidente del CCM sono stati nominati membri del Gruppo n. 4 del Piano Strategico "Facilitazione ed Equità nell'accesso dell'utenza ai servizi".

5.2.3 Comitato Utenti e Familiari – Salute Mentale

Nel dicembre 2009 era stata deliberata l'istituzione il Comitato Utenti e Familiari (CUF) della Salute Mentale-Dipendenze Patologiche, secondo quanto definito dalla D.G.R. n. 313/09, laddove si prevede l'attivazione di meccanismi di partecipazione da parte degli utenti e dei loro familiari e dalla Circolare 5 del 05/05/2009 "Indirizzi alle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna per l'istituzione dei Comitati Utenti e Familiari – Salute Mentale". Il CUF ha la finalità di favorire la comunicazione tra le Associazioni presenti nel territorio e il Dipartimento di Salute Mentale con la facoltà di esprimere, sollecitare e verificare interventi relativi a qualità dei servizi, attività e prestazioni erogate; organizzazione delle Unità Operative del DSM-DP; monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza; monitoraggio della realizzazione del Piano Attuativo Salute Mentale a livello locale. Al CUF partecipano, per l'Azienda, il direttore del Dipartimento Salute Mentale DSM-DP, il direttore della Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza, il direttore delle Dipendenze Patologiche, il direttore dell' UO Territoriale, il direttore infermieristico di area il responsabile URP, un operatore in rappresentanza di ogni settore del DSM, ed un dirigente dell'ASP rappresentante per gli Enti Locali. Nel CUF sono rappresentate 9 Associazioni, per un totale di 12 volontari, in considerazione della decisione condivisa per cui le Associazioni che rappresentano famigliari e pazienti hanno espresso un rappresentante per ciascuna di queste categorie.

Come per il CCM, la sede e la segreteria organizzativa di questo organismo coincidono con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Il CUF di Imola ha quindi nominato il proprio rappresentante presso la Consulta Regionale della Salute Mentale.

Nel 2010 il CUF ha svolto una attività intensa e costruttiva: quattro sedute plenarie, la nomina degli organi, la costruzione del regolamento e l'avvio del Gruppo di lavoro CUF - Qualità Percepita che ha promosso, progettato e realizzato nel mese di novembre l'indagine di qualità percepita dagli utenti del Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche con il questionario regionale "La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale e nei servizi per le dipendenze patologiche" che ha interessato tutti gli ambulatori Centri di salute mentale, il Sert, l'ambulatorio nuove droghe ed il centro antifumo. Il CUF ha partecipato inoltre ad una iniziativa di formazione, insieme alle equipe del DSM-DP, propedeutica all'indagine. Il Comitato si è anche presentato ai cittadini pubblicamente nel corso dell'iniziativa "Come sta la salute mentale?" realizzata nell'ambito della rassegna annuale "Oltre la siepe".

5.2.4 Rilevazione della qualità percepita

Il 2010 è stato un anno importante per la funzione di rilevazione della qualità percepita dell'AUSL di Imola, svolta dall'URP, supportata da un sociologo esperto in analisi dei dati e realizzata grazie al contributo e all'impegno dei membri del CCM e del neonato CUF.

La qualità percepita del ricovero

Per quanto concerne l'indagine di **qualità percepita del ricovero ospedaliero**, svoltasi su persone che hanno avuto una degenza superiore ai due giorni nell'ultimo trimestre 2009, il 2010 è stato un anno di analisi e valutazione dei risultati, a cura del Comitato consultivo misto e delle equipe, nonché di individuazione e messa in campo di azioni di miglioramento rispetto ai suggerimenti dei rispondenti (ad esempio la realizzazione di libretto informativo per il paziente operato di protesi d'anca a cura dell'Unità Operativa di Ortopedia).

L'indagine 2009 è stata la settima rilevazione che l'Azienda UsI di Imola ha attivato per conoscere il giudizio dei cittadini ricoverati. L'Azienda ha adottato come pilota il questionario regionale, frutto di un lavoro condiviso in Agenzia Sanitaria Regionale e ben accolto dal CCM.

E' stata, inoltre, ripristinata la modalità di consegna postale, adottata dal 2002 al 2006, con l'invio del questionario direttamente al domicilio dell'ex degente e la richiesta di compilazione e rinvio all'Azienda tramite busta preaffrancata.

Nel 2009 i pazienti dimessi dagli stabilimenti ospedalieri dell'Azienda UsI di Imola, nel periodo ottobre-dicembre, sono stati complessivamente 2.972.

I questionari rispediti compilati all'Azienda sono stati 1.442, pari al 48,5% del campione di riferimento costituito da tutti i dimessi nel trimestre. Rispetto al 2007, che registrò un calo di ritorni (944: il 41%) determinato dalla modalità di consegna "a mano" del questionario alla dimissione, si registra un incremento (+7%), che riporta la quota ai livelli delle altre edizioni: 2006: 47%; 2005: 51,3%; 2004: 58%; 2003: 55,5%; 2002: 48%.

Il 55,3% del campione dichiara di essere stato ricoverato passando dal PS, mentre il 33,8% tramite ricovero programmato. L'88% ritiene adeguato il tempo trascorso tra prenotazione e ricovero programmato mentre il tempo di attesa tra l'arrivo in reparto e la consegna del letto viene giudicato positivamente nel 90% dei casi. In ambito di eccellenza si colloca anche la valutazione delle informazioni ricevute (85%). Più diversificato risulta il giudizio sul materiale informativo: positivo nel 60% dei casi, negativo per il 6,5%, mentre un 32,6% dichiara di non aver ricevuto alcun materiale. I giudizi positivi sul **personale medico** collocano in ambito d'eccellenza gli aspetti legati a: gentilezza e cortesia (96,3%), disponibilità all'ascolto (93,4%), informazioni sulle condizioni di salute (91,8%) e tempo dedicato (90%). Le informazioni sui rischi legati alle cure vengono giudicate positivamente dall'81,5%, una quota consistente, anche se inferiore rispetto agli altri aspetti. Il confronto coi dati rilevati nella precedente indagine 2007, possibile per la dimensione relazionale (gentilezza e disponibilità), conferma lo stesso alto gradimento. I giudizi sul **personale infermieristico** risultano, come per i medici, ampiamente eccellenti: gentilezza e cortesia (96%), disponibilità all'ascolto (93%), capacità di mettere a

proprio agio (93,6%), disponibilità a dare chiarimenti (90,7%). Anche per gli infermieri la valutazione sulla dimensione relazionale (gentilezza e disponibilità) conferma l'eccellenza rilevata nel 2007. La domanda che valuta l'aiuto ricevuto dal personale per la propria igiene personale (non viene specificato se personale infermieristico o personale OSS), raccoglie un 87,2% di giudizi positivi.

Il giudizio sul **rispetto della privacy** nello scambio di informazioni riservate risulta positivo per il 92% dei rispondenti, come il rispetto della privacy nello svolgimento di operazioni delicate in presenza di altri pazienti, che ottiene una quota pari all'90,3% di giudizi positivi, in totale coerenza con quanto rilevato nel 2007.

La valutazione sulle informazioni ricevute in merito al **trattamento del dolore** è così distribuita: 73,8% giudizi positivi, 4,5% giudizi negativi e 17,6% che risponde di non aver ricevuto informazioni. Quest'ultimo dato se letto insieme ai giudizi negativi potrebbe evidenziare una criticità, ma la risposta potrebbe essere stata data anche da coloro che non sono passati da un'esperienza di dolore. Il gradimento in questo caso, rispetto al dato rilevato nel 2007 (86,2%), evidenzia un peggioramento pari a - 12,4 punti percentuali. Alla domanda che chiede al paziente se durante il ricovero ha sentito dolore e il 52% risponde affermativamente. A coloro che hanno sentito dolore, si chiede se è stata somministrata una terapia (senza specificare antidolorifica) e il totale dei rispondenti – superiore al totale che ha affermato di aver avuto dolore – nel 15% dei casi dichiara di non averla ricevuta. L'ultima domanda riguarda la valutazione della terapia antidolorifica: anche in questo caso coloro che esprimono un giudizio risultano superiori rispetto a quelli che dichiarano di aver ricevuto una terapia. L'esito di quest'ultima domanda evidenzia un giudizio positivo espresso dal 92% dei rispondenti, in coerenza con quanto registrato nel 2007 (92,8%). Rispetto a questa batteria di domande si ritiene, per le prossime edizioni, di suggerire una riflessione, anche a livello regionale, sull'appropriatezza dei quesiti a più livelli, in quanto possono generare confusione e determinare risposte non congruenti tra loro, soprattutto quando manca chiarezza e le indicazioni non indirizzano in maniera inequivocabilmente coloro che rispondono.

La valutazione in merito agli **aspetti organizzativi** esprime un gradimento eccellente rispetto alla collaborazione percepita tra il personale del reparto (90,3%), e ancor più sugli orari di visita per familiari e conoscenti (95%). Il giudizio sulla collaborazione tra il reparto e altri servizi è positivo per il 78%, quota inferiore poiché un 15% risponde "non so", ritenendo probabilmente di non possedere elementi sufficienti per valutare.

Eccellente anche la valutazione degli **ambienti**, che per i singoli aspetti indagati ottiene giudizi positivi oltre il 90% dei rispondenti, con un picco del 98% per la pulizia delle stanze e dei corridoi. Il gradimento registrato nel 2007, viene sostanzialmente confermato rispetto alla dimensione della pulizia, mentre, rispetto all'ultima edizione, migliora di 8 punti percentuali la tranquillità/silenzio nel reparto ed incrementa del 2,2% la soddisfazione per i pasti.

In riferimento ai **servizi alberghieri** il gradimento è alto, in particolare per l'igiene della biancheria dei letti (97%). Ottiene un gradimento inferiore la qualità del cibo ed anche la possibilità di scelta del menù.

Le **informazioni ricevute alla dimissione**, sulle cure da eseguire, vengono giudicate positivamente dal 91% dei rispondenti. Le percentuali di consenso si abbassano lievemente quando si chiede il giudizio sulle informazioni date in merito ai controlli da effettuare successivamente (86,2%), ai sintomi da tenere sotto controllo (78,8%) e al personale a cui rivolgersi dopo la dimissione (78,8%). Le ultime domande del questionario raccolgono un giudizio complessivo sull'esperienza del ricovero, tenendo conto anche delle aspettative e dello stato di salute del paziente al momento della dimissione. Il 95,3% di coloro che hanno risposto al questionario compilato esprimono un giudizio complessivamente positivo sui servizi ricevuti.

Interessante riscontrare che, a conferma dell'alto **gradimento generale**, circa la metà dei rispondenti (49%) dichiara che l'esperienza vissuta è stata migliore di come se l'aspettava e il 45,6% di aver ricevuto un servizio conforme alle proprie aspettative. Solo il 5,4% afferma che il servizio ricevuto è stato peggiore rispetto alle proprie aspettative.

Sullo **stato di salute al momento della dimissione** il questionario chiede di esprimere un punteggio su una scala da 1 a 5, dove 1 indica lo stato peggiore e 5 quello migliore. Il valore medio delle risposte pari a 3,7 conferma la positività dell'esperienza ospedaliera.

I pazienti e i loro familiari hanno risposto all'invito ad esprimere liberamente opinioni personali, elogi e consigli: i questionari con risposta alla **domanda aperta** sono 514 (35,64%), mentre erano 358 nel 2007 (37,3% sul totale). I volontari "esperti" del CCM hanno trascritto i testi integrali, gli operatori URP hanno svolto l'analisi e hanno inviato ad ogni équipe l'elenco dei suggerimenti, anonimi, dei propri pazienti. L'analisi ha focalizzato 639 espressioni di soddisfazione/insoddisfazione, che sono state classificate secondo le categorie, già utilizzate negli anni precedenti, della classificazione regionale (CCRQ) in uso per la gestione delle segnalazioni URP. Le persone hanno riportato suggerimenti ed elogi riferiti non solo al reparto di degenza, ma anche ad altre strutture o a condizioni specifiche: Pronto Soccorso, medico di famiglia, percorso operatorio e anestesiologicalo, neomaternità, condizione di straniero. In particolare le persone hanno scritto molte osservazioni e suggerimenti sul Pronto Soccorso: struttura, organizzazione, percorsi privacy.

La qualità percepita nei servizi di Pronto Soccorso

A circa un anno dall'attivazione del Pronto Soccorso nella nuova sede DEA, l'Ausl di Imola, in collaborazione con il Comitato Consultivo Misto degli Utenti, ha avviato un'indagine di qualità percepita rivolta agli utenti che si sono recati presso il PS generale o Ortopedico, dal 12 al 25 aprile. L'indagine, fortemente voluta dalla Direzione aziendale e dallo stesso Dipartimento di Emergenza Accettazione, è stata coordinata e supportata dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico e dal Comitato Consultivo Misto degli Utenti.

Il gruppo di lavoro Qualità percepita/PS composto dai professionisti e dai volontari CCM ha costruito il progetto di fattibilità ed ha scelto di adottare e sperimentare il questionario regionale, strumento inedito elaborato dall'Agenzia Sanitaria Regionale coerentemente con le riflessioni sviluppate da un gruppo di lavoro regionale che ha coinvolto le Aziende Sanitarie e Ospedaliere dell'Emilia-Romagna.

Il questionario è stato consegnato in busta chiusa dai volontari del C.C.M. (presenti in PS dalle 8 del mattino alle 20 di sera dal lunedì al venerdì) o dagli operatori del P.S. (nelle ore notturne e nei prefestivi e festivi). Gli utenti hanno potuto scegliere se rispondere alle domande prima di uscire dal servizio, depositando poi il questionario compilato negli appositi contenitori oppure a casa propria, spedendolo poi per posta nella busta preaffrancata allegata. Le 34 domande del questionario, definite dal gruppo regionale e pertanto omogenee e confrontabili per tutti i PS della nostra regione, indagavano diverse aree di percezione di qualità da parte del fruitore del servizio (accesso, attesa, personale, prestazione ricevuta, ambienti, gestione del dolore, dimissione, esperienza complessiva e, per gli stranieri, mediazione linguistica-culturale) ed è stato distribuito ad un campione di 1000 persone che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso tra il 12 ed il 25 aprile e a cui sia stato assegnato un codice bianco, verde o giallo (i codici rossi sono stati esclusi dall'indagine a fronte della loro criticità clinica).

I questionari raccolti presso i PS generale ed ortopedico sono stati complessivamente 328 che, su circa 1.000 questionari distribuiti, rappresentano il 33% di ritorno.

I questionari raccolti e compilati, riferiti al PS generico sono 252, mentre quelli che fanno riferimento al PS ortopedico sono 76. Nelle valutazioni sulla fase di accesso "*Quanto tempo ha aspettato tra il momento in cui è arrivato al Pronto Soccorso (assegnato il codice colore) e quando è stato chiamato negli ambulatori per la visita? Come valuta questo tempo di attesa?*" solo il 62,3% degli utenti esprime un giudizio positivo e l'11,5% dei rispondenti afferma di aver atteso più di 3 ore. Il dato non trova riscontro oggettivo nelle rilevazioni dei tempi di attesa monitorate dal servizio nel periodo di indagine, probabilmente in quanto l'utente considera l'intero iter diagnostico comprensivo di tutte le prestazioni successive la visita e variabili a secondo della situazione clinica ma anche perché la percezione del tempo in attesa di essere presi in carico è comunque distorta dalla paura dell'ignoto.

La valutazione del **personale infermieristico**, viene fatta considerando due momenti: il primo è l'attesa, che presenta un ottimo valore (94,2%) per quanto riguarda la cortesia e gentilezza, mentre sono positivi, ma migliorabili ulteriormente la chiarezza delle informazione sul codice colore (76,1%), il rispetto e la riservatezza della privacy (79.1%) e l'attenzione ai bisogni (79%). Il secondo momento valutato è durante la visita. Il giudizio è ottimo sia per quanto riguarda la cortesia e la gentilezza (96.6%), che la disponibilità all'ascolto e (91,9%).

*"Durante la permanenza in PS ha avuto l'impressione che la sua **situazione fosse tenuta sotto controllo?**"* (la domanda è collocata nella prima parte del questionario - attesa zona triage-prima di entrare negli ambulatori). Il 40% si è sentito costantemente sotto controllo, il 24% solo

in alcuni momenti, mentre nel 26,8% dei casi la risposta è per niente e raramente. Il dato è stato oggetto di discussione all'interno del gruppo Qualità percepita – CCM ed equipe. E' ipotizzabile che il termine "sotto controllo" venga intesa come presa in carico, ma va comunque segnalata la sensazione dei pazienti.

La valutazione che riguarda il **medico del ps** (durante la permanenza negli ambulatori) è ottima: il 91,8% degli utenti dà un giudizio positivo sulla cortesia e gentilezza, l'88,8% sulla disponibilità ad ascoltare, l'85,6% sulle informazioni sullo stato di salute e l'83,21% sulle informazioni sul trattamento e sulle cure ricevute.

I locali e gli ambienti ambulatoriali e relativa igiene hanno ricevuto un giudizio molto positivo (98,1%).

Le informazioni fornite alle dimissioni dei pazienti dal PS che riguardano comportamenti da seguire a casa, controlli successivi e rapporti con medico di famiglia hanno una valutazione positiva tra il 78,5% e l'84,2%, mentre quelle che riguardano la necessità di pagamento o meno del ticket sanitario sono adeguate e complete solo per il 62,5% degli utenti. In generale questo item denota una possibilità di miglioramento.

Complessivamente l'assistenza ricevuta al PS viene giudicata positiva dall'86,9% dei cittadini.

Al di fuori del PS, il 36,4% degli utenti ritiene che nessun'altra struttura o servizio avrebbe potuto rispondere ai suoi bisogni.

Dall'analisi delle risposte alle **domande aperte** si rileva la prevalenza e ricorrenza delle parole cortesia e gentilezza (molto apprezzate e desiderate) e "rispetto della privacy" attesa e desiderata, ma non sempre rispettata forse anche a causa delle dimensioni strutturali dell'open space del nuovo PS di Imola.

In conclusione gli utenti hanno apprezzato e riconosciuto la cortesia e la gentilezza del personale infermieristico e la disponibilità dei medici, mentre sono stati meno soddisfatti delle informazioni in generale, sui codici colore e sul pagamento ticket. Il rispetto privacy è risultato insufficiente per il 19% nella fase di attesa, mentre migliora nel successivo percorso ambulatoriale.

Sono inoltre insufficienti le informazioni sui percorsi alternativi al PS e migliorabile l'accoglienza.

A seguito dei risultati, il gruppo Qualità percepita/CCM/équipe di PS ha proposto azioni di miglioramento per il 2011 e promosso interventi realizzati nel 2010 relativi all'accesso esterno al PS (segnaletica per disabili, per ingresso ambulanze /mezzo proprio e pedonale, divieto fumo).

