

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

# ***Bilancio di missione*** **2014**

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

*Gentili lettori,*

*presentiamo in queste pagine, per il dodicesimo anno consecutivo, la rendicontazione dettagliata di un anno di attività dell'Azienda Usl di Imola: il 2014.*

*La struttura del documento è come di consueto suddivisa in 7 sezioni, dedicate a raccontare il profilo della comunità del Circondario Imolese e dell'Ausl di Imola, gli obiettivi e le strategie aziendali messe in atto per il loro conseguimento, il governo delle risorse umane, l'ascolto ed informazione ai cittadini, le attività di ricerca e sviluppo. Vogliamo però in questa premessa soffermarci sul capitolo che caratterizza strategicamente l'anno 2014 e quelli del prossimo futuro: il settimo, che tratta i progetti di integrazione con l'Area Metropolitana e l'Area Vasta.*

*Come il lettore potrà evincere dalla lettura di questo bilancio di missione, i servizi sanitari garantiti dall'Ausl di Imola hanno dato prova di una buona tenuta qualitativa e quantitativa anche nel difficile contesto socio-economico che ha caratterizzato questi ultimi anni, con il parallelo raggiungimento di un non facile equilibrio di bilancio.*

*Ciò non di meno, in un contesto di deciso cambiamento nel quadro demografico, epidemiologico e socio-economico, ed in presenza di una perdurante recessione del sistema di finanziamento pubblico, è essenziale superare visioni riduttive e settoriali e fissare nuovi principi di integrazione, di collaborazione, di sussidiarietà, di responsabilità e di opportunità, in base ai quali riflettere ed operare per una efficace azione di rilancio del nostro sistema sanitario.*

*Consapevole pertanto dell'importanza di rinsaldare i rapporti con le altre Aziende del territorio metropolitano, anticipando così l'orizzonte già ridisegnato dagli indirizzi nazionali e regionali, l'Ausl di Imola ha concentrato il proprio impegno sulla programmazione strategica del prossimo triennio in quest'ottica, avviando la realizzazione di reti cliniche: in area metropolitana, con l'istituzione della Chirurgia generale interaziendale con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna e la rete con l'Istituto Ortopedico Rizzoli per la chirurgia ortopedica della spalla e pediatria, e in Area Vasta, con lo sviluppo dei progetti di integrazione dell'Emergenza Territoriale, del Laboratorio Unico, dell'Immunoematologia e Medicina Trasfusionale. Sono peraltro state gettate le basi per allargare tale modello di collaborazione in altri ambiti (Radiologia, Genetica Medica, Anatomia Patologica, Farmacia, Servizi Amministrativi e tecnici).*

*Concludo questa breve premessa alla lettura del Bilancio di Missione 2014 dell'Ausl di Imola con alcuni sentiti e dovuti ringraziamenti: agli organi politici ed istituzionali locali, che hanno governato la programmazione sanitaria locale non facendo mai mancare il loro supporto ai livelli gestionali ed operativi della nostra Azienda; alla comunità del circondario imolese, sempre attiva, partecipe e attenta alla gestione della propria sanità; ma soprattutto a coloro che, quotidianamente e con costanza, si impegnano per garantire ai cittadini servizi sanitari di buona qualità. Grazie a tutti gli operatori di questa Azienda, in gran parte anche membri attivi di questa comunità, che anche nei momenti di maggiore difficoltà hanno mantenuto alto il valore del servizio sanitario locale con la loro professionalità e dedizione.*

*Maria Lazzarato*



## Indice generale

<b>1. Contesto di riferimento.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Territorio Ambiente e Popolazione .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Superficie e densità demografica .....	5
1.1.2 Ambiente .....	5
1.1.3 Struttura demografica della popolazione residente.....	6
1.1.4 Anziani e grandi anziani .....	8
1.1.5 Aspettativa di vita.....	10
1.1.6 Natalità.....	11
1.1.7 Stranieri.....	11
<b>1.2 Osservazioni epidemiologiche .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Mortalità .....	12
1.2.2 Mortalità per grandi cause .....	13
<b>1.3 Stili di vita e sicurezza .....</b>	<b>15</b>
1.3.1 Principali comportamenti influenti sullo stato di salute .....	15
1.3.2 Incidenti stradali .....	16
1.3.3 Infortuni sul lavoro .....	18
<b>Sezione 1 - Sintesi principali indicatori .....</b>	<b>20</b>
<b>2. Profilo aziendale .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale .....</b>	<b>21</b>
2.1.1 Sostenibilità economica.....	21
2.1.2 Sostenibilità finanziaria .....	28
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale .....	31
<b>2.2 Impatto sociale ed ambientale .....</b>	<b>33</b>
2.2.1 Lasciti e donazioni .....	33
2.2.2 Uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari .....	34
<b>2.3 Livelli essenziali di assistenza .....</b>	<b>37</b>
2.3.1 Costo pro-capite per livelli di assistenza .....	37
2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro.....	39
2.3.3 Assistenza distrettuale .....	42
2.3.4 Assistenza ospedaliera .....	55
<b>2.3 Assetto organizzativo .....</b>	<b>64</b>
<b>Sezione 2 - Sintesi principali indicatori .....</b>	<b>68</b>
<b>3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali .....</b>	<b>69</b>
<b>3.1 Partecipazione Enti Locali alla programmazione sanitaria.....</b>	<b>69</b>
3.1.1 La <i>governance</i> nei servizi ad integrazione socio-sanitaria .....	69
<b>3.2 Universalità ed equità di accesso .....</b>	<b>69</b>
3.2.1 Il Fondo Regionale per la non Autosufficienza (FRNA).....	69
3.2.2 Politiche socio-sanitarie per aree con maggior disagio.....	70
3.2.3 Governo delle liste di attesa .....	76
<b>3.3 Centralità del cittadino .....</b>	<b>78</b>
3.3.1 Forme di partecipazione del cittadino.....	78
3.3.2 Valutazione gradimento del cittadino .....	79
3.3.3 Equità e <i>Diversity Management</i> .....	80
3.3.4 Trasparenza e prevenzione della corruzione .....	82

<b>3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale .....</b>	<b>83</b>
3.4.1 Promozione della salute e prevenzione delle malattie .....	83
3.4.2 Appropriately clinica e organizzativa .....	86
3.4.3 Percorsi continuità ospedale - territorio.....	90
3.4.4 Gestione del rischio "sicurezza delle cure" .....	92
<b>4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione.....</b>	<b>97</b>
<b>4.1 "Carta di Identità" del personale.....</b>	<b>97</b>
<b>4.2 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti.....</b>	<b>101</b>
4.2.1 Sistema di valutazione <i>performance</i> e sistemi incentivanti .....	101
4.2.2 Sistema di valutazione incarichi dirigenziali e sviluppo di carriera .....	102
<b>4.3 Gestione del rischio e sicurezza.....</b>	<b>102</b>
4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali.....	102
4.3.2 Andamento del fenomeno infortunistico.....	103
<b>4.4 Formazione "in cifre" .....</b>	<b>104</b>
<b>5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione.....</b>	<b>107</b>
<b>5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi.....</b>	<b>107</b>
5.1.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).....	107
5.1.2 Carta dei Servizi .....	107
5.1.3 Servizio Numero Verde Regionale.....	107
5.1.4 Sito internet istituzionale e la trasparenza.....	107
<b>5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità .....</b>	<b>108</b>
5.2.1 Sistema di gestione delle segnalazioni .....	108
5.2.2 Incontri pubblici, campagne e materiali informativi.....	110
5.2.3 <i>Mass-media e social media</i> .....	111
<b>6. Governo della ricerca e innovazione.....</b>	<b>113</b>
<b>6.1 Attività di ricerca .....</b>	<b>113</b>
6.1.1 Programma Regione-Università (PrRU) .....	113
6.1.2 Programma Fondo regionale per la modernizzazione (FRM) .....	116
6.1.3 Sperimentazioni cliniche .....	118
6.1.4 Altre innovazioni organizzative a livello locale.....	119
<b>6.2 Alta formazione .....</b>	<b>120</b>
<b>6.3 Information and Communication Technology .....</b>	<b>123</b>
<b>6.4 Accreditamento istituzionale.....</b>	<b>125</b>
<b>7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale .....</b>	<b>127</b>
<b>7.1 Modelli di collaborazione interaziendale: Area Vasta Emilia Centro ed Area Metropolitana .....</b>	<b>127</b>
7.1.1 Progetti AVEC area sanitaria .....	127
7.1.2 Progetti AVEC area tecnico amministrativa .....	131
7.1.3 L'integrazione in Area metropolitana.....	134

## 1. Contesto di riferimento

### 1.1 Territorio Ambiente e Popolazione

#### 1.1.1 Superficie e densità demografica

Il circondario imolese, con una superficie pari a 787 Km<sup>2</sup>, rappresenta un territorio a medio-alta densità abitativa nel contesto regionale, mentre lo è in minor misura se confrontato all'interno della Provincia di Bologna. Infatti, trattandosi di un'area sufficientemente vasta, il rapporto Popolazione residente/Km<sup>2</sup> tende ad atomizzarne complessivamente la densità, anche per effetto dei comuni collinari ricchi di insediamenti sparsi. Il concetto appare evidente se si pensa che Imola è il comune della Provincia di Bologna con la più grande superficie. La densità demografica, nel periodo 2008-2014 contraddistinto dalla crisi, risulta ugualmente in aumento nei centri di pianura +6,7 ab./Km<sup>2</sup> ed in quelli di collina +2,0 ab./Km<sup>2</sup>.

**Tabella 1.1 - Superficie e densità demografica nei Comuni dell'AUSL di Imola al 31/12/2014**

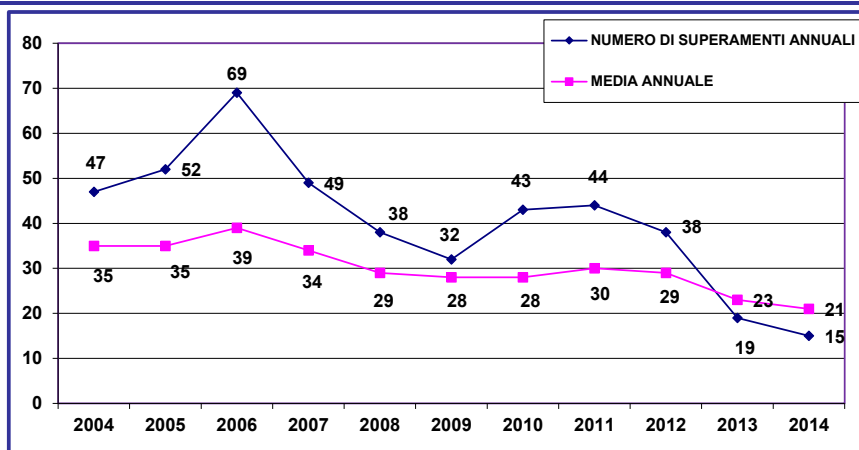
COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE Km <sup>2</sup>	POPOLAZIONE RESIDENTE	DENSITÀ 2014 Pop/Km <sup>2</sup>	DENSITÀ 2008 Pop/Km <sup>2</sup>
IMOLA	204,95	69.638	339,78	331,90
MORDANO	21,46	4.747	221,20	212,07
MEDICINA	159,11	16.847	105,88	102,39
CASTEL GUELFO	28,55	4.489	157,23	142,98
<b>TOTALE PIANURA</b>	<b>414,07</b>	<b>95.721</b>	<b>231,17</b>	<b>224,47</b>
CASTEL S. PIETRO	148,48	20.821	140,23	137,62
DOZZA	24,24	6.605	272,48	260,44
CASALFUMANESE	81,97	3.448	42,06	41,95
BORG TOSSIGNANO	29,12	3.312	113,74	113,32
FONTANELICE	36,57	1.984	54,25	51,93
CASTEL DEL RIO	52,56	1.216	23,14	23,97
<b>TOTALE COLLINA</b>	<b>372,94</b>	<b>37.386</b>	<b>100,25</b>	<b>98,26</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>787,01</b>	<b>133.107</b>	<b>169,13</b>	<b>164,66</b>
Prov. Bologna (2014-2008)			<b>271,49</b>	<b>260,39</b>
RER (2014-2008)			<b>198,51</b>	<b>193,33</b>
ITALIA (2014-2008)			<b>201,75</b>	<b>197,85</b>

Fonte: Anagrafi Comuni Nuovo Circondario Imolese, mod. Istat P2. Densità demo Italia 2014 Istat "Noi Italia" - Ed. 2015

#### 1.1.2 Ambiente

La rilevazione di PM<sub>10</sub> ha confermato i minimi storici raggiunti nel 2013. Anche il 2014, come riportato dal grafico, ha registrato il numero minimo di sforamenti dai valori limite del PM<sub>10</sub> (15 giorni) ed anche la più bassa concentrazione media annuale dal 2004, pari a 21 microgrammi/m<sup>3</sup>. Le giornate annue con valori nella norma sono, infatti, risultate pari a circa il 96%. Tutto ciò è stato positivamente influenzato dall'andamento meteorologico, caratterizzato dalla forte piovosità e dai continui miglioramenti tecnologici, sia del parco veicolare circolante dotato di sistemi sempre più efficienti di abbattimento delle emissioni, che degli altri sistemi di combustione.

Grafico 1.2 - Monitoraggio polveri ultrafini (PM10) nel territorio di Imola. Periodo 2004 - 2014



### 1.1.3 Struttura demografica della popolazione residente

La reportistica inerente il livello locale si basa sui dati delle anagrafi comunali con validazione ISTAT. Detto ciò, si osserva che la distribuzione della popolazione nel periodo 2004-2014, vede l'incidenza percentuale del comune di Imola sul totale aziendale, in diminuzione di circa -1%. A questa fa da contraltare, tra gli incrementi, l'aumento del "peso" di Medicina, proprio nel decennale del suo ingresso nell'AUSL di Imola.

Tabella 1.3 – Distribuzione popolazione residente per comune e genere e % su totale AUSL a confronto 2004 – 2014.

COMUNI	POPOLAZIONE			2014 Peso% su Totale AUSL	2004 Peso% su Totale AUSL
	M	F	Totale		
IMOLA	33.460	36.178	69.638	52,3%	53,3%
MORDANO	2.408	2.339	4.747	3,6%	3,5%
MEDICINA	8.266	8.581	16.847	12,7%	11,9%
CASTEL GUELFO	2.226	2.263	4.489	3,4%	3,0%
CASTEL S. PIETRO	10.122	10.699	20.821	15,6%	15,8%
DOZZA	3.241	3.364	6.605	5,0%	4,7%
CASALFIUMANESE	1.733	1.715	3.448	2,6%	2,5%
BORGTOSSIGNANO	1.623	1.689	3.312	2,5%	2,6%
FONTANELICE	991	993	1.984	1,5%	1,5%
CASTEL DEL RIO	579	637	1.216	0,9%	1,0%
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>64.649</b>	<b>68.458</b>	<b>133.107</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

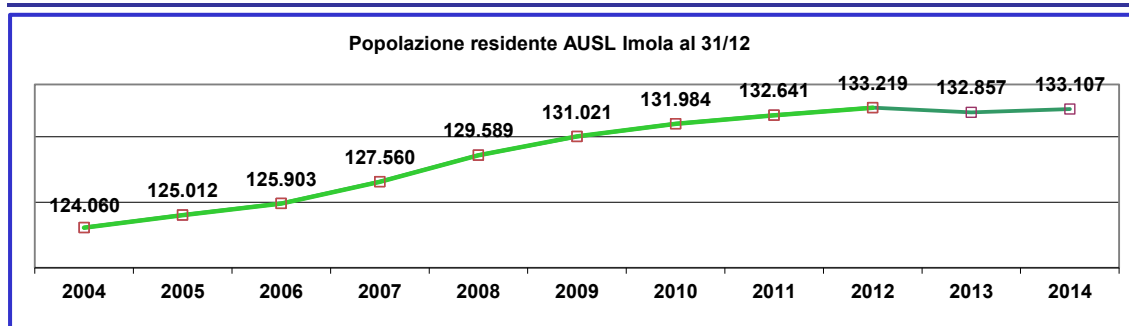
In termini assoluti la demo-contrazione del 2013 sul 2012 non è stata confermata sul 2014: i residenti effettivi (senza iscrizioni preliminari) sono tornati sopra quota 133.000 attestandosi a 133.107 (+250 unità sul 2013). L'inversione di tendenza, anche se con piccoli numeri, sembra dovuta alla ripresa del saldo migratorio dall'estero.

Il totale del genere maschile rimane sui valori del 2013, mentre quello femminile incrementa di oltre 200 teste. I maschi rappresentano il 48,6% dell'intera popolazione e le femmine il 51,4%.



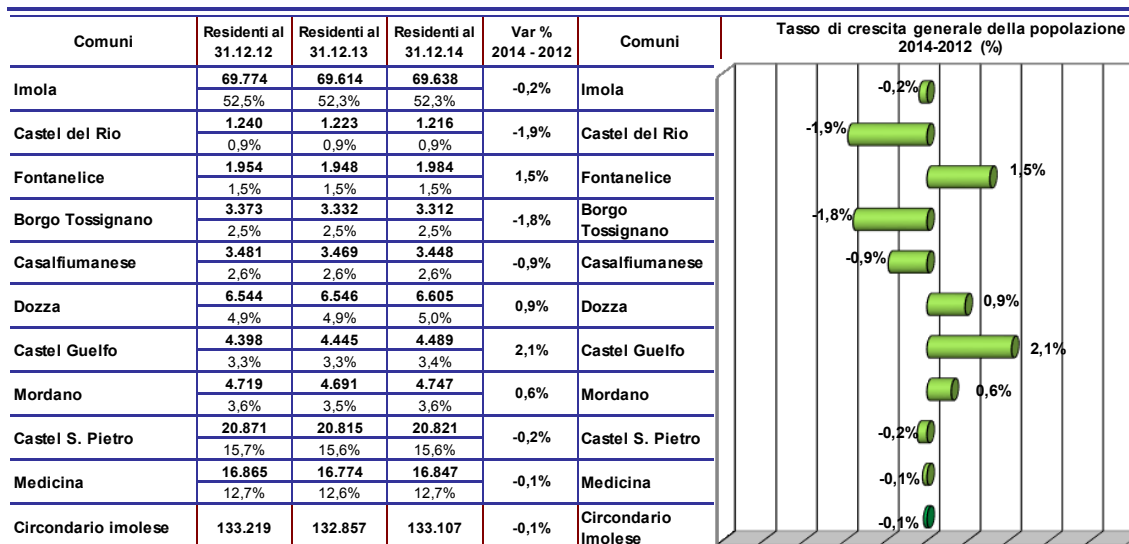
La dinamica di lungo periodo mostra una curva che dal 2009 perde gradualmente negli anni la sua forza fino a decrescere nel 2013, per poi recuperare parzialmente quanto perso nell'ultimo anno (+0,2% 2014-2013).

Grafico 1.4 - Variazione assoluta della popolazione circoscrizionale. Periodo 2004-2014



Il confronto nel triennio di maggior contrattura economico-sociale (2012-2014) rileva un tasso di crescita negativo per la maggioranza dei comuni ad esclusione di Mordano (+0,6%), Dozza (+0,9%), dell'unico comune della vallata in controtendenza (Fontanelice +1,5%) e della confermata peculiarità all'incremento di Castel Guelfo (+2,1%). Si rileva anche un piccolo decremento del comune di Imola, contrattosi in misura maggiore rispetto alla diminuzione complessiva della popolazione circoscrizionale.

Figura 1.5 - Variazione assoluta e % della popolazione circoscrizionale per Comune di residenza. Periodo 2012-2014

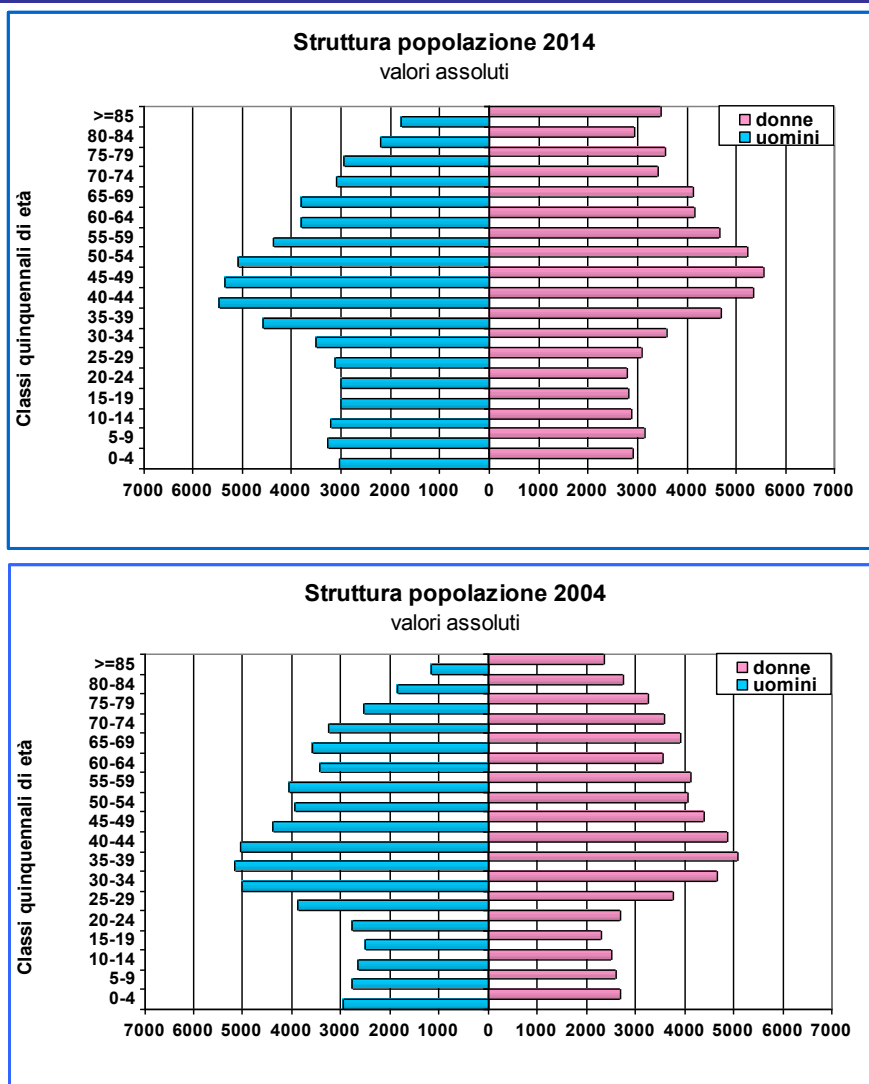


La piramide d'età (Grafici 1.6) evidenzia la trasformazione avvenuta nell'ultimo decennio nella struttura per età della popolazione residente. La "pancia" tende sempre più ad alzarsi (incremento età media per miglioramento aspettativa vita, flussi migratori ed invecchiamento della popolazione) con la base (classi giovani) e la punta (classi anziane) che si allargano.

Se nel 2004 la numerosità prevalente sia maschile che femminile si concentrava nella fascia 35-39, oggi la classe mediana della popolazione maschile risulta essere la 40-44 anni (con ruolo rilevante degli stranieri), mentre quella 45-49 per il genere femminile.

Nel periodo considerato, in valori assoluti, è stata la classe 50-54 ad incrementarsi maggiormente sia per il genere maschile (+1.158 unità), che per il genere femminile con +1.177 unità.

Grafici 1.6 - Distribuzione per fasce di età e genere della popolazione circondariale. Anni 2014 e 2004

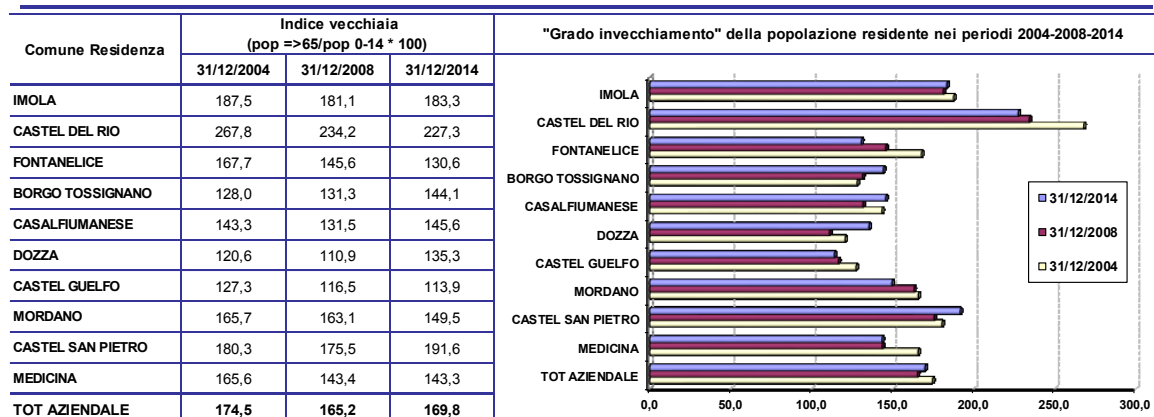


### 1.1.4 Anziani e grandi anziani

La popolazione residente, in termini assoluti, tende ad invecchiare sempre più. Il grado di invecchiamento (anziani  $\geq 65$  su popolazione giovane 0-14 x 100) in leggera diminuzione fino al 2008 su base indice 2004, nel 2014 ha ripreso lo storico incremento, dovuto al costante limitato "ingresso" di popolazione nelle classi in età lavorativa, ma soprattutto per la contemporanea ulteriore riduzione delle nascite. Necessario comunque un distinguo, in funzione di una variabilità

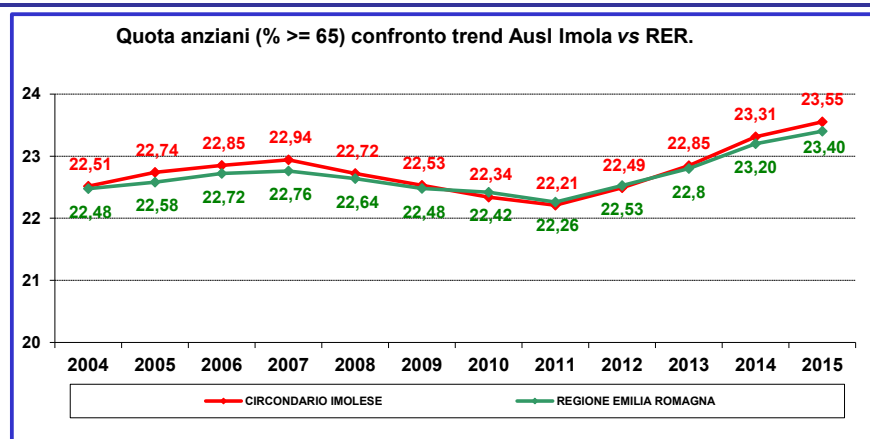
comunale di periodo: comuni "storicamente anziani", come Castel del Rio e Fontanelice, tendono ugualmente a ridurre l'indicatore per l'afflusso di popolazione straniera  $\leq 65$  e per l'alta mortalità nelle classi limite. Spiccano anche i trend in diminuzione di Castel Guelfo e Mordano per i motivi di cui sopra, anche se, rispetto al 2013, in tutti si registra un incremento dell'indicatore.

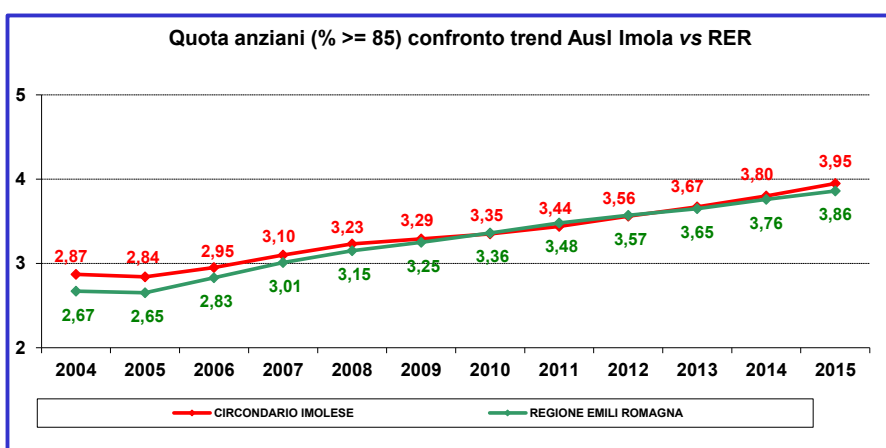
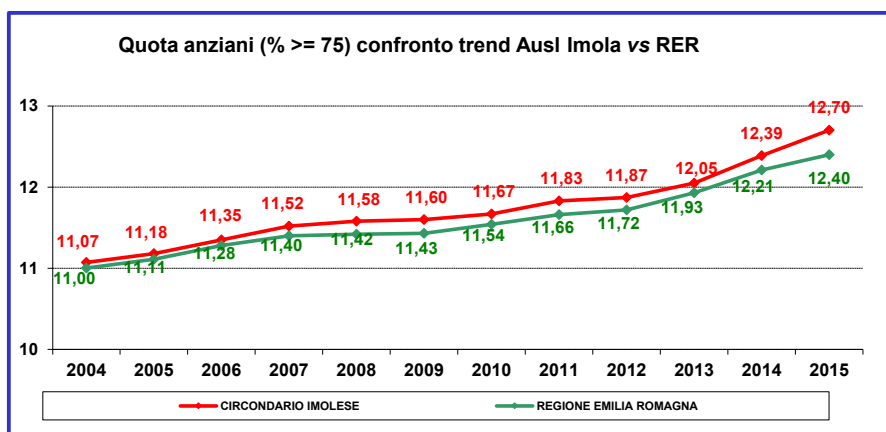
Figura 1.7 - Popolazione anziana: indice di vecchiaia in ambito comunale ed aziendale. Anni 2004 - 2008 - 2014



I Grafici 1.8 focalizzano il "peso" della componente  $\geq 65$ , nonché l'incidenza percentuale sul totale della popolazione delle altre due classi della popolazione anziana, a confronto con le analoghe medie regionali. Un residente su 4 è targato anagraficamente  $\geq 65$ . L'incidenza degli anziani imolesi è superiore alla media regionale in tutte le classi. Nella fasce  $\geq 65$  e  $\geq 85$  la forbice è minima, mentre il divario è leggermente superiore nella classe  $\geq 75$ : dato imolese 12,7% vs quello regionale al 12,4%.

Grafici 1.8 - Quota incidenza anziani  $\geq 65$ ,  $\geq 75$  e  $\geq 85$ . Periodo 1/1/2004-2015





### 1.1.5 Aspettativa di vita

Dopo anni di continua ascesa, nell'ultimo triennio disponibile, la speranza di vita alla nascita per il genere femminile sembra assestarsi con variazioni vicine allo 0. Aumenta invece per i maschi, con incrementi sia a livello provinciale che regionale, di un quarto di punto percentuale. Si conferma quindi la riduzione del *gap* tra generi, anche se il differenziale è ancora mediamente di circa 4 anni a favore delle femmine. La tendenza alla riduzione di questa forbice si registra soprattutto a 65 anni, con una variazione 2013-2010 in aumento a livello RER per i maschi del +0,75%, mentre per le femmine del +0,33%. In provincia di Bologna, la differenza è ancora maggiore con un incremento della speranza in età anziana del +1,22% per i maschi ed un arretramento dell'indice, da verificare in futuro, per le femmine di -0,15%.

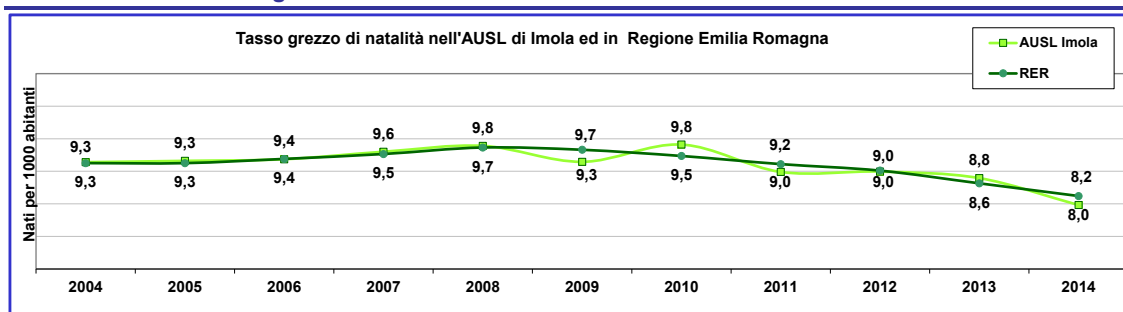
**Tabella 1.9 - Speranza di vita alla nascita e a 65 anni su base triennale. Prov. BO vs RER**

Indicatore	Livello residenza	2009-2011		2010-2012		2011-2013		Var. % 2013 - 2010	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Speranza di vita alla nascita	Prov. Bologna	80,42	84,58	80,55	84,73	80,75	84,73	0,25%	0,00%
	RER	80,07	84,59	80,27	84,67	80,50	84,78	0,29%	0,13%
Speranza di vita a 65 anni	Prov. Bologna	18,89	21,94	18,95	22,08	19,18	22,05	1,22%	-0,15%
	RER	18,60	21,86	18,73	21,92	18,87	21,99	0,75%	0,33%

### 1.1.6 Natalità

Natalità in caduta dal 2010, con un 2014 che registra il record negativo del tasso grezzo di natalità giunto alla soglia dell'8‰, con un -0,6 rispetto al 2013. Il livello è leggermente migliore in RER (8,2‰). Il circondario imolese, dal 2008 ad oggi ha "perso" quasi due nati ogni 1.000 abitanti (9,8 nel 2008 vs 8,0 nel 2014).

**Grafico 1.10 - Tasso grezzo di natalità dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2014**



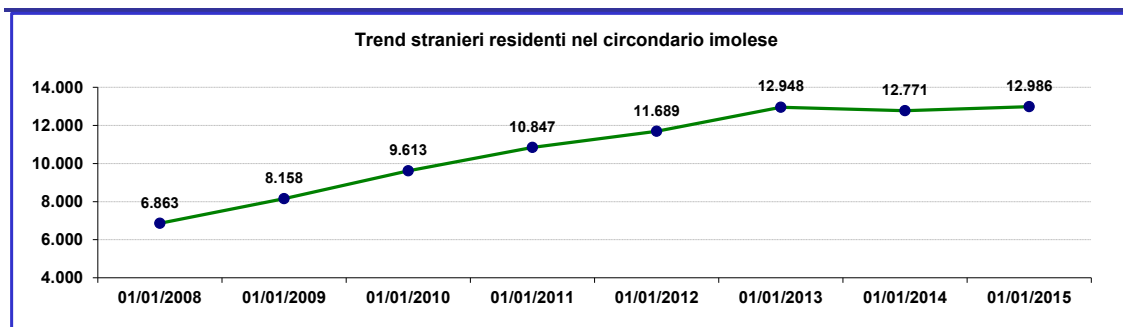
Fonte: dati Istat: Demo Istat - Movimento e calcolo della popolazione residente.

### 1.1.7 Stranieri

Il numero dei cittadini stranieri regolarmente residenti, seppur sostenuto, non è cresciuto in questi anni come in passato. Tuttavia il decremento del 2013 non è stato replicato nel 2014. Infatti, la numerosità è quasi giunta alla soglia delle 13.000 unità all'1/1/2015 grazie ad un delta positivo del +1,7 (Grafico 1.11).