La qualità percepita nei servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Nel 2010 si è realizzato il nuovo assetto del dipartimento, le strutture territoriali della salute mentale si sono collocate presso il Polo territoriale di Imola e contemporaneamente i reparti di degenza si sono trasferiti all'interno dell'ospedale Santa Maria della Scaletta. Inoltre, come specificato precedentemente, tra il 2009 ed il 2010 si è verificato un ulteriore passaggio dal sottogruppo del CCM sulla Salute mentale al CUF, ovvero da una forma precedente di partecipazione alla valutazione dei servizi di salute mentale nata in seno al CCM aziendale ad un Comitato specifico composto da associazioni, pazienti, familiari volontari e professionisti del DSM-

DP. Questa due condizioni hanno reso possibile la costruzione condivisa del progetto e la realizzazione dell'indagine sulla "*Qualità percepita nei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche*" sperimentando, per ultimi, il nuovo questionario regionale.

Il ruolo del neonato CUF è stato importante quanto l'entusiasmo dei professionisti che hanno realizzato insieme un percorso di lavoro di progettazione, formazione, somministrazione del questionario. I questionari sono stati consegnati da tutti gli operatori degli ambulatori CSM e servizi DP ad ogni utente degli ambulatori durante tutto il mese di novembre. Gli operatori hanno spiegato le motivazioni della rilevazione ed hanno invitato le persone a compilare il questionario (una volta sola nel mese di rilevazione) e ad inserirlo nell'apposita cassetta all'uscita dell'ambulatorio.

L'indagine di qualità percepita si è svolta sugli utenti del Centro di Salute Mentale di Imola, compresi i frequentanti gli ambulatori decentrati di Borgo Tossignano, Castel S. Pietro e Medicina. In tutto sono stati somministrati 370 questionari, con un ritorno valido del 68,4% (259).

Per quanto riguarda le **informazioni ricevute** dal CSM riguardo regole di accesso, orari ecc., l'86.2% dei pazienti ritiene che esse siano state *date in modo chiaro dagli operatori* e che essi siano disponibili nei loro confronti a eventuali chiarimenti. Alcuni elementi possono comunque essere migliorati. Per quanto riguarda la **prenotazione di appuntamenti/visite**: il 78.9% degli utenti ritiene che sia semplice fissare o spostare un appuntamento. Sui **tempi di attesa tra prenotazione e prestazione**: il 70.4% dei pazienti ritiene che il tempo di attesa fra la prenotazione e la prestazione sia breve. Sul **rispetto degli orari degli appuntamenti** invece solo il 70.6% dei rispondenti si esprime positivamente. Ottimo il **rapporto con gli operatori**: gli utenti concordano nel considerare i professionisti del servizio disponibili ad ascoltare, secondo l'86.3% e l'89.2% hanno dato informazioni chiare e complete rispettivamente a condizioni di salute e terapie ricevute. Il 90% dei pazienti quindi ha *molta fiducia* negli operatori e nel loro lavoro; l'85.4% ritiene di essere *coinvolto nel progetto di cura*; l'87% *di ricevere sostegno* dagli operatori e l'89% si sente *rispettato*.

Le CURE sono un altro ambito di valutazione che ha ricevuto giudizi positivi: l'84,8% degli utenti ritiene di ricevere cure adeguate a ciò di cui hanno bisogno e l'83.8% che il progetto di cura aiuti a migliorare la propria salute. Il dato è molto positivo, tanto che l'86.2% di chi riceve questi trattamenti si sente di consigliare ad un amico o un parente che ha bisogno di aiuto di usufruire di questo servizio e dei suoi trattamenti.

Per quanto riguarda **la struttura fisica**, l'85% degli utenti ritiene che la sede sia facilmente accessibile e che i locali siano confortevoli e l'84% trova le *pratiche amministrative* (come il pagamento del ticket), *semplici*.

Agli utenti che usufruiscono di questo servizio è stato poi chiesto di dare alcuni *suggerimenti* (domanda aperta) per migliorarne la qualità. Sono emersi così alcuni aspetti critici su cui porre l'attenzione: privacy in sala di attesa, rispetto orari di visita, necessità di una maggior attenzione

alla persona, nell'ascolto e comprensione dei problemi. In conclusione, l'88.4% degli utenti si ritiene soddisfatto complessivamente del servizio.

Nei servizi per le dipendenze patologiche, sono stati distribuiti dagli operatori un totale di 78 questionari con un ritorno del 69,2% (in valore assoluto 54). 38 sono stati immessi nella cassetta dal *Ser.T.*, 6 dall'*ambulatorio Nuove droghe*, 10 dal *Centro Anti Fumo*.

Particolarmente gradite le **informazioni**, chiare riguardo orari, regole di accesso ecc.. per il 94.3%. Altrettanto positivo l'**orario di apertura**: il 92.5% degli utenti è concorde nel ritenerli adeguati alle proprie esigenze. Anche in questa rilevazione, come per il CSM, i **tempi di attesa** risultano un dato critico: solo il 67.9% ritiene che il tempo che intercorre tra prenotazione e prestazione sia breve e solo il 79.2% degli utenti afferma che gli orari degli appuntamenti sono rispettati.

Un'altra percentuale che richiede attenzione riguarda la **situazione dei locali**, l'81% dei pazienti ritiene che siano confortevoli, ma solo il 75% ritiene che essi garantiscano la privacy. Per quanto riguarda l'accessibilità delle strutture, il 94.3% degli utenti è d'accordo sul fatto che la sede sia facilmente accessibile.

Agli utenti che hanno risposto al questionario è stato chiesto di valutare gli **operatori del servizio**. Ottime le espressioni: il 96.2% è d'accordo sul fatto che siano disponibili ad ascoltare e che portino loro rispetto, il 92% è d'accordo sul fatto che diano informazioni sulle condizioni e sulle terapie chiare e complete, il 90.6% che siano pronti a dare sostegno nei momenti di difficoltà. Per quanto riguarda le CURE, il 94.3% degli utenti ritiene che il servizio fornisce loro l'aiuto di cui hanno bisogno, il 92.5% che il progetto di cura lo aiuti a migliorare la salute e l'88.5% che il progetto di cura lo aiuti ad uscire dalla dipendenza. Infine, il 96.2% consiglierebbe ad un amico/genitore di rivolgersi a questo servizio nel caso in cui ne avesse bisogno.

Agli utenti inoltre è stato chiesto di esprimere liberamente suggerimenti, per migliorare la qualità del servizio. Molti hanno ritenuto che andasse bene così, per il resto i suggerimenti pervenuti riguardano: miglioramento della sede/spazi che devono essere migliorati/ampliati, maggiore disponibilità ad ascoltare. Complessivamente il 94.3% dei pazienti si ritiene soddisfatto dei servizi ricevuti.

Entrambe le rilevazioni hanno visto un ottimo coinvolgimento degli operatori nel proporre l'indagine, la buona adesione degli utenti e il sostegno dei volontari e delle associazioni dei familiari e utenti. Il dato significativo che chiude il cerchio della qualità è l'adesione all'affermazione "*Ho fiducia negli operatori che mi seguono*" perché esprime lo stesso spirito/valore con cui CUF ed equipe hanno condiviso l'indagine. Per l'anno prossimo il gruppo si impegna a individuare le azioni di miglioramento che si tradurranno in impegni del patto della qualità dichiarato nella carte dei servizi.

Sul **Percorso Nascita** nel 2010 è stato avviato un gruppo di lavoro misto per il coinvolgimento delle donne, accompagnatori e operatori per la valutazione dei servizi (*focus group*) e la costruzione condivisa di proposte di miglioramento (*open space technology*).

5.2.5 Campagne e materiali informativi

Nel corso del 2010 sono state realizzate 6 campagne informative aziendali, oltre all'organizzazione locale delle campagne regionali e nazionali, a cui l'Azienda ha deciso di aderire (ulteriori 7).

In un caso si è scelto di riprodurre una campagna informativa attuata nel 2009, selezionando il target degli stranieri: è stato pertanto tradotto in varie lingue l'opuscolo prodotto nel 2009 "Monossido: killer silenzioso", anche valutando che gli incidenti di intossicazione da monossido occorsi sul territorio in effetti molto spesso avevano come protagonisti persone provenienti da altri paesi. La scelta comunicativa è stata di non tradurre interamente l'opuscolo in una delle 5 lingue straniere individuate come le più comuni sul territorio (arabo, rumeno, cirillico, inglese, francese), ma di tradurre frase per frase lasciando sempre come prima lingua l'italiano, tentando così una sorta di alfabetizzazione del migrante rispetto alla lingua locale (vedi fig. 5.23). Quindi sono stati prodotti 5 diversi opuscoli, la cui distribuzione è avvenuta anche con il sostegno delle comunità migranti presenti sul territorio.

2 delle campagne informative 2009 hanno riguardato progetto di assistenza primaria: il progetto continuità assistenziale diurna e il progetto ricezione telefonica. Nel primo caso l'obiettivo era comunicare agli assistiti di 29 medici di famiglia di Imola l'opportunità garantita dal progetto di avere un medico a disposizione nell'intero arco diurno delle 12 ore; nel secondo caso, il progetto ha riguardato 11 medici di famiglia e quindi era indirizzato ai loro assistiti e prevedeva la possibilità di ricevere una risposta telefonica da una infermiera formata ad hoc nelle ore in cui il proprio medico non era presente in ambulatorio e con l'opportunità di essere messi in contatto con lo stesso medico in caso di effettiva necessità. I target di popolazione in questi casi erano diversi ma precisamente segmentati dal loro riferimento al medico di famiglia, pertanto, una volta comunicati i progetti, nella loro valenza generale, attraverso i consueti mezzi stampa, ci si è indirizzati verso una produzione e distribuzione selettiva dei materiali informativi dedicati.

Le ulteriori campagne informative hanno riguardato la promozione dei corsi di laurea per professioni sanitarie svolti sul territorio, la riproposizione di una campagna sul diabete 1 nella scuola ed il supporto alle iniziative "Oltre la Siepe".

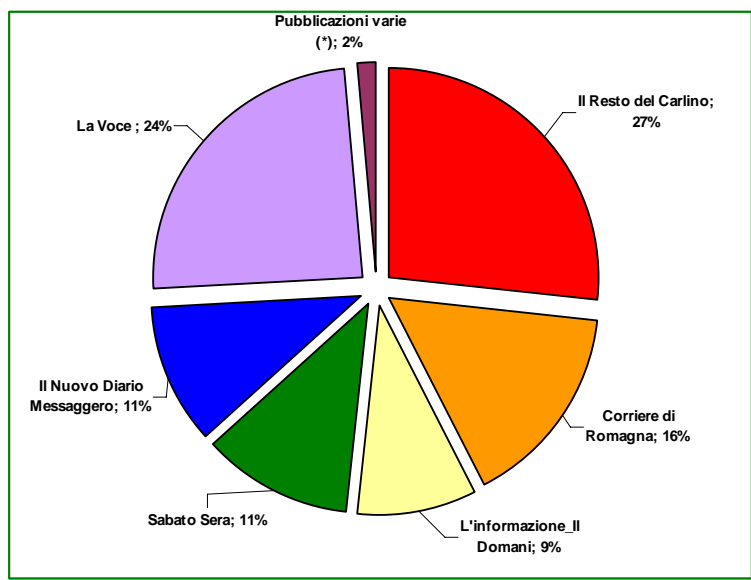
Figura 5.15 – Alcune pagine dell’opuscolo Monossido Killer silenzioso (italiano-arabo e italiano-rumeno)



5.2.6 Mass-media

L’ufficio stampa aziendale è il referente per tutte le relazioni con i mass media ed anche nel 2010 ha curato, attraverso i classici strumenti del settore, il flusso informativo costante con questi importanti stakeholder.

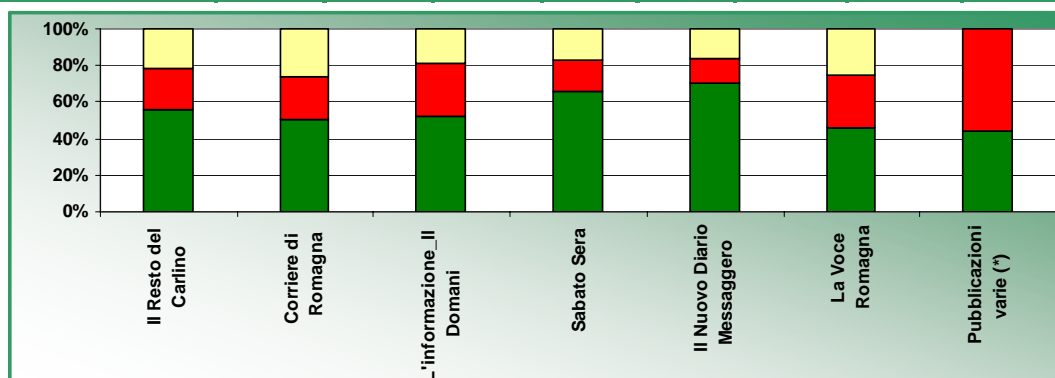
Grafico 5.16 - Distribuzione % delle pubblicazioni sui quotidiani e settimanali locali. Anno 2010



Il Grafico 5.16 mostra la distribuzione percentuale delle pubblicazioni (articoli) sui quotidiani e settimanali locali per l’anno 2010.

Tabella 5.17 - Articoli sull'AUSL di Imola, per testate e per posizioni assunte. Anno 2010

Giornali	Positivi	Negativi	Neutri	Totali	%	% Positivi	% Negativi	% Neutri
Il Resto del Carlino	158	65	60	283	27%	56%	23%	21%
Corriere di Romagna	85	40	45	170	16%	50%	24%	26%
L'informazione_Il Domani	52	28	19	99	9%	53%	28%	19%
Sabato Sera	80	21	21	122	11%	66%	17%	17%
Il Nuovo Diario Messaggero	82	15	19	116	11%	71%	13%	16%
La Voce Romagna	119	75	66	260	24%	46%	29%	25%
Pubblicazioni varie (*)	7	9	0	16	2%	44%	56%	0%
Totale	583	253	230	1.066	100%	55%	24%	22%

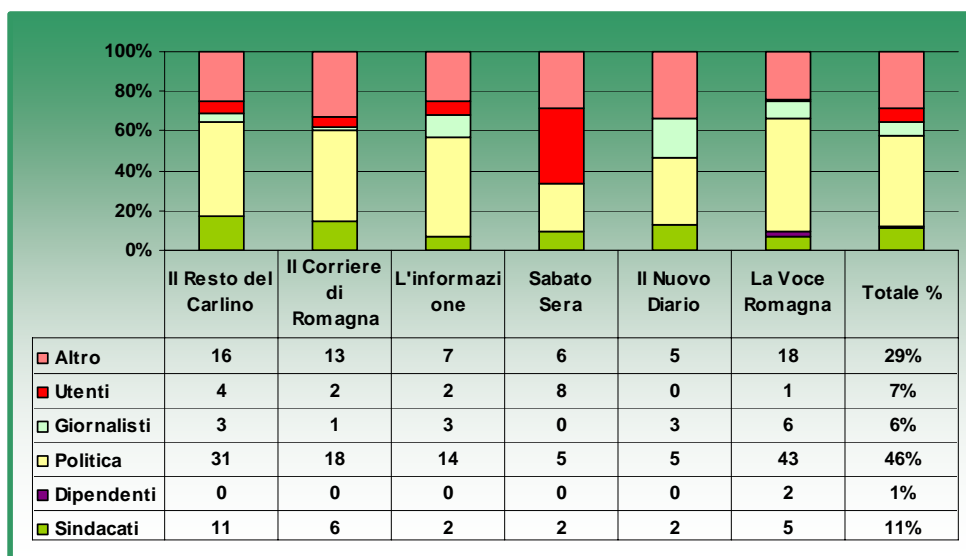


Il totale delle pubblicazioni su carta stampata (Tabella 5.17), in grado di influenzare l'immagine interna e pubblica dell'Azienda - si escludono, perché non rilevate, le uscite su radio e televisione - è stato di 1.066 articoli, suddivisi e classificati (con analisi del contenuto) in: 583 positivi (55%); 253 negativi (24%); 230 neutri (22%). Il raffronto con l'anno precedente mostra una sensibile diminuzione degli articoli pubblicati, che però nel 2009 registravano picco (1.003 nel 2008; 1.205 nel 2009; 1066 nel 2010). Lo scostamento del numero di "uscite" tra i tre anni rilevati (2008-2009-2010) differenzia l'analisi percentuale della distribuzione dei gruppi per contenuto rispetto a quella in valore assoluto.

Percentualmente, infatti, riscontriamo un lieve aumento degli articoli "positivi" (55% nel 2010 vs 54% nel 2009 e 2008), più consistente per i "negativi" (24% nel 2010; 21% nel 2009; 28% nel 2008), ed una lieve diminuzione del gruppo "neutri" (22% nel 2010 vs 25% nel 2009); mentre in valore assoluto si registra un forte calo di quelli "positivi" e "neutri" ed una sostanziale stabilità di quelli "negativi" (253 nel 2010 vs 258 nel 2009). Questa stabilità ci permette di ragionare in termini percentuali rispetto all'analisi delle fonti di articoli negativi, in netta riduzione rispetto al 2009 per quanto riguarda gli interventi diretti dei cittadini (7% vs 17%). Sono ancora una volta le fonti politiche-partitiche le prioritarie "produttrici" di immagine negativa, anche se in percentuale lievemente minore rispetto all'anno precedente (46% vs 50%). In costante calo nel triennio è la conflittualità espressa dai sindacati (2010: 11%; 2009: 14%; 2008: 29%), mentre resta stabile la posizione dei giornalisti (6% vs 5%). Nel Grafico 5.18 mostriamo la distribuzione, anche per testata giornalistica. Il dato "Altro" si riferisce in genere ad episodi di cronaca (contenziosi aziendali, incidenti all'interno delle strutture sanitarie, casi di malasanità, ecc..).

Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Grafico 5.18 - Articoli negativi 2010 suddivisi per testata e fonte



Analizzando la produzione di specie aziendale (Tabella 5.19), rileviamo 206 uscite stampa (18 conferenze e 188 comunicati stampa) contro le 213 del 2009 (12 conferenze e 201 comunicati).

Tabella 5.19 - Conferenze stampa e comunicati stampa. Anno 2010

2010	CONFERENZE STAMPA	COMUNICATI STAMPA	Attivo	Risposta
Gennaio	Presentazione Campagna "Monossido: killer silenzioso"	14	9	5
Febbraio	"Tempo di doni in Pediatria" L'Associazione Fa.Ce. dona giocattolini per i piccoli ricoverati della Pediatria di Imola	15	11	4
Marzo		17	11	6
Aprile	✓ Donazione Elettroidrobustori da parte di Fondazione Del Monte di Bologna e Ravenna ✓ Presentazione progetto "Imola Cammina, promozione dell'attività motoria nelle persone anziane"	11	10	1
Maggio	✓ Inaugurazione nuove sedi DSM ✓ Presentazione Settimana Nazionale Donazione Organi, Tessuti e cellule	14	13	1
Giugno	Sanità on line per i cittadini	17	13	4
Luglio	✓ Presentazione Bilancio di Missione ✓ Inaugurazione nuova sede Poliambulatori C e Punto di Accoglienza Ambulatoriale	18	15	3
Agosto	Percorsi di Cura: ciclo di seminari organizzati da Psicologia ospedaliera in collaborazione con Ass. Vinco Club	7	5	2
Sett.	✓ Presentazione delle sedi degli Ambulatori di Continuità Assistenziale Diurna presso il Polo territoriale Città di Imola ed il quartiere Pedagna zona A ✓ Da Imola a Meldola e ritorno - Accordo tra Fondazione Cassa di Risparmio di Imola, IRST Meldola e Ausl Imola	15	12	3
Ottobre	✓ Progetto di consulenza/supervisione tecnica sugli aspetti di analisi del comportamento nel trattamento dei minori con Disturbi dello Spettro Autistico. ✓ Inaugurazione Ambulanza donata da Legacoop imola ✓ Presentazione Progetto Rotary Club imola "Prevenire? Si può" Consigli pratici per prevenire il tumore del colon retto	21	18	3
Nov.	✓ Presentazione del nuovo mammografo digitale e di 3 ecotomografi donati dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Imola ✓ Nuove opportunità per i cittadini imolesi: prenotazione on line e nuove riscuotitrici automatiche con il contributo di Cassa di Risparmio di Imola	20	19	1
Dicembre	✓ Cassa di Risparmio di Imola dona due ecotomografi all'Ausl di Imola	19	17	2
TOTALE	18	18	18	0
		206	171	35

L'analisi di dettaglio indica poi che circa l'82% dei comunicati è di tipo attivo, ossia rappresenta un'iniziativa aziendale e non una risposta ad articoli o richieste specifiche dei giornalisti. Sostanzialmente invariata la percentuale di pubblicazione dei comunicati emessi su almeno una testata 88,8%, mentre è in calo la percentuale delle uscite aziendali raccolte da 3 o più testate (69,7% vs 85% del 2009).

Tra le iniziative di comunicazione proattiva continuate nel corso del 2009, si segnala la redazione settimanale della rubrica "Carlino Salute", in uscita ogni giovedì su Il Resto del Carlino Imola. Nel 2010 sono stati pubblicati 49 articoli. "Carlino Salute" è divenuto oramai un appuntamento settimanale consolidato (l'esperienza è stata infatti avviata nel 2004) attraverso la quale l'Azienda comunica ai cittadini, principalmente su tematiche di educazione alla salute, prevenzione e terapia di particolari patologie, accesso e corretto utilizzo dei servizi sanitari locali.

Dall'estate del 2010 la rubrica ha però subito una drastica riduzione degli spazi dedicati, passati da una intera pagina alla metà.

Nel 2010 si è anche interrotta, seppur temporaneamente la pubblicazione della rivista dei Dipartimenti di Sanità Pubblica di Imola e Bologna "StarMeglio".

Nel complesso, questi dati ci dicono che il calo di oltre il 15% di pubblicazione sulla stampa locale non può riferirsi esclusivamente ad una minore produzione di specie di tipo attivo in termini quantitativi. L'ipotesi pertanto è che è la qualità dell'informazione trasmessa alla stampa a modificarsi in termini di una minore "notiziabilità".

In particolare, da un'analisi puntuale dell'11% circa dei comunicati a cui non ha fatto seguito alcuna pubblicazione sulla stampa risulta che hanno sempre meno *appeal* le informazioni di servizio (peraltro dovute), quali modificazioni di orari e/o sedi di servizi minori; proclamazioni di scioperi o assemblee sindacali e comunicazioni di piccoli eventi pubblici (incontri, corsi, cene di beneficenza, ecc...) soprattutto se reiterati periodicamente. Va comunque anche considerato che il 2009 è stato un anno particolarmente intenso in termini di comunicazione (si pensi all'inaugurazione del nuovo DEA e dei poliambulatori territoriali, all'influenza A/H1N1, al cambio di direzione generale), mentre il 2010 non ha avuto particolari acmi comunicativi.

Per quanto concerne l'utilizzo del **mezzo televisivo**, nella prima parte del 2010 è continuata la collaborazione con l'emittente televisiva locale Canale 11, sostenuta da una monosponsorizzazione, che ha permesso la produzione e messa in onda di rubriche "AUSL informa" quindicinali, trasmesse da gennaio a maggio (Figura 5.16). Le trasmissioni 2010 fanno parte di un ciclo di 17 totali trasmissioni avviatosi nell'autunno 2009 (e che seguiva al ciclo di precedente 2008-2009).

Professionisti aziendali hanno inoltre partecipato, su invito, a trasmissioni di Canale 11 quali "Spazio Aperto" e "Vivere in Salute". Quest'ultimo format in particolare (intervista ad un medico) ha visto nel 2010 la partecipazione di 10 direttori di Unità Operativa dell'Ausl di Imola.

Nel 2010, inoltre, si è avviata una collaborazione con l'emittente Telesanterno-Telestense per tre trasmissioni televisive del ciclo "Salute e Sanità": "Dimmi quanto, cosa, come mangi..." (tema

Gastroenterologia) del 03/06/2010; "Comunicare: istruzioni per l'uso" (tema Urologia) del 12/05/2010; "La medicina che accetta le sfide" (tema Riabilitazione mielolesioni) del 24/06/2010. I servizi girati in esterna per queste produzioni sono poi stati ritrasmessi nel corso dell'estate nell'ambito della rubrica "Primo Piano" di Telesanterno.

Figura 5.20 – Rubrica televisiva "AUSL INFORMA". Date di messa in onda e titoli anno 2010

11-13 gen	<i>Colon irritabile</i>
25-27 gen	<i>Sicurezza nei cantieri</i>
8-10 febb	<i>Mal di schiena</i>
22-24 febb	<i>Le malattie neurologiche</i>
8-10 mar	<i>Ginecologia microinvasiva</i>
22-24 mar	<i>Oculistica e trapianto di cornea</i>
5-7 apr	<i>I Nuclei Cure Primarie</i>
19-21 apr	<i>Le disfunzioni urologiche in pazienti mielolesi</i>
3-5 mag	<i>Otorinolaringoiatria e la chirurgia funzionale del naso</i>
17-19 mag	<i>Inaugurazione Dipartimento Salute Mentale</i>

5.2.7 Piano Salute e Benessere Sociale

Al suo secondo anno di realizzazione, il Piano di Zona Salute e Benessere Sociale 2009-2011 è definito sulla base del Profilo di Comunità ed individua gli obiettivi generali e settoriali per la pianificazione locale, in un'ottica di integrazione degli interventi nelle diverse aree: sociale, socio-sanitaria, area della non autosufficienza e sanitaria relativa ai servizi territoriali.

Questo fondamentale strumento, costituito da 6 Tavoli di lavoro (Welfare; Responsabilità familiari, capacità genitoriali, diritti dei bambini, giovani e piena applicazione della legge 194/1978; Prevenzione e contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio sociale – salute mentale; Anziani - disabilità; Prevenzione malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e sicurezza), agisce il processo di programmazione, sviluppo ed implementazione della rete dei servizi dell'ambito distrettuale di Imola, con l'intento di perseguire un percorso di progressiva qualificazione delle risposte sociosanitarie messe a disposizione dei cittadini. Questa organizzazione di lavoro rappresenta l'esplicitazione del superamento del concetto di specificità, infatti i progetti elaborati da ogni singolo tavolo con uno sviluppo triennale non riguardano una categoria e/o un singolo aspetto sociale, ma il benessere di tutte le comunità locali.

Il Tavolo "Prevenzione malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e della sicurezza", il cui coordinamento tecnico è stato affidato al Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Ausl di Imola ha sviluppato durante tutto l'anno di rendicontazione le azioni previste nelle "schede di intervento" presentate all'interno del documento di riferimento, sempre nell'ottica della mobilitazione e del coinvolgimento di tutte le risorse del territorio (pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea, private, ecc...) e ricercando l'integrazione delle politiche sociali, sanitarie, ambientali, urbanistiche abitative, formative, occupazionali e culturali.

Di seguito si elencano sinteticamente i progetti dell'Area prevenzione malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e della sicurezza del 2010.

"Le città in cammino" - Incremento dell'attività motoria nella popolazione anziana.

La popolazione presenta un tendenziale invecchiamento e spesso in questa fase della vita si è propensi alla sedentarietà e all'isolamento. Pertanto, la promozione dell'attività motoria nella persona anziana risulta importante in quanto determina il miglioramento dell'autonomia funzionale, favorisce la socializzazione e previene malattie correlate alla sedentarietà. L'obiettivo specifico di questo progetto è stimolare la popolazione anziana (ma non solo) a praticare con continuità una attività motoria che possa garantirle benefici di prevenzione delle malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete, cancro del colon osteoporosi, ecc.. Oggi è dimostrato che una attività motoria come il cammino (walking) migliora la salute della popolazione di ogni età, tanto che nelle realtà più avanzate gli stessi medici la prescrivono in alternativa ad alcuni farmaci. Tra le iniziative promosse nel 2010 ricordiamo **"Imola Cammina"**, che ha realizzato nel quartiere residenziale Pedagna di Imola un percorso pedonale di 3 km, suddiviso in due anelli distinti, appositamente attrezzato, corredato da pannelli informativi posti su 12 piantane (vedi fig. 5.21). I pannelli indicano la posizione in cui ci si trova e spiegano, via via che si procede nella camminata, la tecnica del cammino, i benefici che il movimento produce nel fisico e nella mente, quali sono gli abiti e le calzature più consoni da indossare durante le passeggiate, i vantaggi per la socializzazione e per il rispetto verso l'ambiente naturale che ci circonda. Questo progetto, unico in Italia, è stato inaugurato ufficialmente all'inizio di maggio 2010, alla presenza delle maggiori autorità cittadine. Nelle settimane a seguire, nel percorso pedonale sono state organizzate passeggiate di gruppo programmate "open space" a cadenza bisettimanale, condotte da insegnanti in scienze motorie, in modo da far acquisire le competenze e le motivazioni necessarie ad una pratica di cammino corretta, efficace ed autonoma. Il largo successo dell'iniziativa ha indotto gli organizzatori ad ampliare il numero di questi corsi per accettare tutte le persone che ne hanno fatto richiesta. Ogni incontro si è articolato in una fase iniziale di riscaldamento, seguita da una passeggiata e da una fase finale di defaticamento. L'istruttore ha promosso tra i partecipanti la formazione di piccoli gruppi, che hanno individuato leader che potessero dare continuità all'iniziativa anche al termine del corso. A conclusione di ogni iter di incontri è stato quindi distribuito ai partecipanti un libretto appositamente realizzato, recante descrizioni e fotografie degli esercizi appresi durante il corso. Punto di forza è proprio l'ampio coinvolgimento di una pluralità di soggetti: Ausl di Imola, Comune di Imola, Centro Sportivo italiano Comitato di Imola, Auser di Imola. Per coinvolgere il maggior numero di persone del quartiere l'iniziativa è stata pubblicizzata attraverso la stampa locale e materiali informativi (volantini e depliant), ma anche attraverso l'antico ed efficace mezzo del *passaparola* fra gli abitanti del quartiere. L'iniziativa ha trovato un largo consenso e nel corso dell'anno è stata progettata la sua estensione ad un ulteriore quartiere di Imola (Zolino) e al Comune di Castel San Pietro Terme, che hanno inaugurato i loro percorsi nel maggio 2011.

Ulteriore iniziativa contenuta nel progetto globale "Città in cammino" è "Passeggiate nel parco", che nasce a seguito di un'indagine conoscitiva condotta qualche anno fa dal Piano per la Salute, atta a conoscere l'offerta di attività fisica per anziani presente nel territorio imolese sia nel privato che nel pubblico. Questa fase di analisi è stata importante per organizzare iniziative utili ed alternative a quelle già presenti, che rispecchiassero le esigenze di questa fascia della popolazione in termini di stimolo di attività motoria, di relazioni sociali, e di sostenibilità economica. Di qui sono scaturiti i corsi gratuiti "Passeggiate al Parco - Impariamo insieme a guadagnare in salute", 6 passeggiate associate ad esercizi di ginnastica dolce, nel verde del Parco delle Acque Minerali di Imola. Una docente di scienze motorie ed un medico dello sport, durante i vari incontri, hanno insegnato ai partecipanti gli esercizi più efficaci da ripetere in autonomia anche a casa. Al termine dei corsi, che si sono svolti con grande successo nel 2008, 2009 e 2010 è stato consegnato ai partecipanti un libretto elaborato appositamente con descrizione e fotografie degli esercizi appresi durante il corso e facilmente ripetibili in autonomia.

Il corso svoltosi nel maggio del 2010 ha coinvolto 70 partecipanti (anziché i 40-50 inizialmente previsti), anche grazie all'ampia pubblicizzazione dell'iniziativa effettuata tra gli associati AUSER.

Laddove il progetto sposta la propria attenzione sull'anziano affetto da malattie croniche, ma in condizioni di salute stabile, ecco le iniziative relative all'**Attività Fisica Adattata (AFA)**.

La malattia cronica tende a ridurre le capacità funzionali dell'individuo, comprese quelle riguardanti lo svolgimento delle normali azioni quotidiane. L'anziano pertanto rischia un isolamento che peggiora la disabilità e la dipendenza, con conseguente riduzione della massa muscolare. L'obiettivo dell'AFA è interrompere questo circolo vizioso incoraggiando gli anziani a svolgere attività fisica in gruppi selezionati, con il duplice scopo di evitare la sedentarietà e la solitudine. Con questo progetto pilota si è proposto un Corso AFA inizialmente limitato al quartiere Pedagna, con la prospettiva di organizzare successivamente ulteriori corsi sul territorio imolese. Con la collaborazione del CSI Comitato di Imola, dell'Unità Operativa di Medicina Riabilitativa e dell'Ausl di Imola, nelle strutture AUSER di quartiere, tra ottobre e dicembre 2010 si sono svolti incontri di AFA con cadenza bisettimanale. Al corso hanno partecipato 12 utenti che seguendo le indicazioni dei fisioterapisti hanno effettuato programmi personalizzati rispetto al grado di disabilità individuale per riattivare e mantenere le funzioni psicofisiche favorendo un recupero di autonomia e autostima. Nel maggio 2010 il progetto AFA è stato illustrato ai medici di medicina generale referenti dei Nuclei delle Cure Primarie dell'Ausl di Imola, per la condivisione della prescrizione all'AFA.

Infine, sempre con l'obiettivo di favorire l'attività fisica, migliorare gli stili di vita e la socializzazione degli anziani, il progetto Città in Cammino prevede l'organizzazione di corsi di attività motoria per la terza età, realizzati da AUSER. Nel 2010 ne sono stati realizzati 4, con cadenza bisettimanale, che hanno visto la partecipazione di un totale di 80 anziani.

Fig. 5.21 – Alcuni dei pannelli informativi posti lungo il percorso pedonale Imola Cammina



"Pet Therapy" - Promozione alla salute e ad una migliore qualità della vita per portatori di handicap psicofisico e anziani.

Le persone disabili e gli anziani spesso hanno problemi di autonomia funzionale e solitudine. E' dimostrato che vivere con un animale domestico permette di creare un rapporto affettivo importante che aiuta a sentirsi più attivi, vitali e meno soli. Il progetto si propone di favorire la riattivazione e/o l'apprendimento delle competenze relazionali compromesse dalle patologie, sfruttando il contesto della relazione dell'individuo con l'animale per raggiungere obiettivi cognitivi, motori, comunicativi e sociali. Nel 2009 è effettuata la ricerca del materiale per la progettazione, a cui è seguita l'organizzazione del corso di Pet-Therapy "Un cane per amico; un alleato per la salute", (ottobre 2009), costituito da 4 incontri tenuti dai medici veterinari dell'AUSL di Imola e dagli operatori di *Pet-Therapy* dell'Associazione di Chiaramilla, dedicato alla formazione specifica degli operatori coinvolti nel progetto.

Nel 2010, presso la struttura per anziani affetti da demenza "Casa Alzheimer" sono stati svolti 12 incontri, per una durata totale di 6 mesi. Le due operatrici presenti hanno lavorato con circa 8 utenti in un unico gruppo. Ogni incontro, a cadenza settimanale, ha avuto la durata di un'ora, durante la quale veniva svolte diverse attività. Gli incontri sono sempre iniziati con l'avvicinamento degli animali agli ospiti, tenevano in braccio i cani, li accarezzavano, pettinavano, somministravano loro il cibo. L'aspetto del prendersi cura, come anche dell'aiutare gli altri, è di per sé un'attività terapeutica. La seconda metà dell'incontro invece era dedicato ad attività individuali e di gruppo, come il giocare a lanciare la pallina direttamente al cane o piuttosto passarsela tra anziani per evitare che il cane la prenda, rafforzando in tal modo il legame di collaborazione e cooperazione tra gli stessi anziani. Ugualmente, presso la struttura per disabili "Casa Azzurra" e "Don Leo Commissari" si sono svolti 12 incontri, dapprima in coppia (due ospiti per volta), in

modo da poter lavorare con ciascuno individualmente. Ogni coppia era accompagnata da un ragazzo del gruppo con il quale si era svolta l'attività nel 2009, a sostegno dei nuovi partecipanti. Tutti i ragazzi coinvolti (una decina) hanno manifestato un grande interesse per il cane, la capacità di controllare le attività ed una buona consapevolezza del corpo e degli spazi.

"Movimento e salute" e "Cortili per gioco" - Attività motoria e mobilità sostenibile nelle 3° Classi delle Scuole Primarie di Imola e Mordano

Combattere le abitudini di sedentarietà nei ragazzi in età scolare, destinati a diventare stili di vita propri dell'adulto e pertanto assai difficili da modificare.

Il progetto **Movimento e salute** si prefigge di promuovere stili di vita più salutari, con particolare riguardo al movimento che bambini e bambine della scuola primaria svolgono a casa, nei luoghi che frequentano nel tempo non scolastico e a scuola.