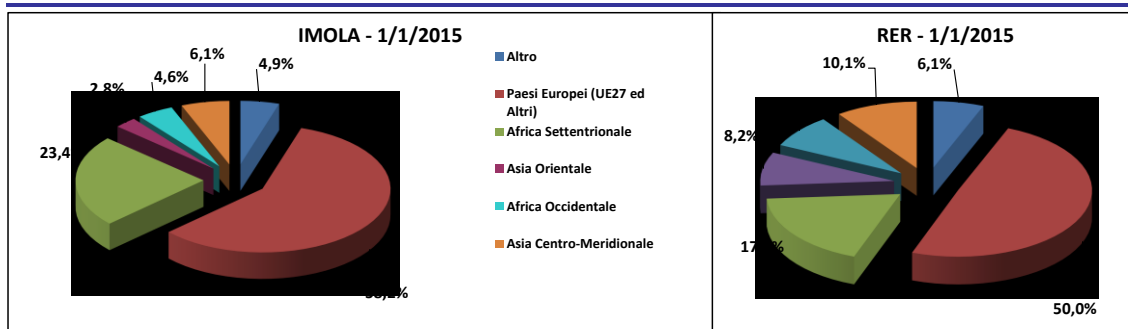
I nuovi residenti stranieri hanno scelto soprattutto Mordano, Casalfiumanese, Fontanelice ed Imola. All'interno dell'incremento si assiste da alcuni anni ad un "riposizionamento di genere" legato al mercato del lavoro. I valori 2014 dicono che la numerosità dei maschi è rimasta pressoché inalterata, mentre le femmine sono cresciute di circa 230 unità, a conferma di un processo di femminilizzazione la cui prevalenza (circa 55%) è superiore a quanto avviene in regione (53%). La maggior consistenza di cittadini esteri, rispetto alla popolazione totale, si registra ancora nei territori di Fontanelice (13,4%), Castel del Rio (13,3%) e Borgo Tossignano (12,3%, in calo da un biennio) comuni che, per il basso numero di residenti, tendono ad amplificare il fenomeno.

**Grafico 1.11 - Trend stranieri residenti AUSL di Imola. Periodo 1/1/2008 - 1/1/2015**



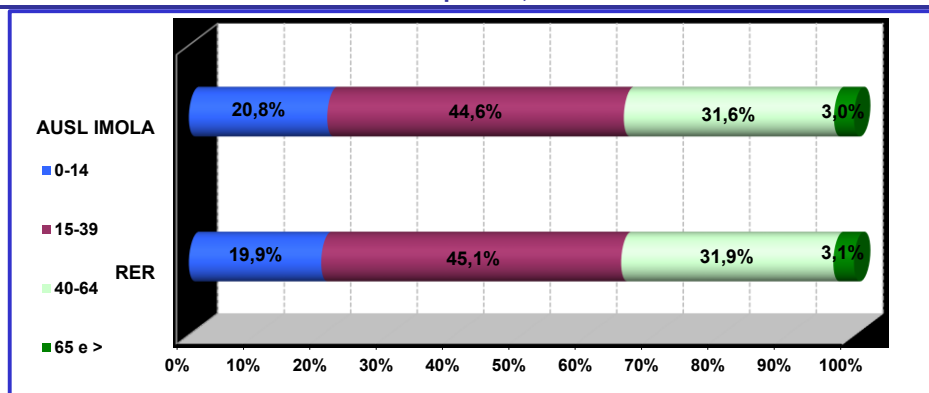
Mordano (11,5% sul totale) è il polo di maggiore attrazione nell'ultimo triennio e catalizza soprattutto etnia rumena. In tutti gli altri comuni, la fetta di cittadini stranieri, si colloca entro il 10%. Il Grafico 1.12 evidenzia la distribuzione degli stranieri all'1/1/2015, sulla base delle macro aree geografiche di provenienza. Si conferma come l'ambito aziendale rispetto al regionale continui ancora ad attirare maggiormente etnie europee e nord africane rispetto alle asiatiche.

Grafico 1.12 - Distribuzione stranieri residenti per provenienza, confronto AUSL di Imola e RER all'1/1/2015



La struttura per fasce di età è rappresentata nel Grafico 1.13, dove le fasce 40 – 64 e >=65 anni appaiono esattamente sovrapponibili al livello regionale.

Grafico 1.13 - Distribuzione stranieri residenti per età, confronto AUSL di Imola e RER all'1/1/2015

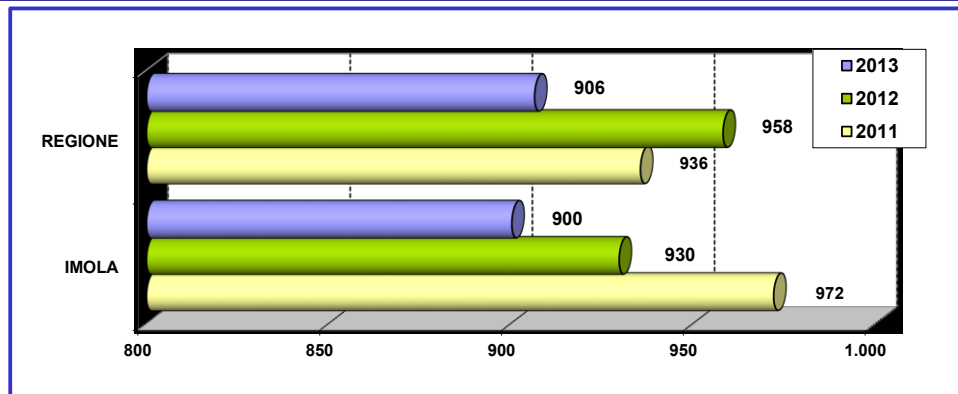


## 1.2 Osservazioni epidemiologiche

### 1.2.1 Mortalità

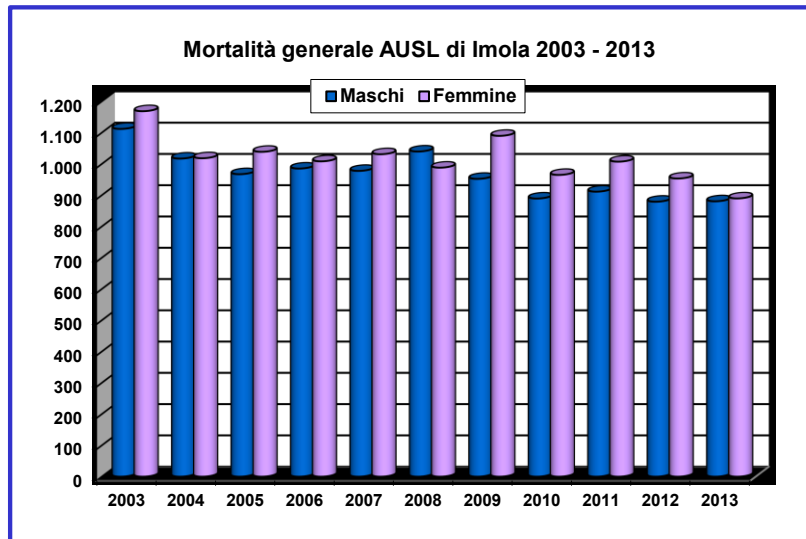
L'analisi dei dati di mortalità è utile considerando un *trend*, poiché è nella serie storica di un fenomeno che si delineano in maniera chiara le variazioni dello stato di salute. Nel contesto del triennio 2011 – 2013 (Grafico 1.14), si evidenzia che il tasso di mortalità complessivo registrato nell'AUSL di Imola (2013) è inferiore alla media regionale (900 vs 906) ed è inferiore a quello rilevato nei due anni precedenti.

Grafico 1.14 - Tasso standardizzato di mortalità totale AUSL Imola e RER. Periodo 2011-2013



Se si analizza la serie storica della mortalità per sesso (Grafico 1.15), si rileva che la mortalità nel 2013 è inferiore rispetto al 2012 per le femmine.

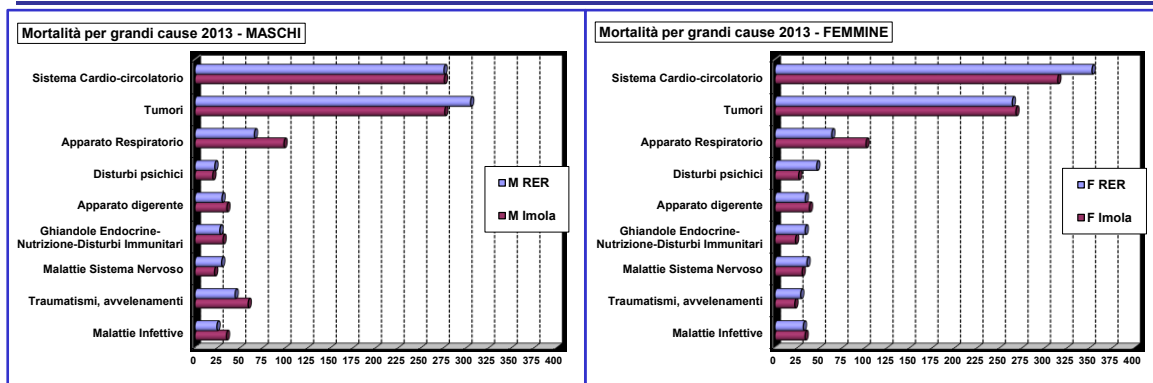
Grafico 1.15 - Tasso standardizzato di mortalità per genere AUSL di Imola. Periodo 2003–2013



### 1.2.2 Mortalità per grandi cause

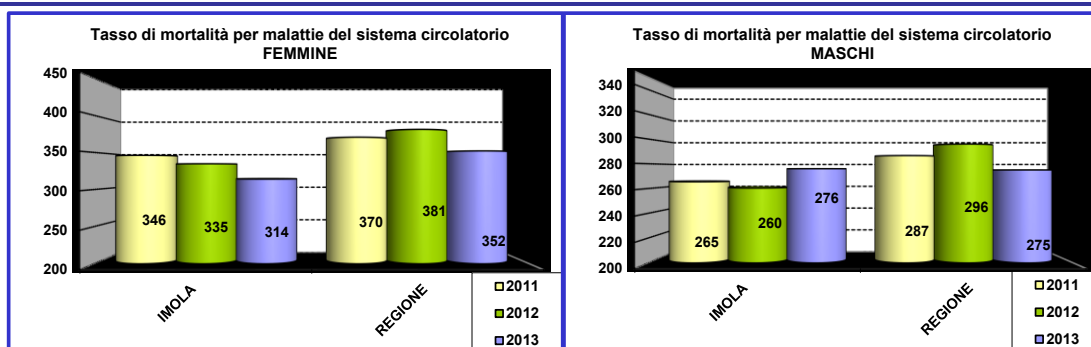
Esaminando le cause di morte (Grafico 1.16) si può osservare che nei primi tre posti si posizionano i decessi per "Malattie del sistema cardio-circolatorio" (prima causa per le donne), al secondo i "Tumori" ed al terzo le "Malattie dell'apparato respiratorio" il cui valore risulta superiore alla media regionale nei due sessi. Il confronto con i tassi regionali permette di evidenziare che per le malattie del sistema circolatorio e per i tumori i tassi sono inferiori o molto simili alla media regionale sia nel sesso maschile che nel sesso femminile.

Grafici 1.16 - Mortalità per grandi cause e per genere: AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2013



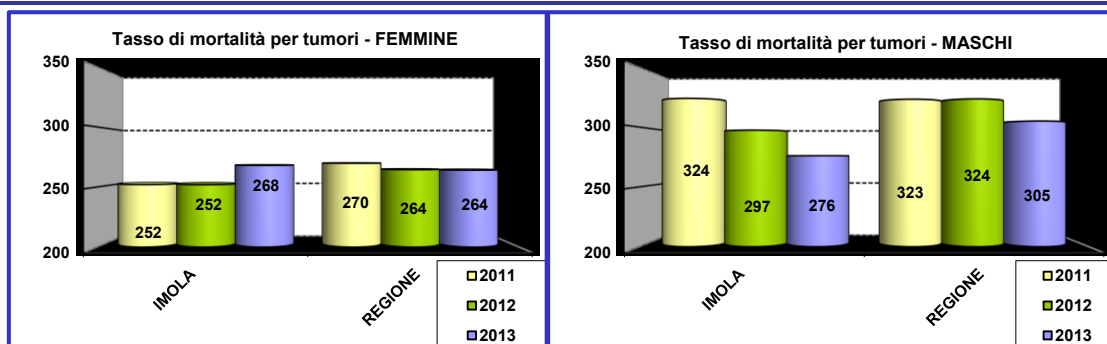
I tassi di mortalità per le malattie del sistema cardio-circolatorio registrati nel territorio imolese sono inferiori, nel triennio considerato, alla media regionale; nel 2013 il tasso nei maschi è risultato sovrapponibile al tasso regionale. Inoltre, analizzando la serie storica 2004-2012 (qui non rappresentata graficamente), si evidenzia una sensibile riduzione in entrambi i sessi: nelle Femmine si è passati da 428 a 314; nei Maschi da 384 a 276 per 100.000 abitanti.

Grafici 1.17 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio, confronto AUSL Imola e RER. Periodo 2011-2013



Rispetto al grande aggregato "Tumori" (Grafici 1.18) il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola per le femmine è simile alla media regionale (268 vs 264), mentre è inferiore per i maschi (276 vs 305).

Grafici 1.18 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore, confronto AUSL Imola e RER. Periodo 2011-2013

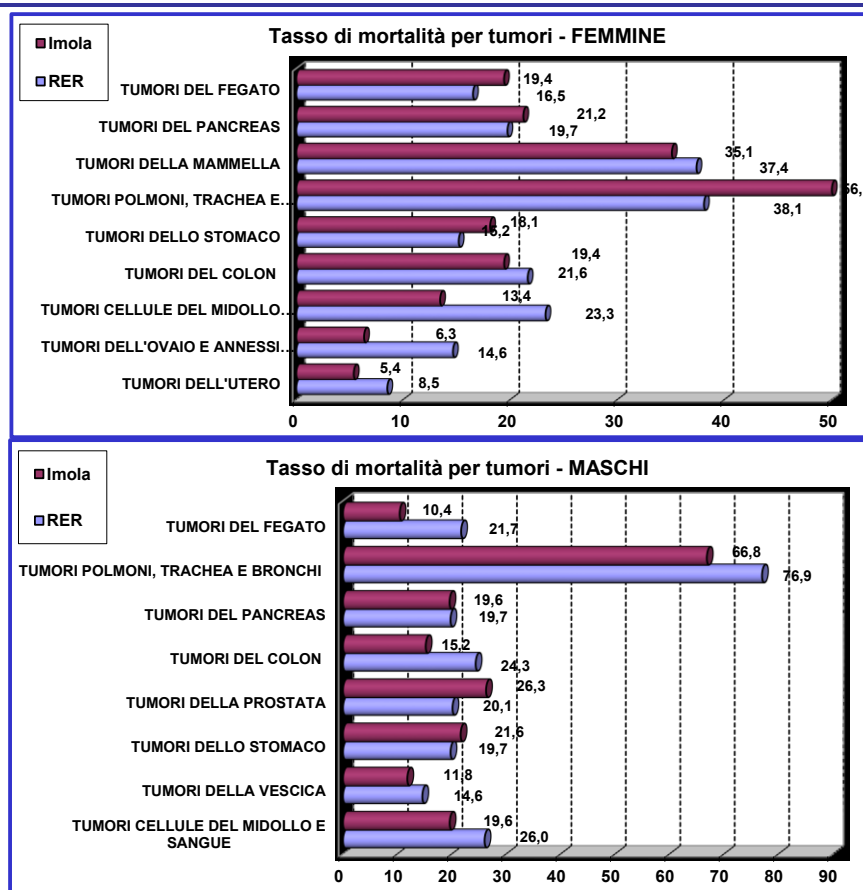




Se si analizza la mortalità per tumore nel 2013, scomposta per le principali neoplasie si evidenzia:

- per il genere femminile, i tassi di mortalità più elevati in ordine decrescente si osservano per i tumori dei polmoni, della mammella, e del pancreas;
- per il genere maschile, i tassi di mortalità più elevati in ordine decrescente si osservano per i tumori dei polmoni (con un tasso molto elevato), della prostata e dello stomaco.

Grafici 1.19 - Tasso di mortalità per i principali tumori, confronto AUSL Imola e RER. Anno 2013

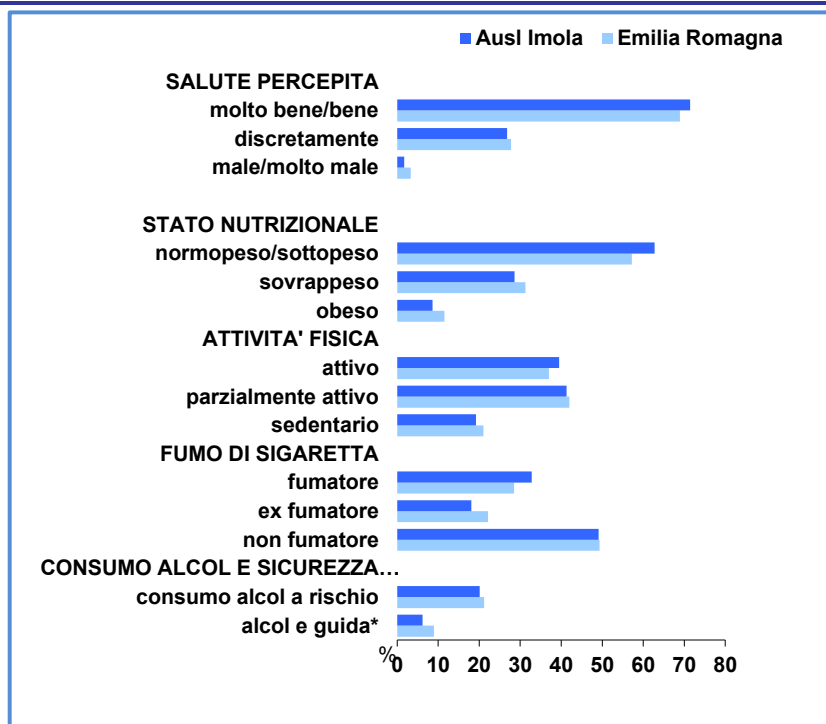


## 1.3 Stili di vita e sicurezza

### 1.3.1 Principali comportamenti influenti sullo stato di salute

Lo [studio PASSI](#), un sistema nazionale di sorveglianza sulla Salute dei cittadini che pone l'attenzione ai comportamenti a rischio, si svolge tramite interviste telefoniche ad un campione di residenti di età tra i 18 e 69 anni, con i due generi equamente rappresentati. Di seguito gli esiti dell'elaborazione 2011-2014 a confronto con il dato medio regionale.