Come già segnalato nello scorso BdM nel 2010 sono stati elaborati i risultati della ricerca-intervento nel 2009 su un campione di 637 bambini delle classi terze primarie di Imola e Mordano (su un totale di 687), che conferma come il contesto sociale e culturale non orienti a sufficienza i nostri bambini verso l'attività fisica, né a scuola, né a casa e nella comunità. Tale esito sono stati presentati e commentati con i genitori in incontri mirati effettuati nei vari Istituti Comprensivi svoltisi tra marzo e aprile 2010. I genitori intervenuti hanno dimostrato un vivace interesse a quanto esposto e alla proposta di creazione del Pedibus per il tragitto casa/scuola, che hanno convenuto rappresenti uno strumento efficace per spronare i bambini a svolgere attività motoria, favorendo al contempo la socializzazione e migliorando la mobilità sostenibile attraverso una riduzione del traffico in prossimità delle scuole. Gli esperti hanno dato la loro disponibilità e collaborazione per la risoluzione di eventuali problemi organizzativi ed hanno fornito gadget utili all'iniziativa (es. bretelle fluorescenti, mantelline impermeabili con cappuccio...) agli alunni partecipanti. Nell'anno esperienze di Pedibus si sono avviate a Medicina e Mordano-Bubano (vedi figura 5.22). A Medicina il Pedibus è partito l'8 novembre. Inizialmente si è protratto per una settimana e la partecipazione è stata in media di 80/90 bambini al giorno. Il 15 novembre è partito il Pedibus a Mordano e Bubano. Castel Guelfo di Bologna ha preso contatti con il referente del progetto per avere una collaborazione nell'organizzazione del Pedibus per la primavera 2011. Nel 2010, su tutte le classi della scuola di Bubano è stata effettuata un'indagine conoscitiva sui giochi di movimento del passato: ai bambini è stato chiesto di raccogliere informazioni da genitori e nonni, favorendo peraltro – come obiettivo secondario – un recupero della memoria che non deve mai essere dato per scontato. I giochi sono stati quindi raccolti in schede e commentati in classe, e i ragazzi hanno scelto quelli che preferivano. Nel 2011 si realizzerà un manuale dei giochi scelti che sarà distribuito nella festa scolastica di fine anno.

Infine, si stanno costruendo accordi per estendere il progetto "Attività motoria e Mobilità sostenibile" agli ulteriori 8 Comuni del Territorio imolese: l'obiettivo è di effettuare l'indagine conoscitiva nelle 3° classi delle scuole primarie. All'iniziativa hanno già aderito un Istituto Comprensivo (Dozza Imolese-Castel Guelfo) ed una Scuola Paritaria.

"A piedi e in bici a scuola con gli amici" - Attività motoria e mobilità sostenibile nelle scuole primarie e secondarie di Imola

Il progetto avviatosi nel 2009 ha avuto come primo obiettivo la promozione dell'autonomia di bambini e ragazzi e della mobilità ciclopedonale nei percorsi casa-scuola per gli alunni della scuola primaria e secondaria di primo grado del I.C. n. 7 di Imola.

Sono stati coinvolti il corpo docente, gli alunni e i genitori, costituendo gruppi di lavoro coadiuvati da un pedagogo, incaricato specificatamente dall'Amministrazione comunale come consulente esterno, e da rappresentanti dall'Ausl e della Polizia Municipale.

Si sono svolti incontri con i genitori, a cui sono stati somministrati dei questionari per rilevare i punti critici dei percorsi ciclopedonali che collegano casa e scuola. A queste rilevazioni sono seguiti interventi strutturali da parte del Comune per correggere gli elementi di rischio della rete ciclabile. Sono quindi stati affrontati precisi percorsi progettuali, differenziati negli scopi e nei contenuti in relazione alle tipologie di scuole e classi. Si sono attivati sia attività didattiche di studio finalizzate alla sensibilizzazione su temi di mobilità sostenibile che laboratori volti a migliorare le conoscenze sull'uso della bicicletta e sulla sostenibilità ambientale. Anche in questo progetto una delle azioni realizzate ha riguardato la costituzione di un Pedibus. Il progetto è proseguito anche nell'anno scolastico 2010/2011 grazie ai genitori che si sono autogestiti nell'organizzazione del "Pedibus" scolastico, a cui partecipano circa 40 di bambini. Il progetto ha altresì previsto attività di formazione degli insegnanti da parte di consulenti specializzati per consolidare e trasmettere il percorso didattico svolto all'interno delle attività formative scolastiche.

A fine agosto 2010 il Ministero dell'Ambiente ha approvato il "Progetto di ciclabilità urbana" che prevede la realizzazione di Pedibus in tutti gli Istituti Comprensivi Imolesi, con uno stanziamento di oltre 400.000 mila euro per la sua realizzazione. Oltre al Ministero partecipano a finanziare il progetto gli altri partner coinvolti nella sua realizzazione (Area Blu, l'Associazione Camina, la fondazione Univerde, il Centro ricerche applicate per lo sviluppo sostenibile e le scuole stesse). Si lavorerà per estendere gradualmente il progetto a tutte le scuole primarie e medie dell'imolese basandosi sull'esperienza pilota dell'Istituto Comprensivo 7.

Fig. 5.22 – Immagini della giornata di inaugurazione del Pedibus 2010 a Medicina e Mordano



“Mobilità sostenibile.....che passione all’AUSL di Imola!”

L’abuso dell’utilizzo dell’auto è uno dei maggiori responsabili dell’inquinamento atmosferico, degli incidenti stradali e della sedentarietà. L’Ausl di Imola in quanto maggiore Azienda del territorio e “produttrice di salute”, ha percepito il “dovere” di dare il buon esempio nel cambiare le abitudini che portano all’eccessivo utilizzo della macchina. Sensibilizzare i lavoratori sull’importanza di una mobilità sostenibile per diminuire gli incidenti, il traffico veicolare con il maggior utilizzo della bicicletta e di mezzi pubblici ed anche ridurre l’inquinamento atmosferico. In particolare la mobilità casa-lavoro rappresenta una occasione per cambiare i comportamenti in difesa della salute e dell’ambiente. In questo senso sono continuate anche nel 2010 le campagne informative interne per promuovere mobilità alternative nei dipendenti, attraverso *interventi strutturali* (incremento del numero e della qualità dei parcheggi per bici dei dipendenti, coperti e sicuri rispetto al pericolo di furto); *convenzioni* per l’acquisto di biciclette, per l’esecuzione diretta dei contratti di bici-sharing e per l’acquisto di un pacchetto di abbonamenti annuali all’autobus per le tratte Imola/Bologna, Imola/Comuni del Circondario, Autobus Urbani di Imola, a prezzo super agevolato 25 euro cadauno (contro un prezzo pieno di circa 600 euro); organizzativi (facilitazioni nelle formazioni degli equipaggi in car pooling e agevolazioni nel parcheggio con posti riservati).

Nell’aprile 2010 è stata modificata sostanzialmente la viabilità dell’Ospedale Santa Maria della Scaletta di Imola, secondo logiche di facilitazione dell’accesso e della sicurezza per pedoni e ciclisti, aumentando considerevolmente gli stalli protetti per le biciclette. Il Mobility Manager dell’AUSL ha operato per completare il progetto di miglioramento della viabilità e sosta nell’area ospedaliera attraverso una nuova regolamentazione dell’accesso/viabilità su tutte le aree. In particolare la riorganizzazione - che ha anche apportato modifiche strutturali con un ampliamento dei posti auto e l’attivazione di un parcheggio per i dipendenti - ha previsto la regolamentazione con sbarre elettroniche attivabili tramite appositi pass su tutte le aree di viabilità e sosta; l’individuazione di distinte zone riservate a parcheggio per il personale dipendente e per auto di servizio e autorizzate; l’ampliamento delle aree di sosta riservate a disabili e ad utenti dializzati; l’interdizione totale ai veicoli a motore del vialetto di ingresso all’ospedale che è pertanto suddiviso in corsia ciclabile e corsi pedonale.

“Un campo prove per la sicurezza”

Gli infortuni sul lavoro hanno ancora un’importante incidenza nella comunità. Da qui il bisogno di contrastare il fenomeno con tutti i mezzi, anche con una formazione pratica sul campo.

Il progetto si propone pertanto di creare uno spazio per effettuare la formazione pratica per la sicurezza nei cantieri e nelle Aziende. Nel 2009 è stata completata la progettazione di una iniziativa economica da parte di Aziende del territorio che avvii e gestisca la realizzazione del progetto nella città di Imola. Nell’ambito delle "Settimane della sicurezza" (Novembre 2010) si è organizzato un corso sulla "formazione pratica per la sicurezza sul campo" con l’allestimento di un campo prove di addestramento nell’autodromo. L’evento si è articolato con una parte teorica che si

è fatta nel box, mentre nel paddock si è attuata una parte pratica costituita da dimostrazioni di prove antincendio, pronto soccorso, utilizzo di muletti, macchine utensili e agricole.

Nel 2011 si ipotizza di identificare una sede decentrata in cui siano poste macchine industriali, piazzole attrezzate per esercitazioni e simulazioni legate al tema della sicurezza, integrando la pratica con corsi teorici di addestramento per il personale delle aziende, non solo locali ma anche regionali. Va sottolineato il particolare interesse mostrato dalle Aziende del territorio per questo innovativo progetto.

“Paesaggi di Prevenzione”

Il progetto Paesaggi di Prevenzione intende fornire agli insegnanti uno strumento didattico multimediale (DVD) che utilizzi informazioni utili per affrontare con gli studenti le problematiche dei corretti stili di vita. Nell'anno scolastico 2010/2011 si è previsto di effettuare un trial di valutazione a valenza biennale che valuti l'efficacia di un intervento mirato, tenendo conto delle reali capacità della scuola a sostenere percorsi di promozione della salute con modalità di programmazione partecipata e condivisa. L'obiettivo è di valutare l'efficacia dell'utilizzo del DVD stesso. Lo studio coinvolge le scuole secondarie di primo grado (seconda media: ragazzi e ragazze di 11-12 anni) e le scuole secondarie di secondo grado (prima superiore: ragazzi e ragazze di 14-15 anni), prevedendo anche la selezione di un gruppo di controllo, che non utilizzerà il DVD.

Le scuole selezionate sono state divise in coppie, tenendo anche in considerazione la tipologia di scuola (professionale o non professionale), all'interno di ogni coppia si è definito la scuola di intervento e quella di controllo.

In marzo la Regione ha inviato l'elenco delle scuole campionate. Per il nostro territorio sono state selezionate: le scuole secondarie di primo grado Orsini per l'intervento e Innocenzo da Imola per il controllo e le scuole secondarie di secondo grado Cassiano da Imola per l'intervento e Ipia delle Alberghetti per il controllo.

Il progetto prevede, per le scuole di intervento, la somministrazione di un questionario in ottobre 2010, l'utilizzo del DVD durante l'anno scolastico e quindi la somministrazione del questionario a giugno 2011, e a giugno 2012. Nelle scuole di controllo vengono somministrati i questionario con la medesima periodicità senza che durante l'anno sia utilizzato il dvd.

A luglio 2010 sono stati contattati i dirigenti delle scuole selezionate, peraltro già informati dall'Ufficio scuola regionale. Per sollecitare l'adesione e nei mesi di luglio e agosto si è effettuato il percorso di formazione sulle tecniche utilizzate dal DVD. In ottobre si è svolto l'incontro con le insegnanti della scuola media Orsini per la formazione sul contenuto e modalità di utilizzo del DVD e si è provveduto alla somministrazione dei questionari sia nelle scuole di intervento che nelle scuole di controllo.

“Piano di comunicazione sulla mobilità sostenibile”

Continuare a parlare e a fare mobilità sostenibile, promuovendola con ogni strumento comunicativo-relazionale possibile ed integrando in una logica comune tutti gli interventi realizzati a tal fine, dai vari attori, sul territorio, è l'obiettivo di questo “progetto ombrello”.

Nel 2010 i componenti del "Tavolo Malattie Evitabili" hanno partecipato e dato visibilità a molti eventi di aggregazione in linea con gli obiettivi di sostenibilità ambientale e movimento quali la Bicicletтата Avis; la manifestazione "Naturalmente Imola" a cui si è intervenuti riorganizzando il concorso "Vinci la bici"; le Feste del saggio di Educazione Stradale del Circondario Imolese; Triciclistica; Passeggiate per anziani nel Parco delle Acque Minerali; Camminate per anziani nel percorso creato in Pedagna; Promozione del Corso di Attività Fisica Adattata per anziani; Pet-Therapy; Campagna Mobilità Collettiva; Campagna informativa interna all'Ausl di Imola per l'abbonamento all'autobus.

5.2.8. Azienda Usl e scuola

Anche nel 2010, oltre ai progetti del Piano per la Salute ed il Benessere Sociale effettuati in collaborazione con gli Istituti scolastici, l'AUSL collabora a vario titolo con il mondo della scuola sia per attività di formazione sui ragazzi e/o sugli insegnanti sia come modalità di trasmissione delle informazioni su eventi, corsi, ed iniziative che attraverso i ragazzi possono raggiungere le famiglie. L'anno scolastico 2009-2010, in particolare, ha visto un consolidamento della collaborazione tra AUSL di Imola e Polo Liceale Rambaldi Valeriani di Imola, con l'immissione di 14 ragazzi in stage presso servizi aziendali e la programmazione di incontri in aula con alcuni professionisti aziendali su temi scelti dai docenti scolastici di riferimento.

Il percorso formativo stage all'interno dell'AUSL di Imola ha visto coinvolti 14 ragazzi delle classi III e IV del Liceo socio psico pedagogico e del Liceo delle Scienze Sociali che hanno condotto questi tirocini nel periodo tra il 1 ed il 12 febbraio 2010 presso il Centro Salute Mentale (6 ragazzi), la Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (2 ragazzi), il Centro Demenze (3 ragazzi), il "percorso bimbo" (2 ragazzi) e l'Ufficio Stampa (1 ragazza). Anche nell'anno di rendicontazione si è riscontrato un forte apprezzamento dell'esperienza da parte dei ragazzi, come ha confermato il questionario di gradimento compilato alla fine dello stage, e dagli stessi professionisti interni, che hanno gradito il ruolo di tutoraggio nonché l'opportunità offerta loro di "vedere" la propria attività attraverso gli occhi dei ragazzi. La positiva esperienza ha reso possibile la sua riproposizione anche nel 2011, con un ulteriore ampliamento dell'offerta formativa per gli stage (su richiesta della Scuola).

Per quanto riguarda il seminario con le classi 5° il tema scelto dagli insegnanti è stato quello della fecondazione assistita, che ha visti coinvolti numerosi professionisti aziendali. Oltre a questo si sono svolti due incontri di due ore sui temi "accertamento di morte/morte cerebrale/donazione e trapianto" e "gravidanza".

Si è inoltre riproposta l'esperienza promossa dal Consultorio familiare dell'Ausl riguardo al contrasto al fenomeno della violenza di genere. "Dai gesti alle parole", questo il nome del progetto, dal 2008 viene proposto dallo Spazio Giovani-Consultorio Familiare alle scuole secondarie di primo e secondo grado del circondario. Il programma prevede un ciclo di tre incontri

di due ore condotto da una psicologa del Consultorio, in cui vengono proposte attivazioni stimolo che variano a seconda del contesto classe e delle caratteristiche evolutive dei ragazzi. Solitamente al terzo incontro viene proiettato un filmato inerente il tema del progetto a cui segue una discussione con la classe per evidenziare i vissuti e le emozioni suscitate e quindi viene chiesto ai ragazzi di individuare strategie di promozione per una cultura di genere fondata sul rispetto reciproco e sulla valorizzazione delle differenze. Il progetto del Consultorio, che peraltro attiva ogni anno molte ulteriori collaborazioni con la scuola riguardanti l'educazione all'affettività, parte dal presupposto che la scuola rappresenti la cornice privilegiata per promuovere l'educazione emotiva, sessuale ed affettiva, per fornire spunti di riflessione e confronto utili a costruire relazioni più equilibrate. Il progetto "Dai gesti alle parole" è stato ben accolto dagli istituti scolastici del territorio, che hanno aderito numerosi. In genere sono state interessate le terze medie inferiori e le seconde e terze classi delle superiori. L'obiettivo principale del progetto è favorire l'instaurarsi di relazioni armoniche tra i due sessi.

Anche per il 2010 il progetto si è concluso con la giornata seminariale tenutasi a novembre, in occasione della Giornata Mondiale contro la Violenza alle Donne ed ai Minori, presso il Teatro Osservanza di Imola ed organizzata in collaborazione con il Centro per le famiglie del Comune di Imola (Figura 5.23).

Figura 5.23 – Seminario finale progetto "Dai gesti alle parole". Anno 2010



INSIEME PER DIRE NO ALLA VIOLENZA

26 novembre 2010

**In occasione della
Giornata Mondiale
contro la violenza
alle donne**

*Il Centro per le Famiglie
del Comune di Imola e il Consultorio
Familiare dell'Azienda USI di Imola
presentano:*

**"Dai gesti alle parole"
INSIEME PER DIRE NO
ALLA VIOLENZA**

ore 09:00

**Teatro Comunale
dell'Osservanza
via Venturini, 18 Imola**

Ingresso gratuito

La S.V. è invitata

5.3 La comunicazione interna aziendale

La comunicazione interna svolge un ruolo determinante nel creare motivazione, fiducia e sicurezza; rappresenta inoltre un valido strumento di condivisione di valori e confronto. Negli anni la funzione della comunicazione interna, da strumento informativo del vertice aziendale, si è trasformata in una comunicazione organizzativa polifunzionale, con cui comunicare: istruzioni ed operazioni pratica che facilitino il processo produttivo; notizie ed eventi che rendono possibile far conoscere in modo più approfondito l'ente anche al suo interno; eventi formativi e momenti di incontro. Di seguito si elencano alcuni degli strumenti di comunicazione interna utilizzati dall'AUSL di Imola per raggiungere gli obiettivi sopra esposti.

5.3.1 Comunicazione diretta: la convention aziendale

Le dimensioni relativamente piccole dell'Ausl di Imola permettono, più che in altre organizzazioni, l'uso di strumenti comunicativi diretti come quello della *convention*.

L'Ausl di Imola ha organizzato nel 2003 la sua prima convention aziendale, che è risultata partecipata e gradita, tanto che si è poi ripetuta nel 2004, 2005, 2006, 2007. Nel 2008, piuttosto che una vera e propria riunione si è scelto di organizzare un momento comune di ritrovo festoso in occasione del Natale, mentre nel 2009 la riunione plenaria è stata rimandata a causa del cambio di direzione che è avvenuto proprio nel periodo solitamente prescelto per questo incontro. Il 2010 ha quindi visto il ristabilirsi di questa "tradizione", con l'organizzazione di "L'Azienda USL si incontra" ad inizio anno (il 24 febbraio), parimenti all'avvio-lancio del percorso di costruzione del Piano Strategico ed Attuativo locale 2010-2013. Ancora una volta partecipata da oltre 300 dipendenti, questa riunione ha avuto come tema centrale proprio la presentazione delle proposte strategiche per il futuro dell'Azienda, e ha visto come protagonisti i direttori dei vari dipartimenti aziendali, secondo una dimensione comunicativa introdotta fin dal 2007 che lascia "spazio e voce" ai professionisti, non solo in corso di dibattito, bensì quali primi protagonisti dell'evento, superando l'esclusiva "comunicazione frontale" in capo alla Direzione Generale.

5.3.2 Sito Intranet

A due anni dal restyling grafico e strutturale del sito intranet aziendale il numero delle visite mensili è in continuo aumento passando dalle circa 67.000 del 2009 alla 85.000 del 2010, pari ad un numero di accessi giornaliero stimato superiore a 2700. Il trend di utilizzo dell'intranet consolida la sua trasformazione da strumento di consultazione saltuaria a vero e proprio strumento di lavoro, obiettivo che la redazione centrale si era posta, tant'è che nel corso dell'anno, sono stati resi disponibili e condivisi on line diversi documenti di carattere operativo: come Linee Guida, modulistiche interne, ecc..

Va inoltre progressivamente arricchendosi la sezione "Applicazione on line", tra le più visitate, insieme alla Rubrica telefonica, alla Rassegna Stampa, alla Modulistica ed alla sezione Risorse Umane. Sono invece in diminuzione le mail alla casella di posta diretta al Direttore generale (*"Dillo al Direttore"*), che nel 2010 sono state 19 contro le 27 del 2009.

Costantemente in aumento sono anche le news pubblicate in *home page* nel sito intranet aziendale, la forte "visibilità" e l'immediatezza assicurate dalla pagina principale dell'intranet, garantiscono una buona diffusione e condivisione dell'informazione in tempo reale. Il tutto a conferma di come questo strumento sia divenuto ormai parte integrante del modus operandi dei professionisti; la semplicità e la rapidità nelle comunicazioni e nella reperibilità delle informazioni, come nello scambio dei dati risultano essere caratteristiche fondamentali per una buona pratica lavorativa.

5.3.3 Newsletter

Il mensile aziendale interno "Detto tra NOI" viene prodotto in 2000 copie e distribuito a tutti i dipendenti e ai medici convenzionati con il cedolino stipendiale. Nel 2010 sono stati pubblicati 12 numeri (Figura 5.24).

Figura 5.24 - Riproduzione delle prime pagine di Detto tra Noi (febbraio e maggio 2010)



Il 2010 ha visto una certa stabilità del format editoriale del mensile interno, che generalmente in prima evidenza un tema interno di rilevanza e in seconda inserisce rubriche fisse quali "Coccoliamoci un po'" che pubblica un elogio-ringraziamento di cittadini, "RLS. Oggi parliamo di..." lo spazio curato dai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza; la Bacheca, che riporta le nuove convenzioni per i dipendenti e le informazioni dai servizi e l'Agenda mensile dei corsi di formazione.

6. Governo della ricerca e innovazione	pag. 280
6.1 Le azioni aziendali per l'esercizio della governance della ricerca	282
6.1.1 Attività di ricerca nell'AUSL di Imola	283
6.1.2 Collaborazione con le strutture regionali e extraregionali	283
6.1.3 Principali progetti di ricerca aziendali e con altre Aziende RER	284
6.2 Progetti sanitari nel piano telematico regionale	287
6.2.1 Progetto e Servizi ICT	288
6.3 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	291
6.3.1 Attività di formazione del personale	291
6.3.2 Accessibilità alla documentazione scientifica: la biblioteca aziendale	291
6.4 Alta formazione	291
6.5 Accreditemento istituzionale	298

6. Governo della ricerca e innovazione

L'attività di ricerca e innovazione costituisce condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, in quanto permette da un lato di porre il servizio sanitario in grado di accogliere, in modo tempestivo, efficace e compatibile con il proprio contesto clinico-organizzativo, le innovazioni che la ricerca propone e, dall'altro, di orientarne – laddove possibile – le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari.

Il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010, individuando nel governo dei processi di adozione e valutazione delle innovazioni clinico-organizzative il punto fondamentale dell'esercizio del cosiddetto governo clinico, nell'ambito delle Aziende sanitarie, indica, su questo tema, quali obiettivi prioritari:

- lo sviluppo, all'interno delle Aziende sanitarie, della capacità di gestire le funzioni di ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- l'utilizzo dei fondi della ricerca non soltanto per il finanziamento della spesa corrente per l'attuazione di specifici progetti, ma anche per la creazione e il rafforzamento della infrastruttura tecnologica e informativa necessaria per lo sviluppo delle attività di ricerca sanitaria finalizzata;
- la riorganizzazione ed il consolidamento della rete dell'offerta, privilegiando in particolare la rete dei Centri di riferimento e delle Aziende ospedaliero-universitarie, in quanto luoghi istituzionali della collaborazione fra Università e SSR, definendo nuove norme di relazione fra il SSR e l'industria, in particolare, farmaceutica e biomedicale nel settore della ricerca e della formazione che assicurino il rispetto delle priorità del SSR, conferiscano trasparenza alle relazioni fra finanziatori e destinatari del finanziamento, prevenendo l'insorgere di condizioni di conflitto di interessi nei singoli ricercatori e nelle organizzazioni.

Lo stesso Piano evidenzia anche come lo sviluppo di una strategia regionale che favorisca sia l'integrazione tra ricerca, assistenza e formazione, sia il governo dei processi di innovazione nei servizi sanitari, rimandi alla necessità di un rafforzamento della struttura regionale e aziendale a sostegno della *governance* complessiva delle attività di ricerca clinica e sanitaria e di innovazione, prevedendo tra l'altro la costituzione di un Osservatorio Regionale per l'Innovazione e l'istituzione del Comitato Etico regionale, quest'ultimo con funzioni di elaborazione di temi e procedure che possano essere di ausilio alle attività dei Comitati Etici locali.

La definizione delle attività qualificabili come "ricerca" riconosce due diverse tipologie di attività: a) quelle aventi come scopo principale l'acquisizione, su specifici fenomeni oggetto di indagine, di conoscenze generalizzabili rivolte alla comunità scientifica;

b) quelle (talvolta definite come attività di valutazione) aventi come finalità primaria l'acquisizione di conoscenze destinate a contribuire al miglioramento delle capacità di governo dei problemi assistenziali in uno specifico contesto.

Entrambe le tipologie devono poter essere realizzate secondo modalità che ne garantiscano la attendibilità (e quindi mediante procedure esplicite e standardizzate, funzionali a garantirne la riproducibilità e altri elementi di validità tecnico-scientifica).

Ricerca ed innovazione si presentano troppo spesso come dimensioni distinte, piuttosto che caratterizzate dal legame che sarebbe invece auspicabile mantenessero.

Se, da una parte, non tutta la ricerca si traduce in effettiva innovazione, anche in ragione della assenza di relazioni con gli ambiti assistenziali cui dovrebbe invece rivolgersi, simmetricamente non tutta l'innovazione si presenta - o viene percepita - come un obiettivo da raggiungere attraverso un'attività di ricerca. Gran parte delle iniziative di trasformazione, riorganizzazione e cambiamento che attraversano i servizi sanitari e che rappresentano la costante tensione verso nuove modalità per affrontare i problemi posti dai bisogni assistenziali dei pazienti, non sono riconosciute come possibili oggetti di iniziative di ricerca e valutazione.

Questo preclude la possibilità che le esperienze di innovazione clinica, organizzativa e gestionale che emergono dai contesti assistenziali vengano valorizzate attraverso la messa a disposizione di informazioni che ne consentano una valutazione degli effetti e dei risultati effettivamente ottenuti. In estrema sintesi, promuovere l'integrazione tra ricerca ed assistenza significa creare le condizioni affinché nelle aziende sanitarie si possano saldare i legami del binomio ricerca&innovazione, da una parte valutando quanta della ricerca condotta abbia effettive potenzialità innovative per i servizi, e dall'altra quali delle iniziative di innovazione introdotte nei contesti assistenziali meritino di essere valorizzate ricerca attraverso specifiche iniziative di valutazione del loro impatto.

In questo contesto quindi, la ricerca, nella sua forma specifica di attività di valutazione empirica di un significativo cambiamento (tecnologico, clinico od organizzativo) introdotto nei servizi, rappresenta lo strumento attraverso il quale l'organizzazione impara dalla propria esperienza e si attrezza a governare i processi di trasformazione avviati.

I processi della ricerca sono strettamente correlati a quelli della formazione su vari piani. Da un lato, infatti, sono richieste nel SSR, a livello locale e regionale, capacità di governo e competenze specifiche di supporto di carattere metodologico che vanno potenziate e aggiornate perché siano in grado di produrre un'offerta adeguata dal punto di vista quantitativo e qualitativo. Dall'altro la collaborazione nei *network* professionali dei ricercatori, aiutata dalle tecniche più recenti di informazione e di comunicazione a distanza, sostiene processi di apprendimento altamente motivati e appropriati al contesto sanitario. Inoltre, anche la partecipazione degli operatori sanitari a specifici momenti dei processi di ricerca rappresenta una modalità di apprendimento attivo sul campo, già riconosciuta peraltro nell'accreditamento per l'Educazione continua in medicina tra le più efficaci che vanno ulteriormente diffuse.

6.1 Le azioni aziendali per l'esercizio della governance della ricerca

Vengono individuate cinque specifiche azioni necessarie per avviare in modo sostanziale una funzione di *governance* della ricerca:

- a) la predisposizione degli strumenti aziendali per la *governance* della ricerca e della innovazione;
- b) la messa a punto di una anagrafe aziendale dei progetti di ricerca clinica e sanitaria e di un archivio della documentazione scientifica prodotta;
- c) la costituzione di un *Board* Aziendale per la Ricerca e Innovazione;
- d) la valorizzazione dei professionisti e l'impegno a sostenere le attività di ricerca;
- e) le relazioni con i finanziatori esterni.

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

In particolare, occorre che i principi generali e le conseguenti modalità operative di una moderna *governance* della ricerca colgano appieno la specificità e la complessità rappresentata dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie, in ragione della quantità e della qualità delle attività di ricerca condotte, della loro diversificata tipologia, oltre che della loro prossimità alle attività di ricerca (preclinica, di base) condotte nei contesti universitari. Infatti, anche se queste ultime vedono la primaria responsabilità ed autonomia delle Università e quindi esulano dagli ambiti su cui il Servizio Sanitario Regionale riconosce una propria diretta responsabilità, appare un auspicabile comune interesse pervenire a principi condivisi e modalità operative che siano il più possibile armoniche e coerenti.

Lo sviluppo di queste cinque azioni rappresenta quindi anche l'opportunità per dare seguito alle politiche di integrazione tra SSR e sistema regionale delle Università, secondo le indicazioni delineate nell'ambito del Protocollo di Intesa, in particolare per quanto attiene all'art. 15 del Protocollo, laddove le due istituzioni "convengono di elaborare congiuntamente indirizzi per promuovere e organizzare le attività di sperimentazione condotte nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie in regime di ricovero e ambulatoriale, inclusa l'acquisizione dell'autorizzazione del Comitato Etico locale e l'utilizzazione dei fondi che derivano dalla partecipazione a tali attività".

In questo senso, le cinque azioni indicate, per quanto riguarda le Aziende Ospedaliero-Universitarie, danno modo di cogliere le sollecitazioni del Protocollo di Intesa Regione-Università collocando il tema specifico delle sperimentazioni cliniche nel contesto più generale delle attività di ricerca clinica e sanitaria.

Le linee di azione indicate possono quindi rappresentare il necessario punto di partenza per un percorso condiviso, tra Regione ed Università che, a partire dalle specificità rappresentate dalle realtà delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e tenendo opportunamente conto delle esperienze

in esse già avviate, affronti il tema dei problemi posti dalla loro traduzione operativa in quei contesti ed avvii le elaborazioni ulteriori finalizzate a promuovere una sempre maggiore integrazione ed armonizzazione nelle politiche di sostegno alle attività di ricerca.

A questo proposito, il Comitato di Indirizzo istituito per la conduzione del Programma di Ricerca Regione-Università viene individuato come il contesto appropriato cui demandare, a partire dalla condivisione delle azioni sopra enunciate, le ulteriori elaborazioni necessarie .

Infine, queste azioni devono essere affrontate tenendo opportunamente conto della possibilità offerta dalla aggregazione delle aziende in area vasta. Infatti, se da una parte la ricerca deve essere funzione pervasiva all'intero sistema delle aziende sanitarie, dall'altra l'intensità e la complessità della infrastruttura aziendale a sostegno di queste attività deve essere necessariamente modulata in funzione delle caratteristiche dei singoli contesti. In questo senso, la individuazione in ambito di aree vaste di strutture in grado di sostenere, anche in relazione ai singoli aspetti sopra enunciati, le iniziative delle aziende afferenti, offre concretamente la possibilità ad ogni azienda di essere adeguatamente coinvolta sui temi della ricerca, evitando nel contempo l'inutile duplicazione di tecnostutture laddove non siano giustificate dai volumi di iniziative di ricerca sviluppati in loco, quindi senza dispersione di risorse e competenze e favorendo la costruzione di sinergie su temi sui quali le singole aziende avrebbero ovvie difficoltà a procedere singolarmente.

6.1.1 Attività di ricerca nell'AUSL di Imola

Nel 2010, l'AUSL di Imola ha condotto - da sola o in *partnership* con Regione e Università - progetti di ricerca, riepilogati nella Tabella 6.1, dove viene indicato il finanziamento dedicato e il numero di professionisti coinvolti.

Tabella 6.1 - Sintesi attività di ricerca AUSL di Imola. Anno 2010

Progetti anno 2010	Progetti	Personale	Finanziamenti
Sperimentazioni	5	5	€ 59.000
TOTALE	5	5	€ 59.000

6.1.2 Collaborazione con le strutture regionali e extraregionali

La Regione Emilia-Romagna ha sostenuto la partecipazione delle aziende sanitarie alla ricerca e innovazione, attraverso:

- il programma per la modernizzazione e i progetti di eccellenza, oltre a numerosi progetti specifici, destinando alla realizzazione di tali programmi/progetti crescenti risorse finanziarie;

- l'attivazione, con propria deliberazione n. 2708 del 30 dicembre 2004, in attuazione della L.R. 29/2004, del Programma per la Ricerca e l'Innovazione per l'Emilia-Romagna (PRI-E-R), stabilendo che allo sviluppo del programma concorrano risorse proprie della Regione e contributi di soggetti, pubblici e privati, che condividano le finalità del programma;
- l'attivazione - all'interno del nuovo quadro di relazioni con le Università della Regione definito dal Protocollo di Intesa Regione-Università del 14 febbraio 2005 - del Programma di Ricerca 2007-2009, dotato di un budget complessivo di 30 milioni di Euro.

Nel solo 2007 sono stati allocati oltre 20 milioni di Euro per finanziare un totale di 47 progetti di durata biennale e triennale: 28 nell'area della "Ricerca innovativa" (finalizzata alla produzione di nuove conoscenze su tecnologie ed interventi di primaria importanza per il SSR), 13 in quella della "Ricerca per il governo clinico" (finalizzata alla valutazione delle effettive potenzialità e dell'impatto di tecnologie ed interventi in ambito sanitario), 6 in quella della "Formazione alla ricerca e sviluppo di *research network*".

6.1.3 Principali progetti di ricerca aziendali e con altre Aziende

RER

Progetto "Gradualità delle cure in area medica". L'evoluzione della maggior parte delle malattie verso la cronicità ha richiesto l'introduzione di approcci finalizzati a mantenere la continuità delle cure sia all'interno dell'Ospedale, sia nei raccordi con i servizi territoriali.

L'esigenza di combinare la bassa intensità di cura, che caratterizza gran parte della domanda di ricovero ordinario, con gli attuali contesti ad alta tecnologia e ad alta specializzazione, richiede di sperimentare forme assistenziali diverse che consentano anche di mettere in campo competenze multidisciplinari, in parte non mediche ed in parte non sanitarie.

Dal 1 giugno 2010 l'AUSL di Imola ha dato avvio alla fase attuativa del progetto "Gradualità delle Cure in area medica", sperimentazione di una nuova modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza che vede il superamento delle compartimentazioni di disciplina e l'orientamento verso il modello per aree omogenee di cura.

Il modello della stratificazione per gradualità di cura, ovvero l'accoglienza del paziente in un'area appropriata in base alla complessità/instabilità clinico/assistenziale ed al trasferimento successivo al variare delle condizioni cliniche, è un modello concettuale applicabile a diversi livelli, all'interno del contenitore Ospedale, al singolo Dipartimento, alla singola Unità Operativa, secondo specifici criteri definiti in base alla casistica di riferimento.

Esso è incentrato sulla stratificazione del bisogno clinico assistenziale del paziente e l'attribuzione del livello di cura richiesto consegue ad una valutazione di instabilità clinica (associata a specifiche alterazioni di parametri fisiologici) e di complessità assistenziale (medica ed infermieristica).

Ad indicare la configurazione dell'organizzazione ospedaliera è innanzitutto la componente clinica, che una volta stabilita attraverso scale validate, orienterà il paziente ad un preciso livello nel quale

esso riceverà le cure prescritte secondo uno specifico grado di intensità definito in base alle migliori evidenze disponibili in letteratura. Il modello per intensità di cura è stato sviluppato all'interno dell'area medica al sesto piano, con l'individuazione di un'area a bassa intensità clinica, un'area a media ed un'area ad alta intensità. La diversa intensità di cura è individuata attraverso la definizione delle caratteristiche cliniche ed assistenziali dei pazienti destinati all'area e si differenzia per le differenti modalità organizzative a seconda delle procedure e della dotazione di risorse umane. Il modello organizzativo poggia su un ruolo importante di filtro del DEA e sulla condivisione dei criteri di accesso ai vari livelli di intensità di cura.

Partecipazione al Registro SITS-ISTR - Utilizzo della specialità medicinale a base di alteplase per il trattamento dell'ictus ischemico acuto secondo le modalità del protocollo di monitoraggio SITS-MOST. Con l'attivazione del nuovo DEA a maggio 2009 sono stati introdotti nuovi elementi strutturali, clinici ed organizzativi che hanno elevato qualitativamente l'assistenza al paziente con stroke.

Sono stati formati i professionisti del DEA per l'addestramento al riconoscimento precoce dei sintomi e alla applicazione delle scale accettate a livello internazionale. E' stato inoltre richiesto ai professionisti il superamento del test di somministrazione della Scala NIH (Stroke Scale), con certificazione ufficiale previo superamento di prova.

E' stato attivato il percorso di terapia trombolitica al paziente eligibile (nel corso del 2010 i casi trattati sono stati 5). Lo studio SITS-MOST è uno studio osservazionale che permette di valutare i pazienti trattati con alteplase entro 3 ore dall'esordio della sintomatologia ictale, in strutture qualificate nel trattamento dell'ictus cerebrale. La nuova terapia trombolitica, nella sua fase sperimentale conclusiva di valutazione degli esiti, comporta l'inserimento dei casi trattati in un registro internazionale di pazienti, gestito dal Karolinska Institute di Stoccolma, registro dal quale vengono tratte le informazioni sugli esiti nel breve e nel medio periodo in termini di sopravvivenza e qualità della vita.

I pazienti con stroke, secondo il nuovo percorso aziendale, trascorrono le prime 24-48 ore presso la degenza di terapia semi-intensiva, anch'essa di nuova creazione con l'apertura del DEA, per poi passare, secondo il principio di gradualità delle cure, verso un'area di degenza dedicata ad alta intensità clinico-assistenziale in area medica (*Stroke Care*).