Grafico 1.20 – Studio PASSI: esiti variabili AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2011-2014



**Stato di salute percepito.** La maggioranza dei cittadini intervistati percepisce “buono” o “molto buono” il proprio stato di salute. Tale condizione risulta nel tempo relativamente stabile: oltre il 70% dei residenti dichiara di sentirsi bene (dato leggermente superiore alla media regionale).

**Situazione nutrizionale e abitudini alimentari.** L'eccesso ponderale è piuttosto diffuso nella popolazione: circa 30%, di cui 12% obeso. A confronto con la media regionale si può evidenziare una percentuale di soggetti sovrappeso nell'AUSL di Imola inferiore alla RER.

**Attività fisica.** Il 40% degli intervistati dichiara un buon livello di attività fisica, il 43% svolge una moderata attività, il restante 17% non svolge, o quasi, attività fisica.

**Abitudine al fumo.** I fumatori abituali sono circa 1/3 degli intervistati, gli ex fumatori meno del 20% e i non fumatori la metà (dati regionali simili). Rispetto al passato la percentuale di fumatori è costante negli ultimi anni: fuma circa un cittadino ogni 3 residenti con età tra i 18 e i 69 anni.

**Consumo di alcol.** Tra gli intervistati i bevitori ritenuti a rischio sono circa il 20% (percentuale leggermente inferiore alla media RER). Il 7% ha riferito di avere guidato dopo avere consumato alcolici.

### 1.3.2 Incidenti stradali

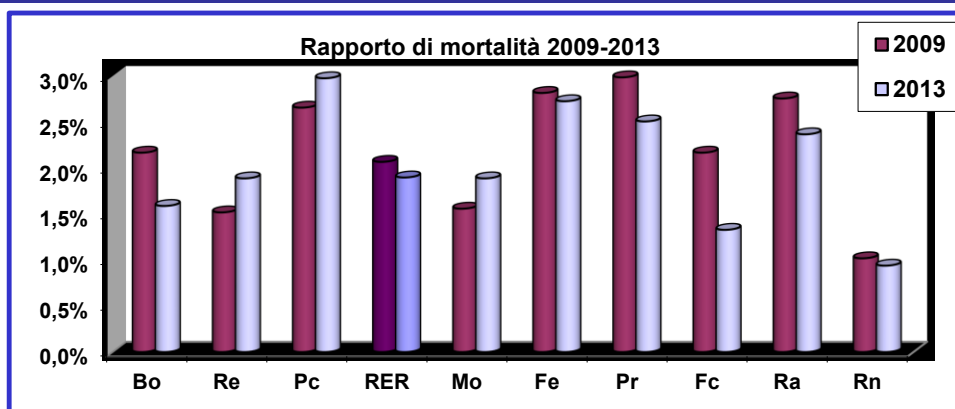
Gli incidenti stradali risultano essere la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni. In Tabella 1.21 sono riportati, per ambiti provinciali, il numero dei morti nel periodo 2009-2013, la variazione percentuale ed il tasso di mortalità su 100.000 abitanti.

Tabella 1.21 - Morti per incidente stradale nelle Province della RER. Periodo 2009-2013

Livello territoriale	Numero morti in incidenti stradali					Var. % 2013-2009	Morti per 100.000 ab.	
	2009	2010	2011	2012	2013		2009	2013
<b>Bo</b>	<b>97</b>	<b>86</b>	<b>79</b>	<b>73</b>	<b>62</b>	<b>-36,1%</b>	<b>9,9</b>	<b>6,2</b>
<b>RER</b>	<b>422</b>	<b>401</b>	<b>400</b>	<b>376</b>	<b>344</b>	<b>-18,5%</b>	<b>9,7</b>	<b>7,7</b>
Re	34	48	57	44	36	5,9%	6,5	6,7
Pc	34	25	32	31	34	0,0%	11,8	11,7
Mo	52	58	53	51	59	13,5%	7,5	8,4
Fe	39	44	31	40	35	-10,3%	10,9	9,8
Pr	50	39	36	36	37	-26,0%	11,5	8,3
Fc	39	34	45	32	22	-43,6%	10,0	5,5
Ra	54	44	43	51	41	-24,1%	13,9	10,4
Rn	23	23	24	23	18	-21,7%	7,3	5,4

Il numero di morti in incidenti stradali registra in Emilia Romagna, nell'ultimo quinquennio, una consistente riduzione (-18,5%). Nella Provincia di Bologna si conferma il calo dei deceduti tra il 2009 e il 2013 (-36,1%) ed il tasso di mortalità risulta uno dei più bassi della Regione.

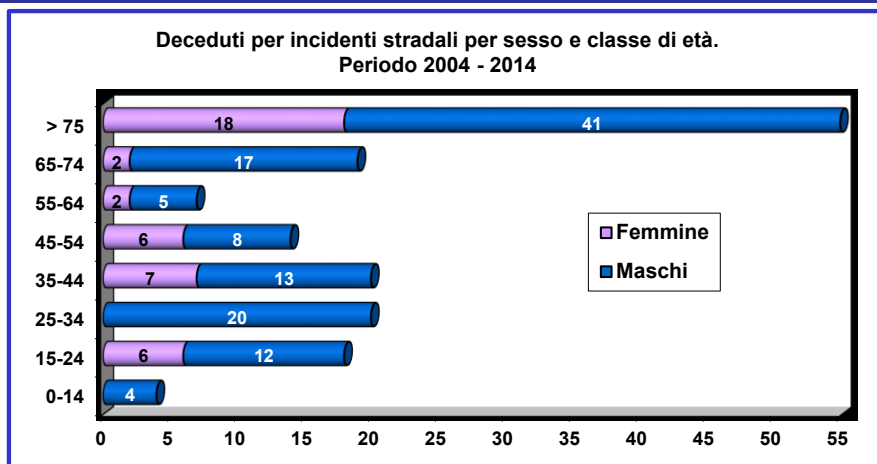
Grafico 1.22 - Incidenti stradali: rapporto di mortalità nelle Province della RER. Periodo 2009-2013



Il Grafico 1.22 riporta la variazione tra 2009 e 2013 del rapporto di mortalità, un indicatore relativo alla "letalità" dell'incidente (rapporto percentuale fra il numero dei morti e quello degli incidenti).

Nell'AUSL di Imola, nel periodo 2005-2014 (Grafico 1.23), la mortalità media dei residenti è pari a circa 15 decessi/anno. Il numero di maschi deceduti è superiore in ogni classe d'età alla numerosità femminile. Un numero rilevante di decessi per incidenti stradali si verifica nelle persone più anziane (classe > 75 anni).

Grafico 1.23 - Morti per incidenti stradali residenti nel circondario di Imola. Periodo 2004-2014



### 1.3.3 Infortuni sul lavoro

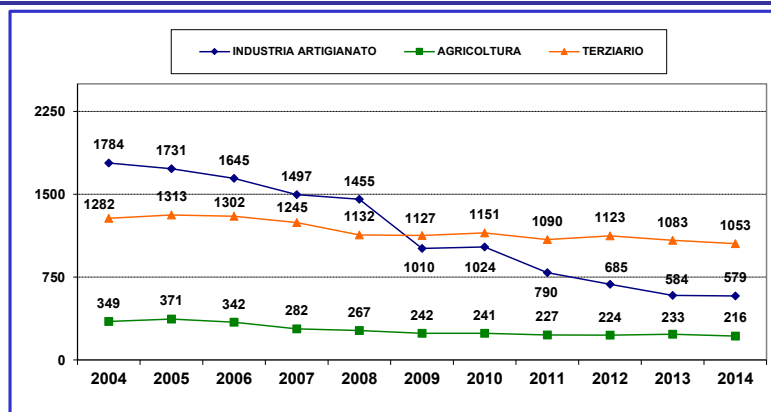
Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, l'Emilia Romagna ha un tasso superiore alla media nazionale (3,1 infortuni indennizzati ogni 100 occupati vs 2,1 liv. Italia), mentre la Provincia di Bologna si colloca, con un valore di 2,7, tra il tasso nazionale e quello regionale.

Tabella 1.24 - Tasso standardizzato infortuni indennizzati nella Provincia di Bologna e confronto regionale e nazionale. Periodo 2008-2013

Livello territoriale	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Var. % 2013 su 2008
Provincia Bo	3,7	2,9	3,0	3,1	2,9	2,7	-26,1%
RER	4,2	3,8	3,8	3,7	3,4	3,1	-25,6%
ITALIA	2,9	2,7	2,7	2,5	2,2	2,1	-27,3%

La fotografia della realtà infortunistica nel territorio dell'AUSL di Imola, resa possibile dal costante monitoraggio (esperienza unica in regione), conferma un'ulteriore riduzione degli infortuni rispetto al 2013, oramai attestatisi stabilmente sotto la soglia dei 2.000 casi complessivi.

Grafico 1.25 - Andamento infortunistico per comparti con sede sul territorio aziendale. Periodo 2004-2014



Confermato, quindi, il trend in calo degli infortuni in generale (Grafico 1.25), che per la prima volta fa registrare una significativa diminuzione anche degli "infortuni agricoli". Se si valuta il comparto industria-artigianato appare chiaro come la flessione degli eventi infortunistici sia associabile alla contrazione occupazionale che ha colpito tale settore più di altri. Tuttavia, quali note positive, da segnalare extra tabella, un buon controllo delle condizioni di sicurezza dei lavoratori cosiddetti "somministrati" (il 3% degli infortuni dell'industria/art.) e dei lavoratori in *outsourcing* (appalti interni di lavorazioni/servizi) che incidono a loro volta, per il 3,5% sul totale. Agli infortuni rappresentati in Tabella vanno inoltre aggiunti 136 infortuni occorsi a dipendenti di aziende residenti al di fuori del comprensorio imolese, temporaneamente presenti per vari motivi nel nostro territorio.

**Grafico 1.26 - - Infortuni per comparto e sede infra ed extra territorio aziendale. Anno 2014**

INFORTUNI PER COMPARTO	DITTE CON SEDE NEL TERRITORIO AZIENDALE					DITTE CON SEDE FUORI TERRITORIO
	NOSTRE DITTE	NOSTRE FILIALI DI DITTE ESTERNE	APPALTI INTERNI	LAVORATORI SOMMINISTRATI	TOTALE	TOTALE
INDUSTRIA	543	2	18	16	579	68
AGRICOLTURA	216				216	
TERZIARIO	917	88	48	0	1.053	68
"MISSING"	1				1	
<b>TOTALE</b>	<b>1.677</b>	<b>90</b>	<b>66</b>	<b>16</b>	<b>1.849</b>	<b>136</b>

## Sezione 1 - Sintesi principali indicatori

INDICATORE/INFO	AUSL IMOLA	REGIONE E-R
<b>TERRITORIO</b>		
Densità abitativa per kmq	169,13	198,51
<b>POPOLAZIONE</b>		
Popolazione residente	133.107	4.457.115
Tasso incremento popolazione 2014-2013	0,19%	0,10%
Incidenza % POP anziana >= 65 anni	23,55%	23,40%
Popolazione straniera (Incidenza % su Popolazione Tot.)	12.986 (9,76%)	536.033 (12,08%)
Incidenza % genere femminile su tot stranieri	54%	53%
<b>ASPETTATIVE DI VITA PER GENERE</b>		
Speranza di vita alla nascita	F: 84,73 M: 80,75	F: 84,78 M: 80,50
<b>NATALITA'</b>		
Tasso grezzo natalità	8,0‰	8,2‰
<b>MORTALITA' PER GENERE (2013)</b>		
Tasso standardizzato mortalità totale (100 mila ab.)	F: 889,6 M: 880,4	F: 936,3 M: 858,8
Tasso stand. mortalità sistema circolatorio (100 mila ab.)	F: 314,2 M: 275,6	F: 352,2 M: 275,2
Tasso stand. mortalità per tumore (100 mila ab.)	F: 267,7 M: 276,0	F: 263,6 M: 304,6
<b>SICUREZZA (2013)</b>		
Tasso di mortalità per incidente stradale (Bologna - RER)	1,6%	1,9%
Tasso standardizzato di infortuni sul lavoro (Bologna - RER)	2,7%	3,1%
Andamento infortunistico sul lavoro 2004-2014	-46%	-

## 2. Profilo aziendale

### 2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

#### 2.1.1 Sostenibilità economica

**Risultato netto dell'esercizio e incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto.** L'andamento dei risultati d'esercizio nel triennio 2012-2014 evidenzia una situazione di pareggio di bilancio.

A decorrere dall'esercizio 2012, in applicazione delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 118/2011 la condizione di equilibrio di bilancio è rispettata in presenza di una situazione di pareggio e l'AUSL di Imola rispetta tale condizione. L'andamento dei finanziamenti nel triennio preso a riferimento risente degli effetti dei tagli intervenuti con le manovre di governo degli ultimi anni. Di seguito si riassumono i finanziamenti assegnati a consuntivo a titolo di quota capitaria e fondo di riequilibrio.

in migliaia di €	2012	2013	2014	2013-2012	2014-2013	2014-2012
<b>Totale quota Capitaria e Fondo riequilibrio</b>	<b>212.199</b>	<b>207.866</b>	<b>210.983</b>	<b>-4.333</b>	<b>3.117</b>	<b>-1.216</b>

L'anno che ha risentito maggiormente dei tagli delle manovre di governo è stato il 2013, con una riduzione del finanziamento di circa 4,3 milioni di euro rispetto all'esercizio precedente.

Il livello di finanziamento 2014 ha potuto contare su un maggior volume di risorse rispetto al 2013, pari a oltre 3 milioni di euro. Ciò è stato possibile grazie anche al Patto per la Salute 2014-2016, raggiunto con intesa del 10 luglio 2014, successivamente alla delibera di programmazione per l'anno 2015 adottata nel febbraio 2014, che inizialmente assegnava risorse per quota capitaria e fondo di riequilibrio in riduzione di circa 1,3 milioni di euro, rispetto al 2013.

La programmazione 2014 è stata orientata allo sviluppo dei programmi aziendali e al contempo è stato necessario garantire uno stretto monitoraggio delle attività e dei fattori produttivi impiegati.

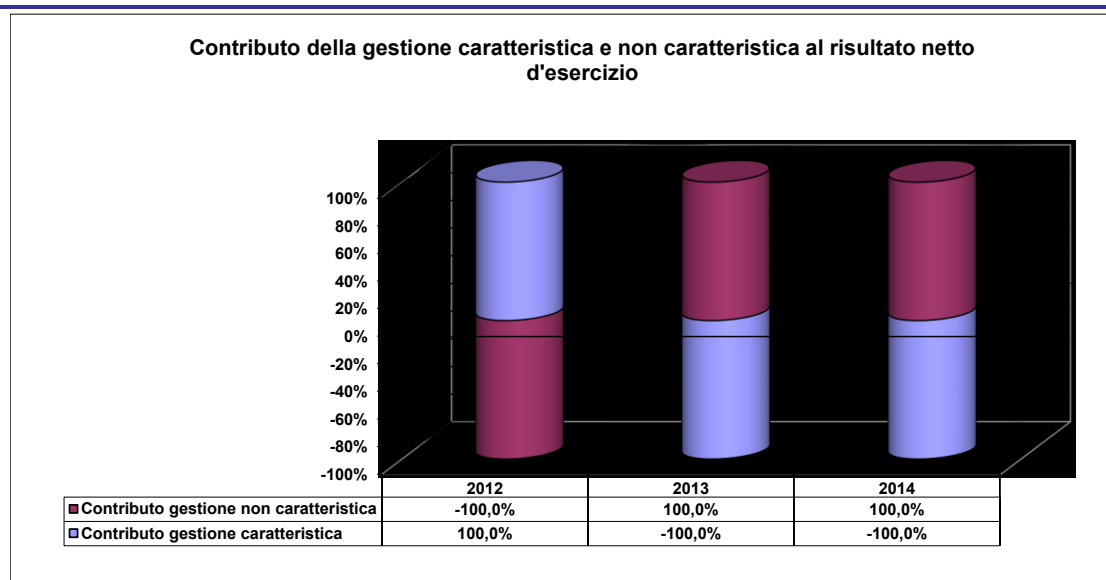
A tal fine sono stati eseguiti monitoraggi periodici (bimestrali) dell'andamento economico della gestione, oltre le verifiche straordinarie richieste dalla Regione Emilia-Romagna nel mese di giugno e settembre 2014. In occasione delle verifiche straordinarie è stato evidenziato alla Regione uno scostamento rispetto all'obiettivo assegnato di circa 4,8 milioni di euro, giustificato in parte dal livello di finanziamento, in parte da incrementi di spesa in alcuni fattori produttivi impiegati, in particolare per **beni sanitari** (circa +2 milioni di euro), prestazioni di **mobilità da pubblico extra-rer** (+1,1 milioni di euro), prestazioni sanitarie da **ospedali privati** (circa +1 milioni di euro). Inoltre, nel 2014 sono stati effettuati **investimenti finanziati con contributi in conto esercizio** (parte quota capitaria) per circa 3 milioni di euro, di cui 922 finanziati dalla Regione con DGR 1735/2014, con un impatto sul bilancio della differenza di circa 2 milioni di euro. Risultati positivi sono stati ottenuti su altri fattori produttivi rispetto all'esercizio precedente, con riferimento al governo delle **risorse umane** (circa -300 mila euro), **farmaceutica**

**convenzionata** (circa -335 mila euro), **servizi tecnici e manutenzioni** (circa -685 mila euro), prestazioni di **mobilità da pubblico infra-rer** (circa -199 mila euro).

Con DGR 1735 del 3 novembre 2014 la Regione Emilia-Romagna ha riconosciuto le eccedenze di spesa evidenziate ed ha assegnato all'AUSL di Imola un ulteriore contributo in conto esercizio, che al netto della quota trattenuta per il Fondo risarcimento danni per il passaggio all'autoassicurazione (-311 mila euro), risulta pari a 4,5 milioni di euro. Tali risorse non tornano comunque ai livelli del 2012, in quanto continua ad evidenziarsi una differenza in riduzione di circa 1,2 milioni di euro.

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

**Grafico 2.1 - Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica al risultato netto d'esercizio. Periodo 2012-2014**



Considerato che i risultati d'esercizio del periodo preso a riferimento evidenziano una situazione di pareggio di bilancio, i rapporti tra risultato della gestione caratteristica e risultati netto d'esercizio (pari a 0) esprimono un numero percentuale infinitesimo non rappresentabile in un grafico. Pertanto, in continuità con gli esercizi precedenti l'indicatore viene espresso utilizzando il criterio di seguito specificato: il contributo della gestione caratteristica viene indicato +100% o -100% rispettivamente nei casi di risultato della gestione caratteristica positivo o negativo.

Analogamente il contributo della gestione non caratteristica viene indicato con +100% o -100% rispettivamente nei casi di risultato della gestione non caratteristica positivo o negativo.

Dall'esame dell'indicatore (Grafico 2.2) è possibile esprimere le seguenti considerazioni: nel 2012 il pareggio di bilancio è determinato dal contributo positivo della gestione caratteristica, evidenziando una buona *performance*.



Nel 2013, anno particolarmente difficile e caratterizzato da una riduzione del finanziamento del FSN in applicazione delle manovre di governo 2012, il pareggio di bilancio è determinato dal contributo positivo della gestione non caratteristica derivante dal saldo positivo della gestione straordinaria (sopravvenienze e insussistenze dell'attivo e del passivo) e della gestione finanziaria (proventi e oneri finanziari). In relazione a quest'ultimo aspetto si ricorda che nel 2013 l'azienda ha assicurato il pagamento dei debiti verso fornitori in applicazione delle disposizioni del DL 35/2013, riducendo i tempi di pagamento e conseguentemente anche gli oneri per interessi passivi verso fornitori.

L'anno 2014, evidenzia una situazione analoga al 2013 con un contributo positivo della gestione non caratteristica derivante dal saldo positivo della gestione straordinaria per effetto della rilevazione di sopravvenienze attive e insussistenze del passivo che hanno compensato in parte gli effetti derivanti dagli incrementi di spesa di alcuni fattori produttivi, così come evidenziati nell'indicatore precedente.

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

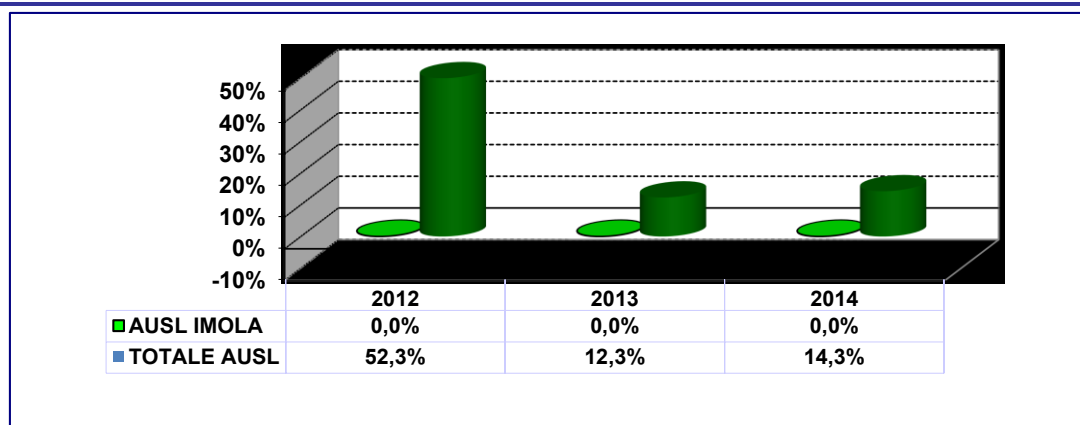
- risultato netto d'esercizio dell'azienda in rapporto al risultato complessivo regionale, volto a misurare l'apporto della gestione aziendale alla *performance* complessiva del sistema regionale;
- incidenza del risultato della gestione caratteristica sulle risorse disponibili per la produzione aziendale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

**Tabella 2.2 - Andamento dei risultati d'esercizio e del ROC della AUSL di Imola, a confronto con il gruppo di AUSL senza AO. Periodo 2012-2014**

INDICATORE	INFORMAZIONE		2012	2013	2014
<b>Perdita d'esercizio in % sulla perdita complessiva regionale</b>	Apporto della gestione aziendale alla performance di sistema	AUSL di Imola	0,0%	0,0%	0,0%
		AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	52,3%	12,3%	14,3%
<b>Risultato della gestione caratteristica (ROC), in % sui ricavi disponibili</b>	Performance gestione caratteristica, Imola	AUSL di Imola	0,9%	-0,9%	-1,0%
	Performance gestione caratteristica, media Ausl di riferimento	AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	0,4%	-0,4%	-0,3%

Nel Grafico 2.3 viene rappresentata l'incidenza del risultato d'esercizio dell'AUSL di Imola e l'incidenza del risultato d'esercizio complessivo delle aziende del gruppo di riferimento rispetto al risultato complessivo regionale.

**Grafico 2.3 - Incidenza della perdita d'esercizio sulla perdita totale RER, ascrivibile al gruppo delle AUSL senza AO nel territorio. Periodo 2012-2014**



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

Nel triennio preso a riferimento l'AUSL di Imola, ha evidenziato una situazione di pareggio di bilancio, misurando pertanto un'incidenza al risultato complessivo regionale pari a 0, mentre per quanto riguarda il gruppo di riferimento delle AUSL senza Azienda Ospedaliera sul territorio è possibile notare un contributo alla *performance* complessiva regionale pari al 52,3% nel 2012 e al 12,3% nel 2013 e al 14,3% nel 2014.

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

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

In Tabella 2.4 si riporta l'incidenza dei vari fattori produttivi impiegati sui ricavi disponibili dell'azienda a confronto con la media regionale del gruppo di riferimento.

**Tabella 2.4 - Scomposizione per fattori produttivi del risultato della gestione caratteristica dell'AUSL di Imola e confronto con la media AUSL senza AO. Periodo 2012-2014**

Fattori produttivi/Ricavi disponibili	2012		2013		2014	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	12,8%	14,9%	12,6%	15,1%	14,1%	15,5%
Beni strumentali	2,8%	3,0%	2,6%	2,9%	2,5%	2,8%
Servizi	39,1%	37,8%	40,3%	38,2%	38,2%	37,6%
Costi amm.vi e generali	2,1%	3,2%	3,0%	2,7%	2,5%	2,2%
Costo del lavoro	42,3%	40,8%	42,3%	41,5%	43,7%	42,2%
<b>Tot costi a gestione diretta</b>	<b>99,1%</b>	<b>99,6%</b>	<b>100,8%</b>	<b>100,4%</b>	<b>101,0%</b>	<b>100,3%</b>

I Ricavi disponibili sono costituiti dalle risorse complessive che l'azienda ha a disposizione per svolgere la propria attività tipica e l'indicatore qui rappresentato esplicita la capacità dell'azienda di coprire i costi derivanti dalla gestione caratteristica con i ricavi derivanti dalla produzione aziendale.

Nel 2012 si ha il dato migliore che dimostra la piena capacità dell'azienda di coprire, con i ricavi disponibili i costi della gestione tipica, in linea con l'andamento regionale.

Nel 2013 sono diminuiti i ricavi disponibili sia a livello aziendale che regionale per effetto della riduzione dei finanziamenti del FSN, infatti la componente principale dei ricavi disponibili è rappresentata dai contributi in conto esercizio assegnati alle aziende dalla Regione.

Nel 2014 si evidenzia un maggiore assorbimento di ricavi disponibili determinato in parte da una ulteriore riduzione dei ricavi disponibili rispetto al 2013, in parte per effetto della crescita di alcune componenti di spesa. Anche nell'esercizio 2014 le risorse aziendali sono state in gran parte assorbite dal costo per servizi e dal costo del personale che evidenzia valori al di sopra della media regionale del gruppo di riferimento, mentre per quanto riguarda l'aggregato dei beni di consumo, pur evidenziando un incremento di assorbimento di risorse rispetto agli esercizi precedenti, l'incidenza del singolo aggregato si posiziona comunque ad un livello inferiore rispetto alla media regionale del gruppo di riferimento. Si evidenzia inoltre nel 2014 la contrazione del costo per beni strumentali, che conferma un trend in calo nell'arco del triennio determinato principalmente dalla riduzione degli ammortamenti netti, e la contrazione dei costi amministrativi e generali legata alla riduzione di accantonamenti e svalutazione crediti.

In Tabella 2.5 si analizzano le stesse categorie di fattori produttivi dell'indicatore precedente rispetto al consumo totale delle risorse impiegate dall'azienda.

**Tabella 2.5 - Scomposizione per fattori produttivi dei risultati della gestione tipica.  
Periodo 2012-2014**

Composizione dei fattori produttivi	2012		2013		2014	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	12,9%	14,9%	12,5%	15,1%	13,9%	15,4%
Costo del lavoro	42,7%	41,0%	41,9%	41,3%	43,3%	42,1%
Accantonamenti	1,1%	2,0%	2,0%	1,9%	1,5%	1,5%
Costi amm.vi e generali	1,1%	1,2%	1,0%	0,8%	1,0%	0,7%
Beni strumentali	2,8%	3,0%	2,6%	2,9%	2,4%	2,8%
Manutenzioni	1,5%	2,0%	1,5%	1,9%	1,5%	2,1%
Servizi sanitari	30,0%	29,2%	30,7%	29,3%	28,8%	28,5%
Servizi non sanitari	8,0%	6,7%	7,7%	6,7%	7,6%	6,9%

Questo indicatore descrive l'incidenza dei costi aziendali, suddivisi per categoria, rispetto ai costi complessivi. I valori riportati in tabella confrontati con il valore medio regionale del gruppo di riferimento evidenziano un sostanziale allineamento rispetto al dato regionale. Coerentemente

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

**Fondo per la non autosufficienza (FRNA).** I ricavi del FRNA derivano dalle delibere di finanziamento regionale e dall'utilizzo delle risorse residue del 2013 e corrispondono al piano di utilizzo del FRNA, approvato dalla Giunta del Circondario, sul quale si approfondisce in Sezione 3 par. 3.2.1.

La disponibilità del fondo è costituita da € 12.550.253 di contributi regionali, da € 798.135 di contributi derivanti dal Fondo Nazionale Non Autosufficienza e da € 840.515 di residui degli anni precedenti, oltre a € 136 per sopravvenienze attive e insussistenze del passivo ordinarie.

Il Bilancio separato evidenzia per l'AUSL di Imola, nel 2014, una spesa complessiva per FRNA e FNA compreso le sopravvenienze passive pari a € 13.743.330 e residui accantonati per l'anno 2015 per € 445.709.

**Tabella 2.6 - Bilancio separato FRNA 2014 dell'AUSL di Imola**

<b>A</b>	<b>VALORE DELLA PRODUZIONE FRNA</b>	
<b>01:30</b>	<b>CONTRIBUTI FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - FRNA</b>	<b>€ 14.188.903</b>
01.30.001	Contributi da Fondo Sanitario Regionale	€ 9.329.461
01.30.002	Altri contributi da Regione	€ 3.220.792
01.30.003	Contributi da enti locali da Fondo Nazionale Non Autosufficienza	€ 798.135
01.30.008	Utilizzo fondi per quote inutilizzate FRNA - contributi regionali di esercizi precedenti	€ 614.496
01.30.009	Utilizzo fondi per quote inutilizzate FRNA - contributi da soggetti pubblici diversi di esercizi precedenti	€ 226.019
<b>08:30</b>	<b>SOPRAVVENIENTE ATTIVE ED INSUSSISTENZE DEL PASSIVO ORDINARIE - FRNA</b>	<b>€ 136</b>
08.30.010	FRNA sopravvenienze attive ordinarie	€ 0
08.30.020	FRNA insussistenze del passivo ordinarie	€ 136
<b>TOTALE A VALORE DELLA PRODUZIONE</b>		<b>€ 14.189.039</b>

<b>B</b>	<b>COSTI DELLA PRODUZIONE FRNA</b>	
<b>10:30</b>	<b>ONERI A RILIEVO SANITARIO E RETTE - FRNA</b>	<b>€ 11.794.964</b>
10.30.002	Oneri a rilievo sanitario per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni pubblici	€ 2.558.377
10.30.003	Oneri a rilievo sanitario per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni privati	€ 4.517.014
10.30.012	Oneri a rilievo sanitario per assistenza presso centri diurni pubblici	€ 144.773
10.30.013	Oneri a rilievo sanitario per assistenza anziani presso centri diurni privati	€ 210.584
10.30.023	Oneri a rilievo sanitario per Assistenza Domiciliare Integrata	€ 1.294.376
10.30.032	Oneri per assistenza gravissime disabilità presso strutture residenziali pubbliche	€ 332.210
10.30.092	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali pubblici	€ 43.872
10.30.093	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali privati	€ 1.819.393
10.30.113	Rette per disabili presso strutture semiresidenziali (centri socio-riabilitativi diurni) private	€ 874.365
<b>10:31</b>	<b>ALTRI SERVIZI SANITARI FRNA</b>	<b>€ 669.119</b>
10.31.041	Altri servizi sanitari da privato	€ 669.119
<b>10:32</b>	<b>ASSEGNI SUSSIDI E CONTRIBUTI FRNA</b>	<b>€ 1.278.913</b>
10.32.001	Assegni di cura anziani	€ 1.000.511
10.32.012	Assegni di cura disabili - gestione esterna all'Ausl	€ 117.881
10.32.021	Assegni di cura gravissime disabilità acquisite	€ 160.521
<b>17:01</b>	<b>ALTRI ACCANTONAMENTI</b>	<b>€ 445.709</b>
17.01.022	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi regionali FRNA	€ 418.856
17.01.023	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da altri soggetti pubblici FRNA	€ 26.853
<b>18:30</b>	<b>SOPRAVVENIENZE PASSIVE ED INSUSSISTENZE DELL'ATTIVO ORDINARIE - FRNA</b>	<b>€ 334</b>
18.30.001	Sopravvenienze passive ordinarie	€ 334
<b>TOTALE B COSTI DELLA PRODUZIONE</b>		<b>€ 14.189.039</b>
	<b>RISULTATO D'ESERCIZIO</b>	<b>€ 0</b>

Considerando le aree di intervento, la spesa risulta così distribuita.

**FRNA per complessivi € 12.746.029:**

- 70,3% imputabile all'area "anziani";
- 28,1% imputabile all'area "disabili";
- 1,6% riguarda interventi trasversali per anziani e disabili.

**FNA per complessivi € 997.301, di cui:**

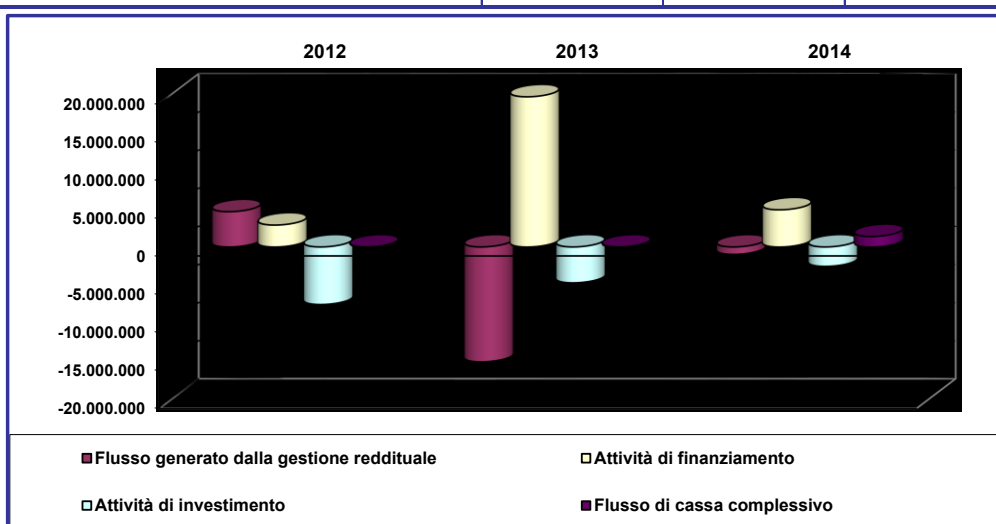
- 55,8% imputabile all'area "anziani";
- 25,0% imputabile all'area "disabili";
- 15,1% imputabile alla "SLA"
- 4,1% riguarda interventi trasversali per anziani e disabili.

### 2.1.2 Sostenibilità finanziaria

Gli indicatori che seguono esprimono la dinamica finanziaria dell'azienda, attraverso la rappresentazione sintetica delle entrate e delle uscite dei mezzi monetari intervenuti nel periodo e i tempi medi di pagamento dei debiti verso i fornitori. Il primo indicatore si desume dallo schema del Rendiconto finanziario, attraverso una rappresentazione sintetica dei risultati delle varie gestioni (Figura 2.7).

Figura 2.7 – Rendiconto di liquidità. Periodo 2012-2014

Rendiconto di liquidità	2012	2013	2014
Flusso generato dalla gestione reddituale	€ 4.625.233	-€ 15.053.140	-€ 960.546
Attività di finanziamento	€ 2.870.524	€ 19.689.342	€ 4.872.848
Attività di investimento	-€ 7.538.798	-€ 4.696.426	-€ 2.536.953
Flusso di cassa complessivo	-€ 43.041	-€ 60.224	€ 1.375.349



L'analisi del rendiconto finanziario nel triennio preso in considerazione evidenzia un miglioramento della situazione finanziaria dell'azienda, con particolare riferimento all'esercizio 2013, anno in cui la Regione Emilia Romagna ha assicurato la liquidità per il pagamento dei debiti pregressi al 31/12/2012 degli enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione del DL 35/2013. Tale risultato è l'effetto combinato del flusso generato dalla gestione reddituale e del flusso generato dall'attività di finanziamento. Infatti, il grafico evidenzia una variazione molto positiva sull'attività di finanziamento dovuta principalmente ai contributi regionali ricevuti per circa 19 milioni di euro (9,996 milioni di euro assegnati con DGR 955/2013 e 8,906 assegnati con DGR 1532/2013) che sono stati utilizzati per pagare i debiti per fornitori di beni e servizi, la cui riduzione è riflessa all'interno del flusso generato dalla gestione reddituale che, come mostra il grafico nell'anno 2013, evidenzia una correlata variazione di segno opposto. Conseguentemente sono stati ridotti i tempi di pagamento che da 240 giorni al 31/12/2012 sono passati a 90 giorni al 31/12/2013.