Progetto - Sperimentare all'interno di un nuovo modello organizzativo di specialistica ambulatoriale gli strumenti del *disease management* e del governo clinico: accogliere, assistere, organizzare e valutare. Nel definire una nuova rete gestionale del paziente affetto da Scenpense Cardiaco (SC) più che di diversi modelli di gestione è opportuno parlare di differenti percorsi di cura, che si caratterizzano in relazione alla severità della malattia e alla presenza di comorbidità, all'età, al tessuto sociale di riferimento. Infatti, i principi che regolano la rete assistenziale del paziente con SC, di stretta correlazione tra ospedale e territorio, dovrebbero essere considerati come unitari, mentre diversi per le diverse tipologie di pazienti, fino alla

personalizzazione per il singolo caso, andrebbero considerati i bisogni e di conseguenza i percorsi assistenziali.

La gestione integrata dei pazienti in una rete di servizi territoriali richiede un chiaro processo di cura, con una dettagliata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici (PDT), dei profili assistenziali, dei ruoli e delle responsabilità dei diversi operatori sanitari.

Lo scompenso cardiaco deve essere quindi considerato in un'ottica di assistenza integrata, al fine di prevenirne le episodiche riacutizzazioni. In questo contesto, con il progetto di ricerca di Area Vasta "NOA" (Nuova Organizzazione Ambulatoriale) sono già stati definiti i presupposti per la sperimentazione di una attività medico-infermieristica sul territorio che prevede una presa in carico ed un monitoraggio periodico di questa tipologia di pazienti, in stretta collaborazione con specialisti ospedalieri.

Il progetto vuole anche realizzare, sviluppando le interfacce tra l'area ambulatoriale cardiologica ospedaliera e il Nucleo di Cure Primarie, una struttura organizzativa che preveda l'attivazione di una rete professionale e di approcci globali ed integrati ai problemi della persona, finalizzata a garantire la tempestività dell'accesso, la presa in carico e la continuità tra ospedale e territorio.

Il progetto sperimentale vede pertanto coinvolti ed integrati gli specialisti cardiologi ospedalieri, i medici di medicina generale e gli infermieri ospedalieri e territoriali.

In questa prima fase sperimentale, sono stati coinvolti nel progetto gli 11 medici di famiglia che fanno parte del Nucleo Cure Primarie Imola centro ovest, che hanno selezionato circa 150 tra i loro pazienti. Questo servizio si affianca all'ambulatorio per lo scompenso cardiaco presente a livello ospedaliero già da alcuni anni presso la Cardiologia.

Nell'Ambulatorio è presente un infermiere che offre un servizio complementare a quello del medico: accoglie, ascolta i problemi, consiglia, esegue la terapia eventualmente prescritta dal medico e si rapporta con le strutture sociosanitarie territoriali ed ospedaliere. L'infermiere segue il paziente anche attraverso un monitoraggio telefonico, per assicurarsi del mantenimento di un buon stato di compenso psico-fisico ed in caso di instabilità clinica contatta l'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco ospedaliero. Studi dimostrano che gli assistiti con scompenso cardiaco trattati secondo il modello seguito da questa sperimentazione possiedono maggiori conoscenze, presentano una maggiore compliance al trattamento, utilizzano meno i servizi specialistici con una significativa diminuzione dell'ospedalizzazione.

Progetto PERIMED – Medicina perioperatoria. Il progetto PERIMED prevede che l'infermiere in possesso di competenze avanzate per la medicina peri-operatoria svolga azioni di valutazione multidimensionale, funzionali all'accertamento clinico pre-intervento e alla valutazione dei problemi assistenziali del paziente sottoposto ad intervento minore a basso rischio chirurgico e anestesiologicalo per anestesia topica – locale – sedazione. L'infermiere utilizza liste di controllo per la valutazione delle condizioni cliniche, al fine di confermare i rischi valutati dal chirurgo al momento della visita chirurgica ed eventualmente rimettere la valutazione del paziente in capo all'anestesista qualora la valutazione non sia coerente con i parametri standard predefiniti.

Il progetto - presentato nel 2008 nell'ambito dei progetti finalizzati alla modernizzazione - coinvolge più aziende della Regione ed è partito in via sperimentale nel corso del 2009 con il completamento della formazione di tutte figure infermieristiche individuate. Nel corso del 2010 è stato dato avvio alla sperimentazione con il coinvolgimento di tutti pazienti eleggibili candidati ad intervento presso i reparti di Chirurgia Generale e Urologia e transitati presso l'Ambulatorio Operandi.

Progetto HoNOS 5. La ricerca multicentrica, iniziata nel 2008 e finalizzata a identificare indicatori di accessibilità, appropriatezza delle cure ed efficacia attraverso lo studio di una coorte di circa 400 pazienti reclutati tra gli utenti afferenti al CSM, SPDC, DH, programma residenze e semiresidenze, ha comportato la sperimentazione, condivisa con l'Azienda per i Servizi alla Persona, di una scala per la valutazione dei progetti di inserimento in strutture residenziali socio-sanitarie (scala HoNOS e scheda progetto), utilizzate recentemente per la valutazione e gestione dei percorsi territoriali finalizzati alla costruzione dei Budget di Cura-Salute. Questo lavoro ha permesso la rendicontazione delle risorse sanitarie investite sulla residenzialità socio-sanitaria psichiatrica, finalizzata alla programmazione del FRNA Salute Mentale. Recentemente le valutazioni sono state integrate da altre scale, quali BPRS, per verificare la coerenza di valutazioni cliniche con valutazioni più ampie sullo spettro psico-sociale.

GET UP (*Genetics, EndoPhenotype, Treatment: Undertanding early Psicosis*). Questa attività di ricerca, presentata nell'ambito della Ricerca Finalizzata 2007 e coordinata dalla Regione Veneto, è un ampio progetto multicentrico sui casi di psicosi all'esordio. Si tratta di uno studio controllato randomizzato che confronta l'efficacia a nove mesi di un trattamento psicosociale integrato basato sulle linee-guida (NICE 2004, Sistema Nazionale Linee Guida 2007).

In questo ambito il Dipartimento di Salute Mentale ed in particolare l'UOC SPDC hanno garantito il coordinamento del *team* aziendale di ricerca, partecipando alle riunioni regionali. La partecipazione al progetto di ricerca "Get-up" ha determinato un incremento dei casi con diagnosi di disturbi psichiatrici maggiori e quindi un aumento degli interventi complessi multi professionali con una particolare attenzione alla valorizzazione degli interventi psicoterapeutici e psicoeducazionali intensivi.

6.2 Progetti sanitari nel piano telematico regionale

I *Progetti sanitari nel piano telematico regionale* si collocano a tutti gli effetti nell'ambito della promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa. In questo paragrafo, come negli anni precedenti, si riportano alcuni dati significativi dei Progetti/Servizi *ICT (Information and Communication Technology)* per l'anno di riferimento del presente Bilancio di Missione.

La Regione, con deliberazione n. 2263/2009, ha approvato il programma annuale operativo delle attività 2010 da affidare alla Società CUP2000 S.p.A., assegnando le risorse necessarie alla loro realizzazione in favore della medesima società e dell'AUSL di Imola che viene riconfermata quale referente per la gestione tecnico amministrativa dei progetti/servizi a finanziamento regionale, come definito anche dalla Convenzione specifica tra Regione Emilia-Romagna, Società CUP 2000 S.p.A. e Azienda USL di Imola (Deliberazione regionale n. 539/2009).

6.2.1 Progetti e Servizi ICT

La maggior parte dei progetti ICT previsti e realizzati nel 2009 e negli anni precedenti sono giunti ad uno stato di realizzazione tale da poter essere trasferiti, nel 2010, nell'ambito dei servizi che CUP2000 eroga per conto della regione alla regione stessa o alle aziende sanitarie.

Il Coordinamento regionale ICT del servizio Assistenza distrettuale medicina generale, pianificazione e sviluppo di servizi sanitari, sulla base delle linee generali di sviluppo individuate dal Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 e nell'ambito delle aree progettuali di intervento definite dal programma annuale di attività affidato alla Società CUP 2000 S.p.A negli anni 2007, 2008 e 2009, ha predisposto il "Programma annuale delle attività da affidare alla Società CUP 2000 S.p.A. per l'anno 2010", articolato sulla base di principi di razionalizzazione dei processi in logica di aggregazione delle attività per fasi, che si articola nei seguenti Progetti e Servizi.

Progetti: PUER - Progettazione Unificata sanità Emilia-Romagna; SISD - Sviluppo Infrastruttura Sanità e Deployment; Anagrafe Assistiti.

Servizi: SOLE - Sanità On LinE; SIC - Servizi Infrastruttura e Cittadino; SAR - Servizi Anagrafe Regionale; NVR – Servizio Call Center Numero Verde Regionale.

La Regione, per ogni progetto e servizio definisce gli obiettivi da perseguire, le principali azioni richieste per il loro raggiungimento, i relativi referenti e le risorse finanziarie necessarie per la loro realizzazione. Nel presente paragrafo vengono riportati solo gli stati di avanzamento aziendali raggiunti relativi all'anno 2010 per i principali servizi ICT.

SOLE - Sanità On LinE

SOGGETTI ISTITUZIONALI COINVOLTI: Regione Emilia Romagna; Aziende USL e Ospedaliere della Regione Emilia Romagna; Istituto Ortopedico Rizzoli; MMG e PdLS.

RAZIONALE E OBIETTIVI

Le esigenze di garantire la continuità assistenziale, attraverso l'integrazione fra territorio e ospedale, migliorare l'accesso ai servizi e le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria costituiscono le ragioni fondanti la nascita del Progetto Sole (Sanità *OnLinE*), che coinvolge attualmente tutte le Aziende Sanitarie regionali, i Medici di famiglia e Pediatri di libera scelta della Regione. Attraverso un'infrastruttura innovativa, che utilizza la tecnologia della cooperazione applicativa e gli *standard* sanitari, il progetto ha gli obiettivi operativi di: (i) migliorare la comunicazione fra MMG/PdLS e specialisti territoriali e ospedalieri; (ii) ridurre gli adempimenti burocratici per MMG/PdLS e cittadini; (iii) creare le condizioni per disporre della documentazione

sanitaria in formato elettronico e, quindi, facilitare la definizione e la gestione dei percorsi diagnostici. L'infrastruttura e la relativa messa in funzione presso le Aziende Sanitarie ha permesso l'attivazione dei servizi afferenti i "cicli informativi" prescrizione-refertazione delle prestazioni di Laboratorio analisi, Specialistica ambulatoriale, Radiologia, compresi quelli relativi la continuità assistenziale e l'accettazione-dimissione. Sono disponibili inoltre i servizi di aggiornamento dell'anagrafica degli assistiti, con le relative scelte/revoche dei MMG/PdLS.

Per la complessità e numerosità delle componenti coinvolte, il progetto SOLE, a partire dal 2008, è stato suddiviso in due filoni distinti a livello gestionale: il servizio SOLE con attività di *deploy* dei servizi sulle Aziende e sui MMG, attività di comunicazione e formazione e gestione di tutta l'infrastruttura; mentre le attività di analisi e progettazione nonché di test e di collaudo, a partire dal 2010, come già accennato sono state comprese in SISD - Sviluppo Infrastruttura Sanità e Deployment.

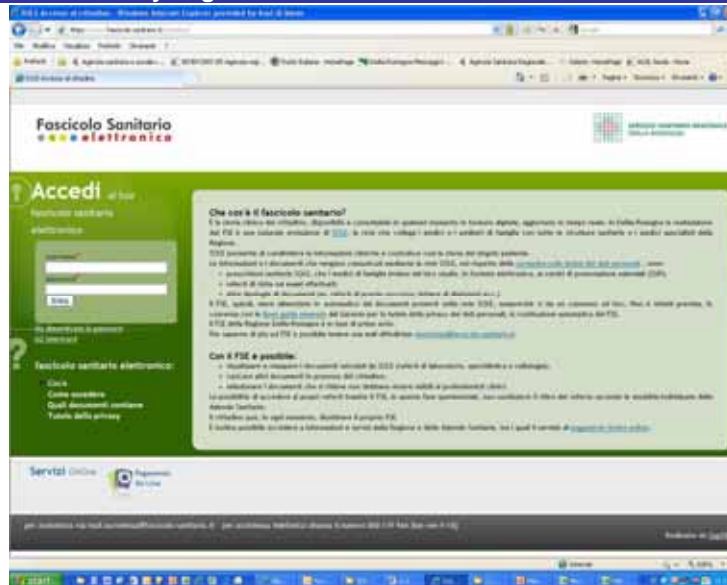
STATO DI AVANZAMENTO AZIENDALE

A livello aziendale l'attivazione dei Servizi Sole raggiunge circa il 56% rispetto alle attività pianificate per il 2010; in particolare i nuovi servizi attivati riguardano: radiologia, consenso centralizzato tra i MMG ed anagrafe assistiti aziendale, contro una media regionale calcolata su tutte le altre aziende di circa il 54%.

Al 31 dicembre, il collegamento alla rete SOLE raggiunge il 99% dei medici convenzionati (99 MMG e 20 PdLS, su un totale di 120 MMG/PdLS). Gli ambulatori attivi in rete orizzontale risultano 145 su un totale di 220 ambulatori già attivi Sole, pari al 66%.

Nell'ambito della prosecuzione della sperimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, che ha coinvolto nel 2010, in particolare, il personale dipendente dell'AUSL di Imola e i loro familiari, si realizzano 775 attivazioni, rilevando lo scarico e la visualizzazione dei seguenti documenti clinici: 344 referti di laboratorio; 15 referti di PS; 5 referti di radiologia; 65 referti di specialistica.

Tabella 6.2 –“My Page” su Internet del Fascicolo Sanitario Elettronico



Servizio Numero Verde Regionale Unico

Il Servizio Numero Verde Regionale è gratuito e a disposizione dei cittadini che necessitano di informazioni per accedere alla "rete" socio-sanitaria dell'Emilia Romagna. Tutte le aziende sanitarie hanno il compito di mantenere aggiornata la porzione di banca dati relativa ai servizi erogati dalla propria Azienda, in coerenza con il catalogo regionale che comprende oltre 2.380 prestazioni, per poter fornire informazioni utili a un "primo accesso" (dove andare; come prenotare; in quali orari e giorni; etc.). Queste informazioni di carattere regionale e locale garantiscono un'ampia gamma di risposte a chi chiama l'800 033 033, ma anche a coloro che consultano Internet, poiché la banca dati informativa viene replicata automaticamente sulla "Guida ai servizi-informazioni on line" (portale "SalutER") e sui siti Internet aziendali. L'architettura a rete di questo servizio prevede inoltre il "rilancio della telefonata" ai punti informativi aziendali URP – per eventuali approfondimenti – e ai CUP telefonici aziendali, per effettuare prenotazioni. In particolare quest'ultima funzione permette il trasferimento telefonico diretto del cittadino, in possesso di impegnativa senza urgenza, ai punti di prenotazione telefonici aziendali. Per un dettaglio sull'andamento del servizio a livello aziendale si rimanda alla Sezione 5, paragrafo 5.1.2.

MAPS – Sistema Monitoraggio Accesso alle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale

Il servizio prevede l'evoluzione, in termini di funzionalità, dell'attuale sistema di monitoraggio, così da rendere il portale il punto di accesso unico per la reportistica dei tempi di attesa delle prestazioni critiche. La fase di controllo e produzione è stata automatizzata nel 2009, mediante un applicativo *web* che permette la decentralizzazione delle procedure di caricamento da parte delle Aziende. L'obiettivo principale è aumentare l'integrazione con il database ASA regionale e incrementare le elaborazioni prospettive attualmente prodotte, con varie tipologie di reportistica relative all'erogato. L'AUSL di Imola, una volta prodotti i *file*, li carica sul sistema, e ottiene immediatamente un *feedback* in termini di eventuali segnalazioni di non conformità rispetto ai tracciati e alla reportistica di loro competenza.

SISINFO - Mappa Sistemi Informativi, Progetti ICT e Standard

Questo portale specifico (SISINFO) è finalizzato ad offrire, agli operatori di competenza, informazioni aggiornate sugli applicativi presenti ed in uso nelle aziende tramite un costante popolato da parte delle aziende ed informazioni relative ai Progetti regionali ICT, al fine di contribuire attivamente alla generazione e manutenzione degli standard, in ambito sanitario. Per l'anno 2010 l'AUSL di Imola ha provveduto ad aggiornare le informazioni relative agli applicativi informatici in uso presso l'azienda.

6.3 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

6.3.1 Attività di formazione del personale

La rete dei Referenti dipartimentali per la Formazione/Ricerca e Innovazione, unitamente alla Rete delle guide di tirocinio rappresenta un potente strumento per promuovere cambiamenti culturali, all'interno della organizzazione aziendale. Nel corso del 2010 queste reti sono state oggetto di percorsi formativi *ad hoc* con la finalità di sostenere l'importante sinergia tra i percorsi di formazione universitaria attivati nonché di accreditamento che l'azienda sta potenziando.

6.3.2 Accessibilità alla documentazione scientifica: la biblioteca aziendale

La Biblioteca Medico Scientifica è coordinata dallo *Staff* Formazione ed è ubicata all'interno dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta di Imola (Sezione 4, paragrafo 4.4.2 *Tipologie delle attività di formazione*). La Biblioteca si propone sempre di più quale strumento di supporto all'attività operativa quotidiana degli operatori sanitari nell'attività assistenziale, nel lavoro amministrativo e nella formazione continua, attraverso una qualificata dotazione di riviste in *full-text*, *online* e cartacee, accessibili e fruibili in ogni punto della rete aziendale. Come già detto nella Sezione 4, viene agevolato l'accesso alle informazioni scientifiche per studenti e utenti esterni interessati al settore.

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

6.4 Alta formazione

Il rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Medicina e Chirurgia, per quanto attiene i 4 Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie presenti nell'AUSL di Imola (Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale; Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro) ormai consolidato, è andato rafforzandosi con l'ampliamento

dei posti disponibili per l'accesso al Primo anno del Corso di Laurea In Infermieristica passando da 30 a 60 posti . Per i primi due corsi l'Azienda è sezione formativa - ovvero sede delle lezioni teoriche relative alla parte professionalizzante e di tutte le ore di attività integrativa e di tirocinio - mentre per i restanti due è sede didattica (sede di tutte le lezioni teoriche e di tirocinio).

Tabella 6.3 - Sezioni attive e numero studenti dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2010

Corsi di laurea	Anno di Corso	N. studenti A.A.2009/2010	N. studenti A.A.2010/2011
Corso di Laurea in Infermieristica	1°	32	65
	2°	24	35
	3°	58	64
Totale		114	164
Corso di Laurea in Fisioterapia	1°	20	20
	2°	18	20
	3°	31	26
Totale		69	66
Corso di Laurea in Educazione Professionale	1°	29	37
	2°	25	29
	3°	30	33
Totale		84	99
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	1°	27	30
	2°	19	26
	3°	20	28
Totale		66	84
Totale complessivo		333	413

Con l'Anno Accademico 2010/2011 è stato registrato un incremento pari a 59 unità rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente.

Si confermano i dati relativi agli incarichi didattici assegnati per i corsi di Laurea attivati che vengono evidenziati nella Tabella 6.3, per ciò che attiene i Coordinatori Tecnico Pratici ed i Tutor di Corso.