Anche l'esercizio 2014 rappresenta un anno con effetti positivi dal punto di vista finanziario, seppur con variazioni più limitate rispetto a quelle verificatesi nel 2013. Si riporta di seguito un'analisi di dettaglio di singoli flussi.

Il **flusso generato dalla gestione reddituale** evidenzia un saldo negativo pari a 960 mila euro dato dalla somma algebrica del flusso di Capitale Circolante Netto (CCN) di gestione corrente pari a 1,7 milioni di euro e il saldo delle variazioni dei crediti, debiti, rimanenze, ratei e risconti pari a - 2,7 milioni di euro. Il flusso di CCN di gestione corrente è determinato da voci che costituiscono costi e ricavi non monetari, ossia a costi e ricavi che pur incidendo sul risultato economico di esercizio non danno origine a esborsi o introiti monetari. In particolare si tratta di:

- del risultato d'esercizio pari a 0, in quanto l'azienda ha rispettato il vincolo del pareggio di bilancio;
- degli ammortamenti e delle relative sterilizzazioni, rispettivamente pari a 7,281 milioni di euro e 4,657 milioni di euro; rappresentano costi e ricavi che hanno concorso alla formazione del risultato di esercizio, ma che non hanno e non avranno esborso monetario, generando o assorbendo risorse della gestione corrente .
- degli accantonamenti di competenza 2014 al netto degli utilizzi effettuati nel 2014 per complessivi -859 mila di euro.

I debiti evidenziano una diminuzione di circa 4,4 milioni di euro. Nel 2014 sono state erogate dalla Regione ulteriori finanziamenti a copertura delle perdite pregresse (DGR 2137/2013 e DGR 882/2014) per 7,538 milioni di euro che hanno consentito di ridurre ulteriormente i debiti verso fornitori e di migliorare i tempi di pagamento (Tabella 2.8).

**Tabella 2.8 - Tempi di pagamento in giorni dei fornitori della AUSL di Imola. Periodo 2012-2014**

<b>Ritardi medi nei pagamenti</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Beni economici	240	90	60
Prodotti farmaceutici	240	90	60
Servizi in appalto	150	90	60
Farmaceutica convenzionata	30	30	30
Case di Cura	150	120	90
Assistenza termale	180	90	60
Cooperative sociali	90	90	60
Enti Gestori Case Protette	90	90	60
Protesica	170	90	60
Attrezzature	120	90	60

I crediti aumentano di 911 milioni di euro. Si tratta di un saldo algebrico di voci di credito. In particolare si evidenzia una riduzione dei crediti verso la Regione di 5,7 milioni di euro e un incremento dei crediti di circa 6,6 milioni di euro, di cui circa la metà verso aziende sanitarie pubbliche per prestazioni rese in regime di mobilità sanitaria e la residua parte riguarda altri crediti per mobilità internazionale, verso società partecipate e altri privati.

La **gestione degli investimenti** evidenzia un valore negativo pari a 2,5 milioni di euro ed è determinata dagli investimenti effettuati nel corso dell'esercizio 2014 che riflette il piano degli investimenti 2014.

Le **attività di finanziamento** evidenziano un saldo positivo pari a 4,9 milioni di euro. Tale risultato deriva principalmente dai movimenti di Patrimonio Netto per circa 14,9 milioni di euro e dai movimenti sul C/C presso l'Istituto Tesoriere per -10,2 milioni di euro, le cui variazioni sono correlate alla variazione dei debiti di cui sopra. Nel dettaglio si tratta di operazioni che costituiscono aumenti e diminuzioni di attività di finanziamento quali:

- Contributi per ripiani perdite esercizi pregressi. Si tratta di 7,538 milioni di euro a ripiano parziale di perdite pregresse.
- Variazione dei crediti per copertura ripiano perdite quote ammortamenti anni 2001-2011 per complessivi 220 mila euro deriva dal saldo dei crediti di 1,714 mila euro presente al 31/12/2013 iscritto in applicazione della DGR 2137/2013 e incassato nel corso del 2014 e il credito di 1,493 milioni di euro presente al 31/12/2014 iscritto in applicazione della DGR 2008/2014.
- Incrementi dei crediti per investimenti per circa 1,1 milioni di euro per effetto di incassi relativi a crediti per investimenti iscritti in esercizi precedenti per circa 2,6 milioni di euro e delle nuove iscrizioni di crediti per 3,7 milioni di euro, derivanti dall'ammissione al finanziamento di due interventi previsti nel piano degli investimenti.
- Aumento di voci del patrimonio netto legate ad operazioni di investimento quali, donazioni in denaro e in natura, rettifica contributi in conto esercizio destinati ad investimenti, plusvalenze derivanti da cessioni di immobilizzazioni e assegnazione di nuovi contributi in conto capitale per complessivi 7,6 milioni di euro.
- Riduzione del debito verso il tesoriere per l'utilizzo dell'anticipazione di cassa per circa 10,2 milioni di euro, in quanto grazie alle rimesse straordinarie della regione e alla maggiori disponibilità liquide è stato possibile nel corso del 2014 proseguire il percorso avviato nel 2013 di riduzione dei tempi di pagamento nei confronti dei fornitori, conseguentemente si è ridotto il ricorso all'anticipazione di tesoreria.
- Il debito per Mutui evidenzia l'incremento per l'assunzione del nuovo mutuo di 2,3 milioni di euro autorizzato con DGR 144/2011 ed erogato nel 2014 e il decremento per quota di mutuo rimborsata nel corso del 2014 per circa 1,285 milioni di euro.

Nel 2014 il flusso di cassa complessivo evidenzia un risultato positivo pari a circa 1,4 milioni di euro, determinato da un saldo positivo del tesoriere, in quanto è stato ridotto il ricorso all'anticipazione di tesoreria.



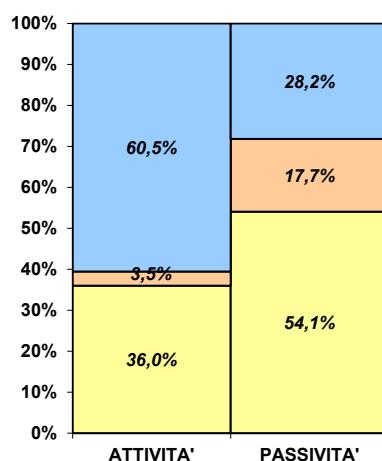
### 2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

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

A tal fine si è fatto riferimento al riclassificato in chiave finanziaria, elaborato dalla Regione, che esprime i valori in base al tempo di realizzo monetario. In Figura 2.9 si riporta una sintesi dei dati tratti dallo Stato Patrimoniale riclassificato dalla RER.

**Figura 2.9 - Stato Patrimoniale riclassificato AUSL di Imola. Periodo 2012-2014**

ATTIVITA'	AUSL Imola 2012	AUSL Imola 2013	AUSL Imola 2014	AUSL Imola 2012	AUSL Imola 2013	AUSL Imola 2014	PASSIVITA'
Liquidità immediate e differite	35,5%	34,7%	36,0%	75,3%	62,7%	54,1%	Finanziamenti a breve
Scorte	3,6%	3,9%	3,5%	16,6%	16,8%	17,7%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	60,9%	61,4%	60,5%	8,0%	20,5%	28,2%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	100%	100%	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



Il presente indicatore ha lo scopo di evidenziare la composizione dello Stato Patrimoniale riclassificato in termini finanziari (in base ai tempi di realizzo monetario) al fine di valutare la solidità patrimoniale e finanziaria dell'azienda. In una situazione di equilibrio strutturale, a fronte di un attivo con prevalente patrimonio immobilizzato, il passivo dovrebbe essere caratterizzato dalla prevalenza di finanziamenti a medio lungo termine e da capitale proprio.

Dalla composizione della struttura patrimoniale si evince che l'azienda ha un attivo nel quale prevale il patrimonio immobilizzato mentre nel passivo prevalgono i finanziamenti a breve termine, anziché i finanziamenti a medio lungo termine e il patrimonio netto.

Anche se la composizione dello stato patrimoniale evidenzia uno squilibrio strutturale, l'analisi del triennio preso a riferimento evidenzia un miglioramento della struttura patrimoniale dell'azienda, grazie all'incremento dell'incidenza del Patrimonio Netto che passa dal 8% nel 2012, al 20,5% nel

2013 e continua a salire nel 2014 al 28,2% e al calo dei finanziamenti a breve che passano dal 75,3% nel 2012, al 62,7% nel 2013 e al 54,1% nel 2014.

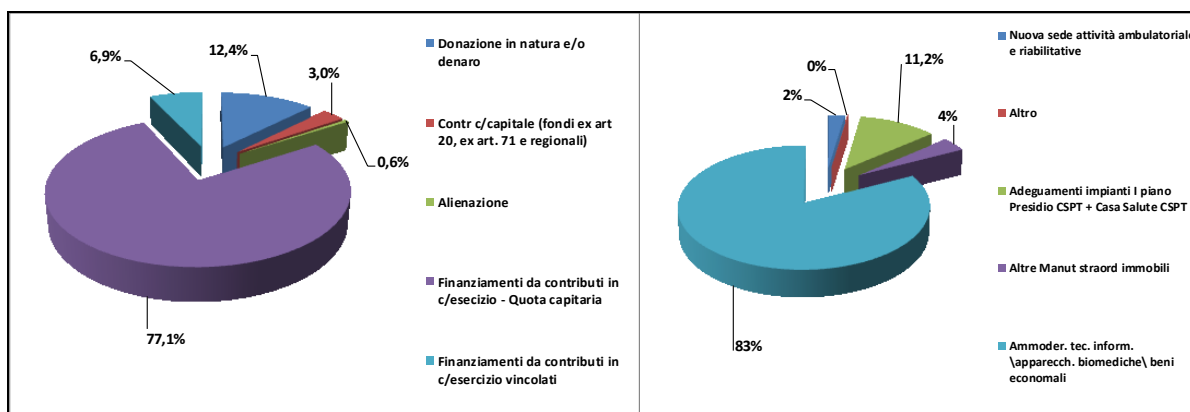
Le cause sono da ricercarsi principalmente nei risultati d'esercizio del triennio che hanno garantito il pareggio di bilancio, diversamente da quanto avvenuto negli esercizi precedenti nei quali l'accumularsi di perdite pregresse erodeva il Patrimonio Netto.

Inoltre, dal 2013, grazie all'assegnazione di contributi a ripiano parziale delle perdite pregresse e alla liquidità garantita dalla Regione è stato possibile ricostituire il valore del Patrimonio Netto, e pagare i debiti verso fornitori per beni e servizi con conseguente aumento dell'incidenza del Patrimonio Netto e riduzione dell'incidenza dei finanziamenti a breve.

In Figura 2.10, il riepilogo degli investimenti realizzati nel 2014 "Piano degli investimenti" e la ripartizione delle fonti di finanziamento e delle macro aree di intervento.

**Figura 2.10 - Consuntivo 2014 Piano degli Investimenti dell'AUSL di Imola e fonti di finanziamento**

Descrizione intervento	Donazione in natura e/o denaro	Contr c/capitale (fondi ex art 20, ex art. 71 e regionali)	Alienazione	Finanziamenti da contributi in c/esercizio - Quota capitaria	Finanziamenti da contributi in c/esercizio vincolati	TOTALE
"Realizzazione della Casa della salute nel polo sanitario di Castel San Pietro Terme - 2° stralcio" Intervento M15 (Programma Regionale investimenti in sanità)		€ 9.593				€ 9.593
<b>Totale</b>		<b>€ 9.593</b>				<b>€ 9.593</b>
"Interventi di manutenzione straordinaria per adeguamento normativo" Intervento M16 (Programma Regionale investimenti in sanità)		€ 58.447				€ 58.447
<b>Totale</b>		<b>€ 58.447</b>				<b>€ 58.447</b>
"Intervento di manutenzione straordinaria reparto di geriatria e lungo degenza Ospedale di Imola" Intervento AP 47 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio)		€ 31.724				€ 31.724
<b>Totale</b>		<b>€ 31.724</b>				<b>€ 31.724</b>
"Realizzazione della Casa della salute presso polo sanitario di Castel San Pietro Terme - 1° stralcio" Intervento AP 48 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio)		€ 3.830				€ 3.830
<b>Totale</b>		<b>€ 3.830</b>				<b>€ 3.830</b>
Incarichi tecnici propedeutici all'investimento relativo all'Ampliamento dell'Ospedale di Imola - Realizzazione della nuova sede per le attività ambulatoriali e riabilitative				89.125,29		€ 89.125
<b>Totale</b>				<b>89.125,29</b>		<b>€ 89.125</b>
Manutenzione straordinaria lavori di adeguamento impianti elettrici presso Ospedale di Imola al fine di consentire l'avvio dei lavori di cui all'investimento AP 47				€ 49.899		€ 49.899
<b>Totale</b>				<b>€ 49.899</b>		<b>€ 49.899</b>
Lavori di manutenzione edile e adeguamento impianti I piano Presidio Cspt				€ 411.062		€ 411.062
<b>Totale</b>				<b>€ 411.062</b>		<b>€ 411.062</b>
Saldo Inc. alla progettazione ex art.92 c.5 dlgs 163/2006			€ 3.289			€ 3.289
<b>Totale</b>			<b>€ 3.289</b>			<b>€ 3.289</b>
Ammodernamento tecnologico apparecchiature biomediche	€ 270.628			€ 792.101	€ 71.631	€ 1.134.360
<b>Totale</b>	<b>€ 270.628</b>			<b>€ 792.101</b>	<b>€ 71.631</b>	<b>€ 1.134.360</b>
Ammodernamento tecnologie informatiche						
Attrezzature informatiche	€ 4.900			€ 306.020	€ 48.310	€ 359.230
Software	€ 1.891		€ 17.948	€ 874.378	€ 31.494	€ 925.711
<b>Totale</b>	<b>€ 6.791</b>		<b>€ 17.948</b>	<b>€ 1.180.398</b>	<b>€ 79.804</b>	<b>€ 1.284.941</b>
Ammodernamento arredi - beni economici -	€ 189.667	€ 9.516		€ 389.655	€ 109.909	€ 698.746
<b>Totale</b>	<b>€ 189.667</b>	<b>€ 9.516</b>		<b>€ 389.655</b>	<b>€ 109.909</b>	<b>€ 698.746</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>€ 467.086</b>	<b>€ 113.110</b>	<b>€ 21.237</b>	<b>€ 2.912.241</b>	<b>€ 261.343</b>	<b>€ 3.775.016</b>
%	12,4%	3,0%	0,6%	77,1%	6,9%	100,0%



## 2.2 Impatto sociale ed ambientale

### 2.2.1 Lasciti e donazioni

Anche nel 2014 di particolare rilevanza risulta il valore di donazioni e lasciti da parte di cittadini, imprese ed istituti bancari del territorio a favore dell'azienda, a testimonianza, ancora una volta, della particolare sensibilità ed attaccamento dei cittadini verso la sanità imolese.

Il valore complessivo delle donazioni nel 2014 ammonta a circa € 700.000, ai quali si aggiunge il lascito testamentario di Benedetta Baroni, avvenuto nel 2013 per un importo di € 344.890, che ha visto il suo concreto investimento nel corso del 2014 e 2015.

Benedetta Baroni, vedova Baruzzi, scomparsa il 27 aprile 2012 senza alcun erede (aveva perso un figlio ventunenne in un tragico incidente stradale nel 1965) ha redatto nel 2001 un testamento olografo in cui dichiarava la propria volontà di donare tutti i suoi risparmi in denaro all'Ospedale di Imola per la lotta contro il cancro. Nel rispetto delle sue volontà, nel corso del 2014, sono stati investiti circa € 220.000 per l'acquisto di due sistemi video per la laparoscopia in sala operatoria, un criostato per l'Anatomia Patologica, un video colonscopio HD a guida magnetica ed è stato finanziato un incarico libero professionale di un ricercatore oncologo per la ricerca su farmaci innovativi e sulle ricerche della genomica.

Tra le donazioni effettuate, da parte di soggetti istituzionali, si segnala il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Imola per un importo pari a € 320.000 volto a finanziare l'acquisto di attrezzature e progetti in ambito sanitario. In particolare si segnala la fornitura di un Sistema ecografico UGEO WS 80, completo di 4 sonde e kit per biopsia, per le necessità della Ostetricia-Ginecologia, un sistema ecografico UGEO HM70 per il Pronto Soccorso e un OCT retinico per l'Oculistica. Nel 2014 la Fondazione Cassa di Risparmio ha proseguito nel finanziamento del servizio di consegna a domicilio dei referti diagnostici, oltre al finanziamento del progetto di presa in carico di bimbi con sindrome dello spettro autistico.

Inoltre, va segnalato l'impegno della SACMI per la donazione a vari Reparti dell'Ospedale di Imola di attrezzature (per ecografia, sonde, riproduttore, ecc.), oltre alla donazione da parte della Lega

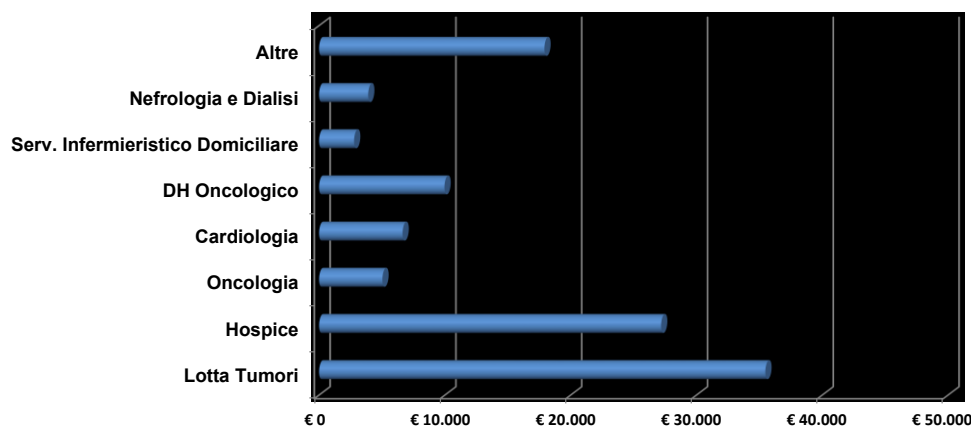
Coop di una nuova ambulanza. Una ulteriore ambulanza è stata donata all'azienda nel 2014 da parte di un privato cittadino.

In Figura 2.11 si riporta il valore delle donazioni e dei contributi con il grafico sulla distribuzione delle donazioni in denaro da parte dei cittadini verso i Servizi/Unità operative.

**Figura 2.11 - Lasciti, donazioni e contributi verso l'AUSL di Imola. Periodo 2012-2014**

Lasciti e donazioni	2012	2013	2014
Donazioni di beni a patrimonio da parte di cittadini	€ 224.179	€ 150.545	€ 98.049
Donazioni in denaro da parte di cittadini	€ 99.550	€ 115.578	€ 114.260
Donazioni e contributi da parte di soggetti istituzionali (Fondazioni, Banche, Aziende, ecc.) e lasciti testamentari	€ 545.800	€ 673.555	€ 477.854

**Donazioni in denaro da parte di cittadini - 2014**



### 2.2.2 Uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari

**Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale.** In applicazione delle disposizioni regionali, l'AUSL di Imola ha assicurato le azioni manutentive agli impianti e agli immobili atte a garantire un uso più razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale. Le azioni più importanti ed incisive sono state:

- ristrutturazione della centrale termica "Centro arcobaleno" di Casola Canina con la sostituzione della caldaia ad alto rendimento e allacciamento alla rete metano (in sostituzione del gasolio);
- sostituzione del generatore di calore e bruciatore nella centrale termica dell'ospedale di Castel San Pietro Terme con un tipo a condensazione;
- sostituzione di vetusti impianti di climatizzazione presso diversi immobili aziendali (farmacia, anatomia patologica, direzione sanitaria, poliambulatori Castel San Pietro T.) con impianti a gas ecologico R410 e macchine ad alta resa (VRV con inverter);

- sostituzione di parte delle tubazioni del cunicolo tecnologico dell'ospedale di Castel San Pietro T. con tubazioni nuove adeguatamente isolate e aderenti alle norme in grado di contenere le dispersioni di calore nei tragitti tecnologici;
- utilizzo di soluzioni innovative nella progettazione e realizzazione dei nuovi interventi di riqualificazione dei reparti e degli ambulatori.

Sono state messe in campo anche azioni di natura finanziaria e fiscale come la richiesta del rimborso dal 2009 dell'IVA sulla Tariffa Igiene Ambientale. A questo proposito il gestore ha comunicato che avrebbe provveduto autonomamente a rimborsare gli utenti non appena ricevuto il rimborso dell'IVA dall'Erario. E' stato richiesto, inoltre, un finanziamento Europeo, attraverso la Regione Emilia Romagna, per realizzare un ramo di TRI-generazione di energia introducendo un segmento di tele-raffrescamento presso l'Ospedale Nuovo di Imola. Si è aderito alla Convenzione "Verde" Consip denominata "*Facility Management 3*" che effettua la manutenzione periodica e ciclica degli edifici della Azienda, oltre all'adesione ad altre convenzioni Intercent-ER "*Verdi*" ed in particolare all'acquisto della energia primaria.

Si è proseguito, inoltre, con le attività promosse dalla Regione Emilia Romagna, sulla sostenibilità ambientale quali:

- il monitoraggio e sensibilizzazione sullo spegnimento, fuori orario di servizio, dei PC aziendali, azioni di informazione, raccolta di segnalazioni tramite il progetto "Io spengo lo spreco";
- il monitoraggio dei consumi acqua e gas metano con la raccolta periodica dei dati di lettura contatori e trasmissione degli stessi al distributore per le corrette fatturazioni e monitoraggio stretto delle perdite o di eccessivi consumi;
- la riduzione della spesa per l'acquisto della materia prima metano con la richiesta di applicazione delle Accise Industriali in luogo di quelle commerciali con decorrenza 1/8/2014.

E' stata effettuata una ottimizzazione, che sarà completata nel 2015, della gestione dei reflui sanitari provenienti dalle apparecchiature di analisi; in particolare per il laboratorio, mediante la loro separazione in scarichi idrici, rifiuti non pericolosi e rifiuti pericolosi.

E' stato garantito il flusso delle informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale utilizzando il programma AEM CUP 2000.

Per quanto riguarda la mobilità sostenibile è stata effettuata la ricognizione annuale relativa all'utilizzo, ai consumi e ai costi di manutenzione del parco auto aziendale e si è aderito alla campagna regionale denominata "*CONSUMABILE*". L'attività ha comportato molteplici azioni di pubblicizzazione e promozione oltre all'evento informativo tenutosi il 21/03/2014.

Infine, è stato redatto il Piano Spostamento Casa Lavoro (PSCL) relativo a tutti i dipendenti che prestano servizio nelle varie sedi della Azienda USL.

**Gestione dei rifiuti sanitari.** L' AUSL di Imola, nel 2014, ha continuato l'azione di controllo sulla produzione dei rifiuti con la seguente registrazione dei dati:

- La quantità di rifiuti totali prodotta (esclusa la quota di raccolta differenziata conferita al gestore pubblico) è passata da Kg 213.797 a Kg 228.602 con un incremento pari a Kg

14.800 rispetto all'anno precedente. Tale incremento è stato generato, in particolare, da: rifiuti pericolosi a rischio chimico (+ Kg 8.045 costituiti da reflui del laboratorio); rifiuti pericolosi citotossici e citostatici (+ Kg 519 collegati all'aumento di terapie antitumorali); rifiuti sanitari pericolosi (+ Kg 1113 costituiti da parti di apparecchiature elettromedicali, filtri, batterie ecc.); rifiuti sanitari non pericolosi (+ Kg 5.711 costituiti da residui di cantiere e imballaggi). Nel complesso i rifiuti pericolosi a rischio infettivo sono leggermente calati (- Kg 624) causando una riduzione dell'incidenza percentuale sul totale dei rifiuti prodotti (da 67% a 63%).

- La quantità di rifiuti soggetti a raccolta differenziata (vetro, plastica, carta) può essere solo stimata in base ai contenitori rilevati che sono incrementati da 28.398 nel 2013 a 28.452 nel 2014.

Restringsendo l'analisi alle quote di rifiuti più rilevanti prodotte dal Presidio ospedaliero, si rileva:

- rispetto all'impatto della produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo, un sostanziale mantenimento delle quantità prodotte rispetto al 2013 (+ Kg 180). Se questo dato viene letto insieme al riscontro della riduzione delle giornate di degenza fa emergere un lieve, ma costante incremento dell'indicatore Kg/die degenza che nel triennio 2012/2014 è passato da 0,98 a 1,02. L'analisi del fenomeno porta a identificarne le cause sia nelle procedure di controllo dei germi multi resistenti che inducono un aumentato utilizzo dei presidi monouso (soprattutto in area critica), sia nel *turnover* del personale che rende difficoltoso il mantenimento della sensibilizzazione costante in tema di gestione dei rifiuti.
- L'altra tipologia di rifiuto che ha fatto riscontrare un incremento è costituita dai reflui di laboratorio che sono aumentati a seguito dell'adozione di nuove strumentazioni che, a differenza delle precedenti, utilizzano maggiori quantitativi di acqua per i lavaggi. In tale settore si deve comunque registrare l'ottimizzazione della gestione dei reflui attraverso il convogliamento dei reflui in una cisterna centralizzata che ha minimizzato l'uso di taniche e le relative movimentazioni.

Le attività di controllo della produzione di rifiuti condotte nel corso del 2014 hanno riguardato:

- la realizzazione di iniziative di informazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori per la corretta gestione ambientale (personale coinvolto 75);
- il costante monitoraggio della produzione attraverso il flusso delle informazioni per la corretta gestione ambientale nel Servizio Sanitario Regionale, utilizzando l'apposito programma informatico AEM-CUP 2000 e assicurando la trasmissione di informazioni validate e complete nei tempi previsti.

Le azioni di miglioramento impostate per l'anno 2015 riguardano:

- Interventi di informazione/formazione su larga scala a favore del personale infermieristico (circa 900 operatori coinvolti).

- Revisione dei protocolli assistenziali per il controllo dei germi multi resistenti in collaborazione con Igiene ospedaliera, al fine di ridurre il consumo di presidi monouso (ad es. sovra camici) e individuare le modalità più appropriate di smaltimento dei rifiuti.
- Aggiornamento delle procedure aziendali per la gestione dei rifiuti.

### 2.3 Livelli essenziali di assistenza

#### 2.3.1 Costo pro-capite per livelli di assistenza

Si propongono in forma tabellare i valori del costo pro-capite ponderato, nel periodo 2012-2013, a confronto con la media regionale. Il costo pro-capite rappresenta l'espressione delle risorse destinate al soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione calcolato come rapporto tra il costo per livello e sub livello di assistenza e la popolazione utilizzata per il finanziamento del livello stesso. Nei costi riportati in tabella sono compresi i costi delle attività del FRNA.

Il costo pro-capite ponderato complessivo 2013, rispetto al 2012, risulta in diminuzione del -2,37% (- € 44,25) più del valore medio regione, in particolare sul livello ospedaliero (-6,75%) e della Sanità pubblica (-2,57).

**Tabella 2.12 - Costo pro-capite ponderato: AUSL di Imola e dato medio RER. Periodo 2012-2013**

Costo pro-capite AUSL Imola / RER	2012	2013	Var. ass. 2013 - 2012	Var. % 2013 - 2012
<b>AUSL IMOLA</b>	<b>€ 1.865,46</b>	<b>€ 1.821,21</b>	<b>-€ 44,25</b>	<b>-2,37%</b>
<b>MEDIA AZIENDE RER</b>	<b>€ 1.845,71</b>	<b>€ 1.810,27</b>	<b>-€ 35,44</b>	<b>-1,92%</b>

Il costo pro-capite per singolo livello di assistenza LEA viene presentato in Tabella 2.13.

**Tabella 2.13 - Costo pro-capite per LEA: AUSL di Imola e dato medio RER. Periodo 2012-2013**

LEA	AUSL IMOLA				RER			
	2012	2013	Var. 2013/2012		2012	2013	Var. 2013/2012	
	Costo pro-capite	Costo pro-capite	Var. Ass.	Var. %	Costo pro-capite	Costo pro-capite	Var. Ass.	Var. %
Sanità Pubblica	€ 59,17	€ 57,65	-€ 1,52	-2,57%	€ 56,74	€ 54,79	-€ 1,95	-3,44%
Distretto	€ 1.051,86	€ 1.059,76	€ 7,90	0,75%	€ 1.050,82	€ 1.044,09	-€ 6,73	-0,64%
Assistenza Ospedaliera	€ 749,70	€ 699,09	-€ 50,61	-6,75%	€ 738,14	€ 711,39	-€ 26,75	-3,62%

Di seguito i costi pro-capite relativi alla Sanità Pubblica e Distretto (Tabelle 2.14 e 2.15).

Tabella 2.14 - Costo pro-capite Sanità Pubblica per sub livelli e dato medio RER. Periodo 2012-2013

Costo pro-capite	AUSL IMOLA 2012	AUSL IMOLA 2013	MEDIA RER 2013	AUSL IMOLA Var. 2012-2013
Igiene e Sanità pubblica	€ 32,21	€ 30,36	€ 28,74	-€ 1,85
Tutela della salute in ambiente di lavoro e sicurezza	€ 10,11	€ 10,71	€ 8,54	€ 0,60
Sanità pubblica veterinaria	€ 15,08	€ 15,12	€ 17,51	€ 0,04
<b>SANITA' PUBBLICA</b>	<b>€ 59,17</b>	<b>€ 57,65</b>	<b>€ 54,79</b>	<b>-€ 1,52</b>

Tabella 2.15 - Costo pro-capite Distretto per sub livelli: AUSL Imola e dato medio RER. Periodo 2012 - 2013

Costi pro-capite	AUSL IMOLA 2012	AUSL IMOLA 2013	MEDIA RER 2013	AUSL IMOLA Var. 2012-2013
Assistenza Disabili	€ 37,29	€ 42,04	€ 54,70	€ 4,75
Farmaceutica	€ 231,23	€ 232,93	€ 235,22	€ 1,70
Neuropsichiatria Infantile	€ 124,51	€ 117,70	€ 108,44	-€ 6,81
Dipendenze Patologiche	€ 20,56	€ 20,86	€ 24,40	€ 0,30
Salute Donna	€ 31,93	€ 33,72	€ 47,03	€ 1,79
Salute Infanzia	€ 66,82	€ 70,76	€ 80,97	€ 3,94
Termale	€ 6,79	€ 8,55	€ 4,28	€ 1,76
Protesica (*)	€ 12,86	€ 25,53	€ 21,05	€ 12,67
Integrativa	€ 17,45	€ 13,25	€ 9,37	-€ 4,20
ADI-Hospice	€ 150,01	€ 127,81	€ 131,47	-€ 22,20
Salute Mentale Adulti	€ 83,94	€ 81,89	€ 81,79	-€ 2,05
Emergenza extraosp.	€ 33,92	€ 38,39	€ 34,77	€ 4,47
Medicina di Base	€ 131,61	€ 126,35	€ 113,21	-€ 5,26
Assistenza Anziani	€ 777,19	€ 793,72	€ 792,50	€ 16,53
Specialistica	€ 336,25	€ 337,19	€ 326,55	€ 0,94
<b>Assistenza Distrettuale</b>	<b>€ 1.051,86</b>	<b>€ 1.059,76</b>	<b>€ 1.044,09</b>	<b>€ 7,90</b>

(\*) Nel 2013 sono stati modificati i criteri di rilevazione dei costi

In Tabella 2.16 si riporta il finanziamento per quota capitaria assegnato all'AUSL di Imola, a confronto con il dato medio regionale.

Tabella 2.16 - Finanziamento pro-capite delle AUSL e dato medio RER. Periodo 2012-2014

AUSL IMOLA / RER	finanziamento pro-capite 2012	finanziamento pro-capite 2013	finanziamento pro-capite 2014	Var. ass. 2014-2013	Var. % 2014-2013
<b>AUSL IMOLA</b>	<b>1.625,78</b>	<b>1.604,95</b>	<b>1.625,23</b>	<b>20,28</b>	<b>1,26%</b>
<b>RER</b>	<b>1.610,84</b>	<b>1.597,80</b>	<b>1.617,31</b>	<b>19,51</b>	<b>1,22%</b>



Si prosegue, nei paragrafi successivi, con un'analisi dei livelli di assistenza per aree d'offerta:

- [assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro](#)
- [assistenza distrettuale](#)
- [assistenza ospedaliera.](#)

Per ciascuna vengono presentati gli indici di consumo e i volumi di attività a confronto coi valori medi regionali, prendendo a riferimento di norma l'ultimo triennio.

In alcuni casi, quando l'ultimo dato disponibile dalla Regione è relativo all'anno 2013, vengono riportati i dati del 2014 che originano da fonti aziendali.

### 2.3.2 [Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro](#)

**Programmi regionali di *screening*.** L'AUSL di Imola continua a rispettare gli obiettivi relativi ai tre *screening* oncologici, in termini di avanzamento del programma (% persone invitate su persone da invitare nell'anno) e di adesione all'invito (% persone esaminate su persone invitate) esteso anche alla popolazione non residente e domiciliata.

**Tabella 2.17 – Indicatori di attività degli *screening* per la prevenzione dei tumori e confronto con la media RER. Periodo 2012-2014**

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto		2012		2013		2014 (*)	
		IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
% Avanzamento Programma	Screening tumore collo dell'utero - target 25 - 64	88,5%	113,2%	90,0%	100,3%	96,6%	98,5%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	100,0%	86,3%	99,9%	91,1%	99,5%	96,1%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	104,1%	106,4%	135,3%	100,4%	99,3%	97,4%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	110,8%	106,9%	146,7%	107,2%	99,2%	97,4%
	Screening Colon Retto	119,1%	106,6%	77,9%	96,2%	90,9%	92,7%
% Adesione a invito	Screening tumore collo dell'utero - target 25 - 64	62,0%	56,9%	58,0%	62,3%	67,1%	59,2%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	68,3%	71,1%	66,8%	74,5%	74,9%	71,4%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	61,0%	73,3%	67,9%	76,3%	73,7%	72,1%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	55,2%	71,3%	66,8%	71,2%	72,9%	70,9%
	Screening Colon Retto	52,9%	53,2%	54,1%	51,2%	57,3%	54,8%

(\*) Il dato 2014 non è definitivo

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

**Vaccinazioni infantili.** Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili nei bambini di due anni, l'AUSL di Imola mantiene valori di copertura elevati e in molti casi superiori alla media regionale, così come il tasso di copertura vaccinale contro il meningococco (a 24 mesi).

Tabella 2.18 - Tasso di copertura per vaccinazioni nei bambini e confronto RER. Periodo 2011-2014

Tasso di copertura vaccinazioni bambini 2 anni	2011		2012		2013		2014 (*)	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Poliomielite	98,4%	96,5%	98,3%	96,3%	97,0%	96,1%	95,9%	n.d.
Morbillo	96,7%	92,9%	95,0%	92,6%	94,0%	91,3%	89,3%	n.d.
Emofilo (HIB)	97,5%	95,4%	95,0%	95,4%	96,4%	95,3%	94,8%	n.d.
Pertosse	98,3%	96,2%	98,1%	96,0%	96,9%	95,8%	95,5%	n.d.
Meningococco	94,3%	92,5%	95,1%	92,2%	92,7%	91,2%	89,3%	n.d.

(\*) Dato 2014 ricavato da fonti interne: non definitivo

Anche la copertura vaccinale HPV, nelle ragazze dodicenni, come gli anni scorsi, risulta alta e superiore alla media regionale. L'88,2% delle nate nel 2001 ha completato il ciclo vaccinale contro una media RER del 73,9% e il 90% ha cominciato il ciclo con almeno una dose (media RER: 77,9%).