Tabella 6.4 - Incarichi didattici nell'ambito dei corsi universitari dell'AUSL di Imola. Anno 2009

Corsi di laurea	Incarichi didattici	N.ro incarichi didattici	Impegno nell'attività
Corso di Laurea in Infermieristica	Coordinatore Tecnico Pratico	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	2 incarichi: 36 ore/settimana 1 incarico: 24 ore/settimana
Corso di Laurea in Fisioterapia	Coordinatore Tecnico Pratico	1	36 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	1	36 ore/settimana (dipendente M.R.I.)
Corso di Laurea in Educazione Professionale	Coordinatore Tecnico Pratico	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	2 incarichi: 12 ore/settimana 1 incarico: 10 ore/settimana in convenzione
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	Coordinatore Tecnico Pratico	1	6 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	4	18 ore/settimana

I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono pari a 61 unità. Complessivamente sono state erogate circa 1.580 ore di docenza da parte di personale dipendente, così distribuite:

- Corso di Laurea in Infermieristica: n. 20 operatori, per un impegno complessivo di circa 400 ore;
- Corso di Laurea in Fisioterapia: n. 14 operatori, per un impegno complessivo di circa 270 ore circa;
- Corso di Laurea in Educazione Professionale: n. 5 operatori, per un impegno complessivo di circa 427 ore;
- Corso di Laurea in Tecniche Prevenzione: n. 22 operatori, per un impegno complessivo di circa 475 ore.

L'aumento del numero degli studenti in carico, unito al fatto che le ore di tirocinio sono parte sostanziale e qualificante del percorso di studio e che devono essere svolte al 100% da parte dello studente, ha generato la necessità di mantenere costantemente alto il livello di attenzione sul reclutamento e sostegno dei professionisti che formano la rete delle guide di tirocinio, soprattutto costruendo relazioni e forme di sinergia e collaborazione con altre Aziende Sanitarie Pubbliche o Strutture private convenzionate confinanti. I dipendenti incaricati di ricoprire la Funzione di Guida di tirocinio (Tutor Aziendali di Tirocinio) sono stati complessivamente 368 di cui 157 dipendenti aziendali.

Tabella 6.5 - Guide attive per i tirocini curriculari dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2010

Corsi di laurea	N. Guide di Tirocinio c/o AUSL di Imola	N. Guide di Tirocinio presso altre Aziende Sanitarie	N. Guide di Tirocinio c/o altre Strutture Private Convenzionate / ASP / Privato Sociale / Aziende	N. totale Guide di Tirocinio attivate
Corso di Laurea in Infermieristica	109	1	13	123
Corso di Laurea in Fisioterapia	21	36	76	127
Corso di Laurea in Educazione Professionale	9	19	30	58
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	18	28	14	60
Totale	157	84	133	368

Con DGR n. 2053 del 20/12/2010 il contributo regionale assegnato all'Azienda USL di Imola per l'anno 2010 per la gestione dei Corsi di Laurea ammonta a € 816.384,73 di cui € 2.100 dedicati ai dipendenti frequentanti il Master di 1° livello organizzati dall'Università degli Studi di Bologna in Infermieristica in Area Critica.

Grazie alla presenza di modelli organizzativi flessibili, basati sulla forte integrazione tra l'area della formazione e l'area dell'organizzazione, i costi che l'azienda sostiene per garantire le necessarie

attività, sia dirette che indirette, ai percorsi formativi sono stimati in € 682.219 per una presenza media, nei 2 semestri accademici che insistono sull'anno di esercizio, pari a n. 373 studenti.

Tabella 6.6 - Stima dei costi per la gestione dei Corsi di Laurea presenti nell'AUSL di Imola. Anno 2010

Fattore	Costi
personale aziendale per Funzioni didattiche (coordinamento)	357.182
Personale per funzioni didattiche (coordinamento) in convenzione	13.484
Docenze corso	53.471
Montecatone IR	35.202
personale per Front - office	30.000
Mensa (n. 2880 pasti)	13.939
Pulizie in appalto	16.076
Utenze (elettricità, riscaldamento, acqua, telefono)	13.819
Costi amministrativi	23.345
Esami di laboratorio e visita medica	8.256
servizio di lavanoio per le divise	15.405
cancelleria	4.829
Servizi elaborazione dati	3.707
Ammortamenti	3.107
rimborso spese viaggio docenti	1.521
calzature per corsisti 1 anno	2.237
Service	1.595
Aggiornamento specifico personale dedicato e per guide di tirocinio	20.815
Libri	2.543
Materiale sanit.	1.427
Altri servizi appaltati	761
Manutenzioni beni e immobili	702
alimentari	991
Spese pubblicitarie	853
TOTALE	625.267
quota costi generali aziendali	56.952
totale costi	682.219

Sulle disponibilità economiche residue vengono annualmente definiti gli investimenti per le attrezzature per la didattica (manichini, apparecchi elettromedicali, presidi..) e per gli ambienti che ospitano le lezioni dei corsi di laurea e a disposizione degli studenti. Importante è anche l'investimento nella formazione del personale dipendente che svolge attività di docenza e di Coordinamento didattico nei corsi di laurea e la funzione di guida di tirocinio all'interno dei servizi sedi di tirocinio curricolare degli studenti. Nel 2010 infatti è continuato sulla base della valutazione espressa al termine del percorso "sperimentale" attivato nel corso del 2009, il percorso di formazione-azione che ha coinvolto ulteriori 12 operatori che svolgono attività di docenza /tutoraggio nei 4 corsi di Laurea e rappresentativi di tutte le professionalità coinvolte (Infermieri, Educatori Professionali, Medici, Fisioterapisti, Tecnici della Prevenzione). Anche questa seconda esperienza si è confermata estremamente interessante e ricca di stimoli ed ha dato avvio ad un percorso di forte integrazione e scambio tra i professionisti. I temi affrontati hanno riguardato lo sviluppo di strategie condivise per la formazione dei professionisti, pur nel rispetto dei singoli Ordinamenti Didattici di Corso di Laurea, la ricerca e sperimentazione di metodologie e strumenti che possano sostenere la formazione di un futuro professionista dotato di quelle capacità, abilità, competenze e motivazione, richieste dall'organizzazione aziendale perché necessarie per soddisfare il bisogno di salute della popolazione di riferimento.

Per sostenere anche l'offerta formativa di qualità delle diverse sedi di tirocinio, nel corso del 2010 è stato progettato e realizzato un primo percorso di formazione in forma integrata da tutte e 4 le professioni coinvolte nella gestione dei corsi di laurea e dedicato a 30 professionisti equamente provenienti dalle 4 professioni coinvolte. Per il rapporto di forte integrazione e collaborazione esistente con il mondo della Cooperazione Sociale e con la sede di Montecatone questo corso è stato frequentato, in forma gratuita, anche da operatori che in quelle sedi ricoprono la funzione di guida di tirocinio per gli studenti.

Sulla base del rapporto di collaborazione consolidato in questi anni, sono stati altresì realizzati in collaborazione con l'Università di Bologna, Facoltà di Medicina e Chirurgia, presso la sede didattica di Palazzo Vespignani, tre incontri seminariali aperti anche alla cittadinanza oltre che ai dipendenti aziendali, in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica e con la struttura aziendale che ha rapporti consolidati e stabili con il mondo degli Educatori Professionali.

A partire dall'A.A. 2010/2011 la sede formativa di Imola del Corso di Laurea ha avviato in collaborazione con l'Università di Ferrara, sezione formativa di Pieve di Cento, stesso Corso di Laurea, uno studio osservazionale analitico sulla valutazione del livello di raggiungimento delle competenze esito in relazione ai fattori predittivi negli studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica. Il campione complessivamente costituito da 120 gli studenti iscritti al corso di Laurea delle due sezioni formative sarà osservato per l'intera durata degli studi.

Nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali, l'attività formativa vede complessivamente nel 2010 presenti 10 medici in formazione specialistica, anche se in presenza alternata e non continuativa, provenienti da 2 diverse Scuole di Specializzazione degli Atenei di Bologna e Ferrara; generalmente è stato previsto un tutor per ogni specializzando.

Tabella 6.7 - Specializzazioni mediche: numero studenti per corso di studio e tipologia di tirocinio Anno 2010

Scuole di specializzazione	Tipologia tirocinio	N.ro studenti
Scuola di specialità in Urologia - Università degli Studi di Bologna	Curricolare presso U.O. di Urologia	9
Scuola di specialità in Radiologia - Università degli Studi di Ferrara	Curricolare presso U.O. di Radiologia	1
Totale		10

Si evidenzia altresì l'impegno del Dipartimento di Salute Mentale e del Consultorio Familiare nella formazione dei professionisti, così come evidenziato nella tabella seguente.

Tabella 6.8 – Formazione figure professionali ambito salute mentale e Consultorio Familiare. Anno 2010

Scuole di Specializzazione	N.ro studenti
Scuola Biosistemica di Bologna	1
Scuola di Psicologia Clinica SSPC-IFREP di Roma	2
Scuola Milanese di Terapia della Famiglia - Bologna	1
Istituto di Terapia Familiare di Bologna ITF	6
Scuola Psicoterapica Psicoanalitica - Lugo	1
ISRCA di Modena	1
Centro di Terapia Familiare di Bologna	2
Centro Studi di Terapia relazionale di Prato	1
Totale	15

Oltre all'attività formativa in carico sopradescritta, le Strutture aziendali sono state anche sede di altri tirocini universitari, come descritto nella seguente Tabella 6.9, da cui si evidenzia un incremento pari a n. 8 studenti rispetto all'anno precedente.

Tabella 6.9 - Tipologia di tirocinio e numero studenti per altri corsi di Laurea. Anno 2010

Altri corsi di laurea	Tipologia tirocinio	N.ro studenti
Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche	Curriculare presso Staff Formazione	1
Master in Management	Presso Direzione SIT	5
Master 1°liv. In Valutazione e Trattamento dell'autismo e dei disturbi pervasivi dello sviluppo	Presso Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	1
Laurea in Giurisprudenza	Curriculare presso Controllo di Gestione	1
Laurea in Scienze Biologiche	Curriculare presso UOC Anatomia Patologica	1
Master in Ingegneria Gestionale	Curriculare presso UOC Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche e Controllo di Gestione	3
Master in Ingegneria Biomedica	Curriculare presso Servizio Ingegneria Clinica	1
Scienze della Formazione	Curriculare presso Staff Formazione	1
Laurea in Psicologia	Curriculare presso Consultorio Familiare	3
Laurea in Tecniche in Radiologia Medica	Curriculare presso UOC Radiologia	1
Laurea in Tecniche della Prevenzione (da altra Università)	Curriculare presso Dipartimento di Sanità Pubblica	1
Laurea in Infermieristica (da altra Università)	Curriculare presso SIT	2
Laurea in Fisioterapia (da altra Università)	Curriculare presso Medicina Riabilitativa	2
Totale		23

Anche i medici convenzionati dell'AUSL di Imola - in particolare, i Medici di Medicina Generale - hanno svolto un ruolo importante per quanto attiene la formazione universitaria, svolgendo funzione di tutoraggio: nel 2010 risultano 10 i MMG che hanno esercitato tale ruolo.

Sulla base di accordi regionali, la disponibilità ad accogliere corsisti frequentanti il corso di formazione specialistica in Medicina Generale è stata garantita da altri 8 Medici di Medicina Generale Convenzionati.

Tabella 6.10 - Attività di Tutor dei MMG e numero tirocinanti in carico. Anno 2010

Corsi di Laurea	Tipologia Tirocinio	n. tirocinanti
Laurea in Medicina e Chirurgia	Tutor pre-laurea presso ambulatorio MMG	14
Laurea in Medicina e Chirurgia	Formazione specifica	8
Laurea in Medicina e Chirurgia	Preabilitazione Medicina ambulatorio MMG	3
Totale		25

Durante l'esercizio in esame i dipendenti che hanno partecipato a corsi universitari sono stati complessivamente 23.

Tabella 6.11 - Dipendenti frequentanti corsi universitari, per profilo professionale. Anno 2009

Corso Universitario	Profilo	n. dipendenti
Corso di Alta Formazione	Infermiere	4
Laurea Tecnici Prevenzione	Operatore Tecnico	1
	Tecnico della Prevenzione	1
Master	Infermiere	4
Laurea in Infermieristica	O.S.S.	2
	Tecnico della Prevenzione	1
	Infermieri	6
	Assistente Sanitario	1
Totale		20

6.5 Accreditazione istituzionale

Il percorso di accreditamento istituzionale dei Dipartimenti aziendali ha visto nel 2010 il susseguirsi di due visite di verifica, condotte, come consueto, dai valutatori esterni selezionati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. Ad aprile 2010 è stato ri-accreditato il Dipartimento di Emergenza e Accettazione, che comprende le unità operative di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Radiologia d'Urgenza, Rianimazione, Semintensiva, Cardiologia e UTIC; nel mese di settembre è stato il turno del Dipartimento Chirurgico, con le unità operative di Ortopedia, Chirurgia Generale, Urologia, Otorinolaringoiatria, Oculistica ed i "setting organizzativi" Blocco Operatorio e Poliambulatori. Le verifiche si sono concluse positivamente, con grande soddisfazione degli operatori coinvolti.

Con l'accreditamento del Dipartimento Chirurgico si è concluso il percorso di primo accreditamento dei dipartimenti ospedalieri, essendo stati tutti e cinque (DEA, Medico, Materno-Infantile, Servizi, Chirurgico) accreditati almeno una volta.

7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	pag. 300
7.1 L'Ospedale di Montecatone: un'eccellenza che avanza	300
7.1.1 Le tappe	302
7.1.2 Le caratteristiche strutturali e le attività	303
7.1.3 Le prospettive future	307

7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

7.1 L'Ospedale di Montecatone: un'eccellenza che avanza



Dopo un lungo percorso la Giunta della Regione Emilia Romagna con deliberazione n. 283 del 8.2.2010 ha dichiarato concluso positivamente il periodo di sperimentazione gestionale della Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a., approvandone la sua entrata a regime quale struttura di eccellenza in campo riabilitativo

Era il 23 giugno del 1997 quando con atto del Notaio Domenico Piazza fu costituita la Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. - società mista pubblico-privata, avente ad oggetto lo sviluppo dell'omonimo Centro specializzato che svolgeva attività diretta al recupero e alla rieducazione funzionale di soggetti affetti da lesioni spinali. Società alla quale si diede vita nell'ambito delle "sperimentazioni gestionali", ai sensi dell'art. 51 della L.R. n. 50/94, e che trovò formale riconoscimento con deliberazione della Giunta Regionale n. 496 del 19.3.1996.

La società che inizialmente vedeva la partecipazione di soggetti privati con una quota azionaria del 35%, mentre per il restante capitale sociale l'Azienda Usl di Imola e il Comune di Imola detenevano rispettivamente il 64,44% e lo 0,56% del capitale azionario, oggi, a seguito della volontà dei soci privati di cedere a titolo definitivo le rispettive partecipazioni azionarie e la

conseguente disponibilità dell'AUSL di Imola di acquisire la quota societaria di proprietà privata, è completamente pubblica.

La condivisione regionale della scelta compiuta dall'AUSL di Imola, a fronte della volontà espressa dai soci privati di alienare la propria partecipazione al capitale della società, di esercitare il diritto di prelazione previsto dallo statuto, è stata dettata dalla considerazione del ruolo fondamentale svolto dalla struttura e dalla necessità di garantire il mantenimento di una attività di eccellenza che ha consolidato un ruolo strategico non solo per l'AUSL di Imola, ma per l'intero Sistema Sanitario Regionale.

Partendo dalle suddette considerazioni e dal fatto che, in due momenti successivi, tutti i soci privati che costituiscono originariamente la Società hanno deciso di uscire dalla compagine sociale, si è ritenuto che la forma della partecipazione mista pubblico-privato, non costituiva più lo strumento di gestione più idoneo ad assicurare le finalità caratterizzanti la struttura ospedaliera di Montecatone, per cui ci si è orientati verso una forma di gestione interamente pubblica. Tale soluzione è apparsa la più coerente rispetto sia all'obiettivo di salvaguardare l'autonomia e la visibilità di Montecatone, sia di preservarne e possibilmente di svilupparne l'eccellenza regionale e nazionale.

A rafforzamento dell'opzione "pubblica" per l'attuale gestione, oltre alle considerazioni sopra espresse, va sottolineata la scelta, definita d'intesa con il livello regionale, di acquisire, pertanto, l'intera partecipazione alienata dai soci privati.



7.1.1 Le tappe

La società mista pubblico-privata, denominata Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. (M.R.I. S.p.a.), è stata costituita con atto notarile il 23.6.1997, previa autorizzazione della Regione Emilia Romagna (Deliberazione di Giunta n. 496 del 19.3.1996) ai sensi dell'art. 51 della L.R. n. 50/1994 in materia di "partecipazioni gestionali", nell'ambito del progetto per il potenziamento del Centro di Riabilitazione Spinale di Montecatone.

Con successiva Deliberazione n. 656 del 1.3.2000 la Giunta della Regione Emilia Romagna valutava positivamente, sotto il profilo della convenienza e della qualità dei servizi, la sperimentazione a suo tempo autorizzata e rinviava a successivo provvedimento (acquisito il riscontro della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi del comma 3 dell'art. 9 bis del D.Lgs. 502/1992) le determinazioni di competenza necessarie alla trasformazione della gestione sperimentale in gestione ordinaria.

Anche successivamente, la sperimentazione è stata oggetto di periodico monitoraggio mentre nel 2008 la Regione ha chiesto ulteriore documentazione in ordine alla convenienza e alla qualità dei servizi erogati.

Quindi, con Deliberazione n. 283 del 8.2.2010 ad oggetto "Provvedimenti inerenti la conclusione della sperimentazione gestionale "Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a." la Giunta regionale, vista l'istruttoria effettuata sull'esperienza gestionale in argomento e valutata l'attività svolta e gli esiti conseguiti sul piano della ricerca scientifica e della innovazione, ha dato avvio ad un percorso rivolto, oltre che a sancire la fine del periodo sperimentale a definirne un nuovo assetto anche a fronte dell'intenzione dei soci privati di uscire dalla compagine societaria.

Per cui con il provvedimento sopra richiamato si è tra l'altro:

- confermata la valutazione positiva della sperimentazione gestionale "Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a.", dichiarando concluso il periodo di sperimentazione";
- condiviso la scelta dell'AUSL di Imola di acquistare le partecipazioni azionarie (pari, complessivamente, al 35% del capitale sociale) dei soci privati, al fine di garantire il principio della continuità assistenziale posto a carico del socio pubblico e di consentire il mantenimento di una struttura di eccellenza che riveste un ruolo strategico sia per l'Azienda sanitaria di Imola sia per l'intero Servizio Sanitario Regionale;
- prevista una fase transitoria, che doveva concludersi entro il 31.12.2010, nella quale permaneva una società a capitale interamente pubblico (attualmente la compagine societaria è così composta: l'AUSL di Imola detiene il 99,44% del capitale mentre il Comune di Imola lo 0,56 %) durante la quale l'Azienda avrebbe dovuto impegnarsi ad avviare un confronto con i competenti organi istituzionali locali e regionali allo scopo di individuare una forma di gestione coerente con la eccellenza dell'attività svolta e con le finalità di integrazione e di pieno inserimento dell'attività nel Servizio Sanitario Regionale al fine di realizzare – tenendo conto di determinati obiettivi e criteri (segnatamente:

riduzione strutturale dei costi, con particolare riferimento al costo del personale, e sviluppo delle attività in accordo con le Direzioni delle tre Aree vaste della Regione) - le condizioni per l'avvio a regime della forma di gestione prescelta.

A conclusione di tale percorso si è optato per il mantenimento di un assetto di società per azioni ad integrale partecipazione pubblica, si è provveduto all'adozione di un nuovo statuto approvato con deliberazione n. 53 del 30.4.2011, nonché alla nomina del nuovo C.d.A. e del Direttore Generale della struttura.

7.1.2 Le caratteristiche strutturali e le attività

L'Ospedale di Montecatone è una struttura di riabilitazione dotata di 158 posti letto di cui 135 dedicati a pazienti mielolesi e 23 a pazienti cerebrolesi. E' suddiviso in due Dipartimenti: il Dipartimento di Medicina Riabilitativa e il Dipartimento per il Reinserimento.

L'Ospedale è organizzato per Aree che corrispondono alle diverse intensità riabilitative:

- Area Intensiva (8 posti letto di Terapia Intensiva e 10 di Sub Intensiva);
- Area Pazienti Acuti (22 posti letto per Gravi Cerebrolesioni Acquisite e 44 per Mielolesioni);
- Area Pazienti Post-Acuti (66 posti letto di degenza ordinaria);
- Area Day Hospital e Servizi Ambulatoriali (8 posti letto Day Hospital).

Area intensiva

L'Area Intensiva permette di accogliere direttamente dai Trauma Center della Regione Emilia Romagna e delle altre Regioni pazienti gravissimi per intraprendere una terapia riabilitativa in fase precoce a partire dalla fase di ventilazione assistita, come delineato dal disegno regionale che, nell'ambito del modello Hub & Spoke, ha definito il ruolo delle strutture coinvolte nella rete dei servizi per l'alta specialità riabilitativa.

Per quanto riguarda il percorso riabilitativo, i pazienti che accedono alla Terapia Intensiva dell'Ospedale di Montecatone arrivano in condizioni di massima protezione (ventilazione meccanica, alimentazione artificiale, catetere vescicale, ecc.), ma anche di massima dipendenza sotto il profilo respiratorio, fonatorio, deglutitorio e motorio. Trattasi di pazienti che, pur avendo completato la fase chirurgica (stabilizzazione del rachide o di altre fratture e/o lesioni), sono ancora fortemente instabili sotto il profilo clinico e non autonomi per le funzioni vitali di base.

Il Centro di Riabilitazione di Montecatone è infatti orientato ad una presa in carico sempre più precoce del paziente con lesione midollare e del paziente con grave cerebrolesione.

Già in fase acuta viene impostato, con il paziente e con i suoi familiari, un "Progetto di Riabilitazione Globale Personalizzato", che mette al centro dell'intervento riabilitativo la persona affetta da disabilità accompagnandola in questo percorso con tutte le risorse medico-sanitarie, tecnologiche, comunicativo-relazionali e sociali disponibili per il recupero della massima autonomia

possibile e della massima partecipazione alla vita sociale ed economica, quale condizione fondamentale per un efficace reinserimento nel territorio di appartenenza.

In Terapia Intensiva si accoglie il paziente, si accerta la situazione post-traumatica e si interviene nel modo più adeguato per avviare il più precocemente possibile il progetto riabilitativo. Il progetto riabilitativo dei pazienti che superano la fase di dipendenza respiratoria prosegue in area "acuti", mentre quello dei pazienti con particolari difficoltà di svezzamento dal respiratore prosegue nel reparto di Sub-Intensiva, cercando di perseguire il massimo recupero delle potenzialità residue con l'uso di ausili elettronici e della domotica.

Area Pazienti Acuti

I pazienti ospitati in questa area provengono dall'Area Intensiva della struttura o da reparti per acuti di altri ospedali; hanno raggiunto l'autonomia respiratoria e si trovano in fase di graduale stabilizzazione clinica. I pazienti iniziano il trattamento di riabilitazione intensiva in palestra e la rieducazione delle funzioni autonome.

Le cure mediche e riabilitative sono garantite da un'équipe multidisciplinare, coordinata da un medico fisiatra, che lavora in stretto rapporto con il primario, il coordinatore infermieristico e quello riabilitativo.

Il lavoro di équipe è volto all'elaborazione di un progetto riabilitativo globale personalizzato e alla sua condivisione con il paziente ed i familiari. Per ogni paziente sono previsti programmi riabilitativi finalizzati alla prevenzione di danni secondari ed al raggiungimento delle autonomie nell'ambito della respirazione, della deglutizione e delle abilità motorie.

Tutto il percorso effettuato presso l'Ospedale di Montecatone è ad elevata intensità riabilitativa: ciò che differenzia la prima fase riabilitativa, definita convenzionalmente "acuta", dalla seconda, definita "post-acuta", è la maggiore instabilità clinica e il livello di autonomia molto limitato presenti in area acuti, che comportano una maggiore assistenza medico/infermieristica ed una presa in carico individuale da parte del terapeuta, che adatta i programmi all'andamento del recupero clinico del paziente.

Area Pazienti Post-Acuti

Accoglie pazienti mielolesi provenienti dall'area acuti dell'ospedale, pazienti mielolesi e cerebrolesi che rientrano per completare il percorso riabilitativo, dopo un periodo di domiciliatura e pazienti che rientrano per complicanze o per accedere alla chirurgia funzionale.

Per accedere alla fase post-acuta il paziente deve aver raggiunto determinati obiettivi riabilitativi, quali la possibilità di respirazione autonoma, l'assenza di nutrizione enterale (pertanto la possibilità di nutrirsi per via orale), la capacità di mantenere la posizione seduta.

Le cure mediche e riabilitative sono garantite da un'équipe multidisciplinare, coordinata da un medico fisiatra, che lavora in stretto rapporto con il primario, il coordinatore infermieristico e quello riabilitativo.

Nella area post-acuti, per chi vi accede dall'area acuti, si apre una seconda fase del percorso riabilitativo caratterizzata da condizioni cliniche ormai stabilizzate e da un livello di intensità

riabilitativa via via crescente, volto a perseguire l'obiettivo di raggiungere il massimo livello di autonomia possibile compatibilmente con il livello di lesione e con il livello di *compliance* del paziente e della sua famiglia.

Il progetto riabilitativo si arricchisce, in questa fase, di ulteriori attività che concorrono al raggiungimento della massima autonomia possibile:

- terapia occupazionale e progettazione ausili;
- idrokinesiterapia;
- riabilitazione tramite il gesto sportivo.

Day Hospital

Consente sia di completare l'iter riabilitativo dei pazienti, una volta raggiunti gli obiettivi primari in regime di ricovero ordinario, sia di realizzare in questa sede parte delle cosiddette "eccellenze e funzioni trasversali", fornendo il necessario supporto per le attività di *follow-up* diagnostico e terapeutico.

Le attività trasversali

Le attività "trasversali" a tutte le unità operative e servizi e che costituiscono settori di alta specializzazione riabilitativa, rappresentano ulteriori "percorsi d'eccellenza". Essi sono:

- Diagnostica e trattamento della spasticità
- Diagnostica e trattamento della vescica neurogena
- Diagnostica e trattamento dei disordini viscerali e delle funzioni autonome
- Riabilitazione dell'arto superiore nel tetraplegico
- Teleriabilitazione.

I Servizi ambulatoriali e diagnostici (laboratorio di neurofisiologia clinica, laboratorio di urodinamica, ambulatorio di andrologia, servizio di radiologia, servizio dei disordini viscerali), presenti all'interno di Montecatone, permettono di svolgere tali attività trasversali e sono funzionali alle attività di riabilitazione effettuate in regime di ricovero ordinario, in Day Hospital nonché per pazienti esterni.

La Terapia Occupazionale si pone l'obiettivo di tradurre la mobilità in autonomia, sviluppando in maniera funzionale le attività motorie acquisite, recuperate o residue. Provvede allo studio ed alla realizzazione di ortesi ed ausili per lo svolgimento delle attività quotidiane, professionali e del tempo libero; fornisce il proprio supporto per le modifiche ambientali da prevedere per il rientro a domicilio.

La Idrokinesiterapia, svolta in una piscina di ampie dimensioni ed adeguatamente attrezzata, oltre a rinforzare il perseguimento degli obiettivi riabilitativi, svolge un ruolo particolarmente importante anche nel favorire l'espressione delle potenzialità del paziente sia nella gestione della propria autonomia corporea, che nella socializzazione.

La Riabilitazione tramite il gesto sportivo, oltre a rappresentare a tutti gli effetti uno strumento riabilitativo per il rinforzo della muscolatura, il miglioramento del controllo posturale del tronco e la capacità di gestione della carrozzina, favorisce i primi contatti del paziente con una realtà extra-

ospedaliera, incentiva la socializzazione, permette alla persona di sperimentare le proprie residue potenzialità.

Il percorso riabilitativo e assistenziale è integrato con il Servizio di Psicologia, che nasce dall'esigenza di accompagnare la persona ricoverata e i suoi familiari nel processo di adattamento. La sua attività si è progressivamente integrata con l'operatività delle diverse Unità Operative: il lavoro in *équipe* garantisce un approccio di presa in carico globale della persona ricoverata presso questa struttura e segue tutto il suo percorso riabilitativo.

La valenza nazionale dell'Ospedale di Montecatone è sottolineata dalla elevata richiesta che proviene dalle altre Regioni. Le principali sono: la Puglia, la Sicilia, il Lazio, la Campania, ecc.

La risposta che l'Ospedale di Montecatone offre a queste richieste consiste in una disponibilità media di 100 posti letto. Nell'ambito della Regione Emilia-Romagna è un punto di riferimento *Hub* per le 3 Aree Vaste e offre una disponibilità, mediamente, di circa 50 posti letto.

L'elevata risposta terapeutica riabilitativa è oggi garantita da un gruppo di personale altamente qualificato che consta complessivamente di 312 unità di cui: 28 medici, 187 tra infermieri e operatori socio sanitari, 67 terapisti della riabilitazione, 30 impiegati e tecnici.

Ad integrazione della struttura ospedaliera è stata realizzata nelle vicinanze una struttura alberghiera denominata "Casa di accoglienza Anna Guglielmi" per ospitare, per lunghi periodi, i familiari dei pazienti e permettere quindi un adattamento alla nuova condizione fisica sia al paziente che ai familiari.

Casa Guglielmi dispone di appartamenti domotici che consentono al paziente di recuperare il massimo delle proprie abilità terminata la fase acuta e riabilitativa e che garantiscono un reinserimento nel proprio ambiente di vita e di lavoro compatibile con la nuova condizione fisica.

Altre caratteristiche

Già da alcuni anni l'Ospedale di Montecatone ha elaborato, in collaborazione con l'Ateneo di Bologna, un Protocollo Quadro - "Un Progetto per lo Sviluppo delle Scienze della Riabilitazione" – per l'istituzione di un Polo Didattico-Scientifico che prevede:

- attività di diagnosi e cura, in ambito neuro-urologico, colonproctologico e psicologico;
- attività di didattica e formazione, con attivazione del Corso di laurea di I° livello in Fisioterapia.

Inoltre, Montecatone è sede di attività di ricerca ed innovazione. Ha istituito, per finalità di ricerca scientifica e di solidarietà sociale, la "Fondazione Montecatone O.N.L.U.S." che ha promosso e attuato iniziative e progetti di alto valore sociale e scientifico. In particolare la Fondazione (già impegnata nella ristrutturazione della descritta Casa di accoglienza Anna Guglielmi) sta sostenendo un importantissimo progetto di ricerca sull'applicazione delle cellule staminali nella mielolesione, in collaborazione con l'Università degli studi di Milano e l'Ospedale Bellaria di Bologna, e si appresta ad avviare il suo primo progetto di servizio civile volontario.

Fra gli altri progetti finora svolti o che si stanno sviluppando e che fanno parte della competenza e delle esperienze acquisite dall'Ospedale di Montecatone sono da annoverare:

- L'esperienza sulla teleriabilitazione domiciliare, quale nuova modalità assistenziale per i pazienti mielolesi dimessi dalla struttura, acquisita con partecipazione al progetto THRIVE;
- Lo StartER "*Strategic Network for Rehabilitation Technology in Emilia Romagna*", un laboratorio sulle tecnologie della riabilitazione, che offre soluzioni integrate e prodotti innovativi nel settore della disabilità motoria;
- Il "*Gait Analysis Laboratory: innovative tool for Gait Impairment Functional Diagnosis and Outcome Measure in Spastic Patient*", progetto di ricerca Regione Università 2007-2009, in collaborazione con gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna;
- Lo Studio Multicentrico di valutazione di tollerabilità ed efficacia del trattamento con eritropoietina (EPO) nello *shock* spinale: studio comparativo verso metilprednisolone (MP);
- Lo Studio Osservazionale Multicentrico "Ulteriore sviluppo del Progetto di ricerca SCI-ARMI (*Spinal Cord Injury Ability Realization Measurement Index*)" per la misurazione del successo della riabilitazione nei pazienti con lesione midollare;
- Nell'ambito delle attività dell'U.O. a direzione universitaria "Diagnostica e Riabilitazione dei Disordini Viscerali e delle funzioni autonome" sono stati effettuati numerosi lavori di ricerca che hanno prodotto articoli originali e capitoli di libri e monografie. Fra questi lavori si citano nello specifico: nuove procedure per la riabilitazione della funzione intestinale nella persona neuro-motulesa; *intensive bowel care* in pazienti cerebro e mielolesi in fase acuta; valutazione quantitativa e qualitativa della composizione corporea e dello stato nutrizionale del paziente mieloleso post-traumatico con o senza lesioni da decubito; cambiamenti della flora intestinale in pazienti con lesioni del sistema nervoso; valutazione della capacità di permanenza nella vescica del probiotico *Lactobacillus casei* DG in pazienti con lesioni midollari e soggetti a cateterismo vescicale intermittente.

7.1.3 Le prospettive future

M.R.I. S.p.a. è inserito nella rete regionale *Hub & Spoke* (D.G.R. n. 1267/2002) quale centro *Hub* (assieme alla struttura di Medicina Riabilitativa di Villanova D'Arda – AUSL Piacenza) operante in stretta collaborazione con le 3 sedi di Trauma Center regionali (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda USL di Bologna e Azienda USL di Cesena) per la riabilitazione precoce delle gravi mielolesioni, secondo le modalità descritte dalla D.G.R. n. 136/2008 che definisce l'organizzazione della rete regionale.

L'*Hub* regionale per le mielolesioni rappresenta un centro di medicina riabilitativa (disciplina codice 28: Unità Spinale) a valenza sovraziendale e/o regionale, strettamente integrato funzionalmente con la rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione di 2° e 1° livello.

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

M.R.I. si colloca a riferimento in tema di assistenza al paziente mieloleso per soddisfare sia le necessità regionali che quelle extraregionali con una presenza media che supera il centinaio di pazienti.

M.R.I. ha da tempo sviluppato accanto al trattamento delle lesioni midollari traumatiche di cui è il primo riferimento regionale e nazionale anche il trattamento delle lesioni atraumatiche per le quali è previsto un incremento di incidenza di nuovi casi nel prossimo futuro. A questo proposito risulta importante sottolineare quanto l'eziologia traumatica incida per non oltre il 70% sulla casistica che accede a M.R.I., essendo il restante 30% costituito già oggi da pazienti non traumatici, con eziologia di tipo degenerativa, neoplastica (quest'ultima 4,5% del totale) e vascolare.

La competenza specialistica sarà rafforzata nei prossimi anni anche dalla realizzazione del "Registro regionale per le mielolesioni", per il quale M.R.I. detiene il coordinamento regionale.

E' infatti uno strumento con il quale vengono raccolte ed elaborate le informazioni necessarie per eseguire periodiche valutazioni epidemiologiche ed attività di *audit* e promuovere l'attività di formazione al fine di monitorare l'appropriatezza del percorso e la qualità dell'assistenza al paziente mieloleso.

M.R.I. è inoltre inserito nella rete regionale *Hub & Spoke* quale centro H/S per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni acquisite, secondo quanto definito dalla D.G.R. n. 2068/2004 sul sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite nell'età adulta e dalla D.G.R. n. 2125/2005 sulla organizzazione della rete per le gravi cerebrolesioni acquisite (Progetto GRACER), con la disponibilità di 9 posti letto per la funzione di *spoke* o per la presa in carico in regime di riabilitazione intensiva di pazienti provenienti dalle unità operative per acuti delle aziende USL delle province di Modena, Bologna e della Romagna.

Gli accordi stipulati recentemente fra M.R.I. S.p.a. e le aziende sanitarie dell' Area Vasta Emilia Centro (AVEC) e Area Vasta Romagna (AVR) per il trattamento riabilitativo precoce dei pazienti mielolesi provenienti dai rispettivi bacini di utenza, hanno permesso di realizzare "l'Unità Spinale integrata" di rete prevista dalla programmazione regionale che a breve coinvolgerà anche l'Area Vasta Emilia Nord (AVEN). E' questo un modello organizzativo innovativo che permette la piena integrazione fra centri specialistici di Aziende sanitarie diverse al fine di garantire la continuità del percorso riabilitativo.

Il ruolo nazionale di MRI, consolidato nel periodo di sperimentazione gestionale è dimostrato dal fatto che oltre il 65% delle presenze giornaliere sono effettuate da pazienti di altre regioni, in particolare dalle regioni Campania, Puglia e Sicilia, a dimostrazione della sua natura di riferimento nazionale per l'alta specialità riabilitativa. Questo ruolo può ulteriormente svilupparsi in futuro, in particolare verso l'area delle malattie neurologiche degenerative in fase avanzata ed oncologiche del sistema nervoso e potrebbe consolidarsi con appositi accordi bilaterali fra regioni.

Il carattere interamente pubblico di M.R.I. permette di precisare meglio la collocazione della struttura in ambito regionale. A questo proposito, nel corso del 2010, sono stati attivati gruppi

Sezione 7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

tecnici interaziendali e regionali al fine di ridisegnare in ambito regionale le strutture ospedaliere di riabilitazione. Infatti, a seguito della richiesta da parte del Direttore Generale dell'AUSL di Imola, con le note prot. n. 17908 del 30.4.2010 e n. 22173 del 28.05.2010, sono stati attivati due gruppi di lavoro, il primo nel ambito dell'Area Vasta Emilia Centro composto da Direttori Sanitari AVEC e un pool professionisti di riferimento per l'area riabilitativa, il secondo nell'ambito regionale per armonizzare le reti chiuse delle aree vaste.

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