Tabella 2.19 - Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1997-2001 al 30/06/2014

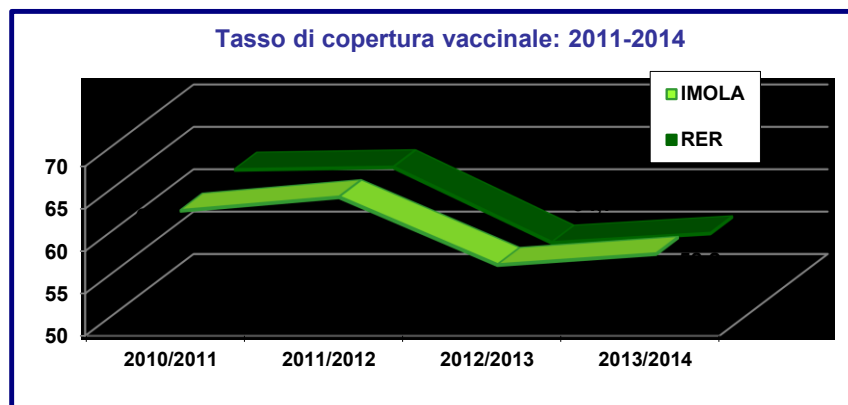
Copertura vaccinale HPV	Coorti di nascita (*)									
	1997		1998		1999		2000		2001	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con cicli completi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con cicli completi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con cicli completi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con cicli completi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con cicli completi
Imola	94,4	92,7	88,2	88,2	86,9	85,8	85,0	83,1	90,5	88,2
RER	79,5	76,2	80,5	77,5	78,2	74,9	78,8	75,5	77,9	73,9

**Vaccinazione antinfluenzale.** La campagna vaccinale 2013/2014 registra un aumento di soggetti vaccinati (popolazione anziana *over* 65) confermato anche a livello regionale.

Il tasso di copertura aziendale risulta, pertanto, in aumento rispetto al 2013 e si conferma comunque superiore all'indice regionale.

Figura 2.20 - Tasso di copertura nei over 65 anni dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2011-2014

Soggetti vaccinati	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014
IMOLA	25.838	26.073	22.461	23.422
RER	844.920	851.986	710.840	743.065
Tasso copertura vaccinale	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014
IMOLA	63,3	64,9	56,9	58,2
RER	63,3	63,6	54,7	55,8



**Attività di prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro.** L'attività di vigilanza sugli ambienti di lavoro, rappresentata in Tabella 2.21, mostra l'andamento delle imprese controllate e sanzionate a confronto con il trend regionale.

**Tabella 2.21 - Imprese esistenti, controllate e con infrazione e confronto RER. Periodo 2012-2014**

Controlli sugli ambienti di lavoro		2012	2013	2014
AUSL Imola	% Unità controllate su esistenti	11,0	9,2	8,8
	% Unità sanzionate su controllate	11,6	16,4	16,5
RER	% Unità controllate su esistenti	10,3	10,3	10,2
	% Unità sanzionate su controllate	12,7	11,6	10,3
Controlli sugli ambienti di lavoro		2012	2013	2014
AUSL Imola	Unità produttive esistenti	5.723	5.717	5.549
	Unità produttive controllate	631	525	491
	Unità produttive sanzionate	73	86	81
RER	Unità produttive esistenti	210.986	209.956	205.856
	Unità produttive controllate	22.319	21.595	21.096
	Unità produttive sanzionate	2.826	2.504	2.174

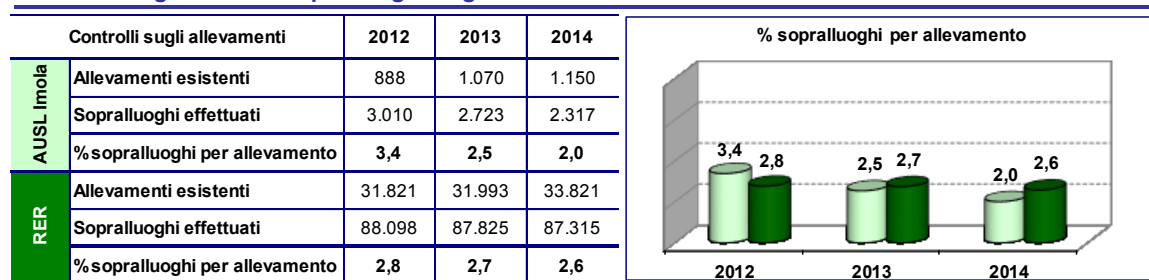
Sul territorio imolese sono presenti 1.008 aziende di ristorazione e 396 aziende di trasformazione alimentare. In Tabella 2.22: le percentuali delle aziende controllate sulle esistenti e delle sanzionate sulle controllate, a confronto con il dato medio regionale.

**Tabella 2.22 - % aziende alimentari e di ristorazione controllate e con infrazioni e confronto RER. Periodo 2012-2014**

% Aziende di Ristorazione e Alimentari		2012	2013	2014	
Aziende di Ristorazione	AUSL Imola	% Aziende controllate su esistenti	29,4	27,4	27,7
		% Aziende con infrazioni su controllate	36,6	51,6	41,9
	RER	% Aziende controllate su esistenti	26,1	25,2	25,3
		% Aziende con infrazioni su controllate	22,4	25,6	23,7
Aziende di trasformazione alimenti	AUSL Imola	% Aziende controllate su esistenti	33,5	27,2	26,5
		% Aziende con infrazioni su controllate	48,1	38,3	46,7
	RER	% Aziende controllate su esistenti	31,5	32,5	30,8
		% di Aziende con infrazioni su controllate	22,7	26,0	20,4

In Figura 2.23 i dati relativi al numero di sopralluoghi per allevamento e il confronto con i dati regionali.

**Figura 2.23 - Sopralluoghi negli allevamenti e confronto RER. Periodo 2012-2014**



### 2.3.3 Assistenza distrettuale

Le tabelle che seguono presentano dati relativi alle strutture a gestione diretta e convenzionate, suddivise in base alla tipologia e al tipo di assistenza erogata, in coerenza coi dati desumibili dai modelli ministeriali STS 11.

**Table 2.24 – Strutture territoriali a gestione diretta e convenzionate per tipologia di attività. Anno 2014**

Tipologia strutture a gestione diretta	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Attività laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza tossicodipendenti	Assistenza ai malati terminali	TOTALE
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	2	1	1	12	7	1		24
AMBULATORIO E LABORATORIO	18	8	8					34
STRUTTURA RESIDENZIALE					1		1	2
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					2	1		3
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>63</b>
Tipologia strutture convenzionate	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Assistenza psichiatrica	Assistenza tossicodipendenti	Assistenza idrotermale	Assistenza anziani	Assistenza disabili fisici	TOTALE
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE					1			1
AMBULATORIO E LABORATORIO	4	4						8
STRUTTURA RESIDENZIALE			6	2		10	3	21
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE						3	5	8
<b>TOTALE</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>38</b>

**Assistenza residenziale e semi-residenziale.** In Tabella 2.25 viene rappresentata la dotazione posti delle strutture residenziali e semiresidenziali a gestione diretta per tipologia di assistenza. Le **strutture residenziali** risultano avere una dotazione pari a **99 Posti Letto**:

- **87 PL** sono riservati all'**assistenza psichiatrica**, di cui 78 accreditati dalla Regione.
- **12 PL** sono all'**Hospice** – Cure palliative.

Le **strutture semiresidenziali** risultano dotate di:

- **21 posti** dedicati all'**assistenza psichiatrica**.
- **15 posti** del **Centro Diurno per tossicodipendenti**.

**Tabella 2.25 – Strutture residenziali e semiresidenziali per tipologia assistenza e posti. Anno 2014**

STRUTTURE RESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA	TIOOLOGIA ASSISTENZA	POSTI LETTO 01/01/2014
Residenza Sanitaria Psichiatrica Trattamento Intensivo	Assistenza Psichiatrica	9
Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice CSPT	Attività Hospice - Cure Palliative	12
STRUTTURE RESIDENZIALI A GESTIONE INDIRETTA	TIOOLOGIA ASSISTENZA	POSTI LETTO 01/01/2014
Residenza Psichiatrica Casa Basaglia	Assistenza Psichiatrica	15
Residenza Psichiatrica La Pascola	Assistenza Psichiatrica	15
Residenza Psichiatrica Ca' del Vento	Assistenza Psichiatrica	16
Residenza Psichiatrica Albatros	Assistenza Psichiatrica	14
Residenza Psichiatrica Pampera	Assistenza Psichiatrica	7
Residenza Psichiatrica Samarcanda	Assistenza Psichiatrica	11
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA	TIOOLOGIA ASSISTENZA	POSTI
Centro Diurno Psichiatrico	Assistenza Psichiatrica	15
Day Hospital Territoriale - Day Service Psichiatrico	Assistenza Psichiatrica	6
Centro Diurno Arcobaleno - SERT	Assistenza per tossicodipendenti	15

Per soggetti dipendenti da sostanze d'abuso (**Dipendenze patologiche**) sono presenti **51 PL** in strutture residenziali e semiresidenziali gestite da privato sociale e accreditate.

**Tabella 2.26 – Strutture convenzionate per l'assistenza anziani e posti disponibili. Anno 2014**

STRUTTURE RESIDENZIALI	POSTI RESIDENZIALI AUTORIZZATI 01/01/2014	DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI
CASA PROTETTA MEDICINA	57	48
CASA CASSIANO TOZZOLI IMOLA	44	44
CASA PROTETTA COMUNALE LA COCCINELLA CSPT	82	78
CASA PROTETTA TOSCHI DOZZA	25	16
OPERA SANTA MARIA TOSSIGNANO	43	43
CASA RIFOSO INABILI LA VORO IMOLA	144	138
VILLA ARMONIA IMOLA	38	27
RSA DI MEDICINA	40	15
RSA FIORELLA BARONCINI IMOLA	70	70
CASA PROTETTA S. ANTONIO ABATE FONTANELICE	30	30
<b>TOTALE</b>	<b>573</b>	<b>509</b>
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	POSTI RESIDENZIALI AUTORIZZATI	DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI
CENTRO DIURNO PER ANZIANI CSPT	16	16
CENTRO RESID. PER ANZIANI VITA INSIEME MEDICINA	16	16
CENTRO DIURNO ANZIANI C. TOZZOLI IMOLA	20	20
<b>TOTALE</b>	<b>52</b>	<b>52</b>

La Tabella 2.26, sopra riportata, rappresenta la dotazione posti nelle strutture convenzione accreditate per gli **anziani: 509 PL** accreditati residenziali e **52 PL** accreditati semiresidenziali.

La dotazione per l'assistenza ai **disabili** è costituita da **35 PL residenziali** e **80 posti semiresidenziali**.

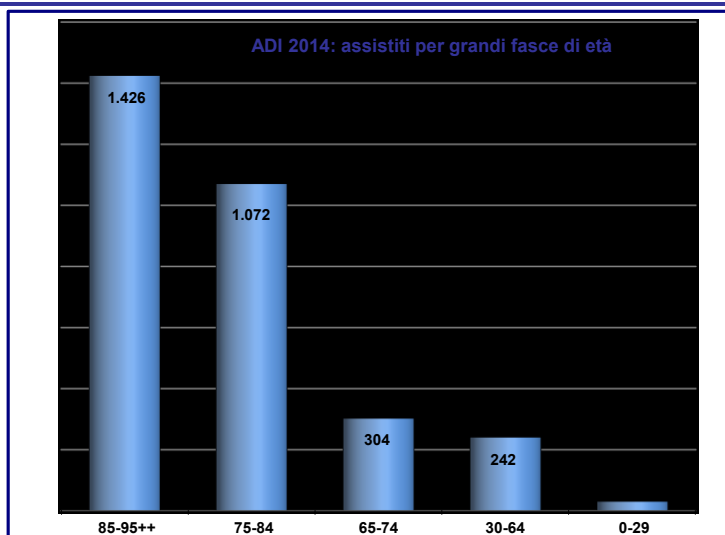
La Tabella 2.27 mostra gli indicatori, relativi alle aree "anziani" e "disabili", dei posti disponibili per 1.000 abitanti residenziali e semiresidenziali (2012 – 2014), a confronto con l'indicatore regionale.

**Tabella 2.27 – Assistenza residenziale e semiresidenziale: posti per 1.000 ab. e confronto RER. Periodo 2012-2014**

Assistenza residenziale	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Anziani (>74)	31,6	29,8	31,8	29,7	30,9	29,4
Disabili	0,26	0,53	0,26	0,54	0,26	0,57
Assistenza semi-residenziale	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Anziani (>74)	3,2	5,8	3,2	5,7	3,2	5,7
Disabili	0,61	1,00	0,60	1,03	0,60	1,04

**Assistenza domiciliare integrata (ADI).** In base ai criteri regionali (Flusso Repetto SI-ADI) l'oggetto della rilevazione è ciascun "episodio" o periodo di cura di assistenza domiciliare reso al singolo paziente (prima "TAD" ora "presa in carico"). La rilevazione del flusso comprende l'assistenza sociale a rilievo sanitario, l'assistenza infermieristica e l'assistenza integrata a bassa, media ed alta intensità. Sono esclusi gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale della persona" (D.M. 17/12/2008) e non fanno più parte del flusso regionale le prestazioni occasionali, sanitarie e/o socio-assistenziali, che prevedono l'intervento del professionista e che si concludono con la prestazione senza un piano personalizzato di assistenza. Tali prestazioni, pur non rientrando nel flusso regionale, costituiscono un volume importante che, nel 2014, si attesta a **4.075 prestazioni occasionali** (nel 2013: 4.239).

**Grafico 2.28 – ADI per grandi fasce d'età nella AUSL Imola. Anno 2014**



Il Grafico 2.28 mostra la distribuzione dei pazienti per grandi fasce di età, dove gli "anziani 65 e oltre" sono rappresentati per fasce intermedie per evidenziare come l'assistenza domiciliare integrata venga usufruita in misura preponderante dai "Grandi anziani" (over 75): l'81% degli assistiti. Le tabelle che seguono mostrano i dati sugli "episodi di presa in carico": in Tabella 2.29 si riportano i volumi (2013 – 2014) per tipologia di assistenza a confronto con il livello regionale.

**Tabella 2.29 – Prese in carico per tipologia di assistenza e confronto RER. Periodo 2013 - 2014**

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	2013		2014		Var.%2013-2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
MEDICINA GENERALE	1.947	64.865	1.807	67.942	-7,2%	4,7%
INFERMIERISTICA	2.398	55.947	2.371	63.013	-1,1%	12,6%
SOCIO-SANITARIA	194	3.359	235	2.940	21,1%	-12,5%
ASSOCIAZIONI NO PROFIT	15	1.554	15	1.415	0,0%	-8,9%
<b>TOTALE</b>	<b>4.554</b>	<b>125.725</b>	<b>4.428</b>	<b>135.310</b>	<b>-2,8%</b>	<b>7,6%</b>

Le successive tabelle mostrano la distribuzione percentuale per tipologia e livello (intensità) di assistenza, in riferimento all'ultimo triennio a confronto con la media regionale.

**Tabelle 2.30 – % prese in carico per tipologia e livello di assistenza a confronto RER. Periodo 2012-2014**

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
MEDICINA GENERALE	41,4%	53,0%	42,8%	51,6%	40,8%	50,2%
INFERMIERISTICA	49,4%	42,8%	52,7%	44,5%	53,5%	46,6%
SOCIO-SANITARIA	9,0%	3,1%	4,3%	2,7%	5,3%	2,2%
ASSOCIAZIONI NO PROFIT	0,2%	1,1%	0,3%	1,2%	0,3%	1,0%

LIVELLO ASSISTENZIALE	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
BASSA	64,7%	63,2%	68,7%	65,3%	69,7%	63,7%
MEDIA	13,1%	26,0%	12,1%	24,5%	12,8%	25,7%
ALTA	22,2%	10,9%	19,2%	10,2%	17,5%	10,6%

In Tabella 2.31 gli episodi di presa in carico, rilevati nel 2014, vengono raggruppati sia per tipologia che per livello di assistenza.

**Tabella 2.31 – Prese in carico per tipologia e livello di assistenza. Anno 2014**

EPISODI DI CURE PER TIPOLOGIA E LIVELLO ASSISTENZIALE	MEDICINA GENERALE		INFERMIERISTICA		SOCIO-SANITARIA		ASSOCIAZIONI NO PROFIT	
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%
BASSA INTENSITA'	1.554	86,0%	1.479	62,4%	53	22,6%	0	0,0%
MEDIA INTENSITA'	180	10,0%	348	14,7%	38	16,2%	0	0,0%
ALTA INTENSITA'	73	4,0%	544	22,9%	144	61,3%	15	100,0%
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>1.807</b>	<b>100%</b>	<b>2.371</b>	<b>100%</b>	<b>235</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

La Tabella 2.32 rappresenta invece, nell'ultimo triennio, tutta l'attività erogata di sola assistenza infermieristica domiciliare, comprensiva di quella occasionale.

**Tabella 2.32 – Assistenza infermieristica nei programmi di cure domiciliari. Periodo 2012-2014**

ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI PROGRAMMI DI CURE DOMICILIARI	2012	2013	2014	Var.% 2013-2014
PAZIENTI ASSISTITI	4.080	4.151	4.027	-3,0%
ACCESSI (assistenza continuativa + prestazioni occasionali)	53.544	53.039	51.993	-2,0%
MEDIA ACCESSI PER ASSISTITO	13	13	13	-
PRESTAZIONI	79.328	76.584	76.706	0,2%
MEDIA PRESTAZIONI PER ASSISTITO	19	18	19	-

**Hospice.** L'Hospice Centro Residenziale di Cure Palliative di Castel San Pietro Terme, come già accennato, è attivo con 12 PL. In tabella si mostrano i dati su: degenza media, percentuale deceduti su dimessi e confronto col dato medio regionale. La degenza media aziendale 2014 risulta in linea con quella regionale.

**Tabella 2.33 - Posti letto, degenza media Hospice e confronto RER. Periodo 2012-2014**

HOSPICE	2012		2013		2014	
	AUSL IMOLA	RER	AUSL IMOLA	RER	AUSL IMOLA	RER
Posti letto	12	273	12	283	12	287
Degenza media	19,1	18,3	21,6	18,0	17,8	17,6
Pazienti dimessi	208	4.699	189	5.127	206	5.385
% deceduti sul tot. Dimessi	79,3%	75,2%	77,3%	76,5%	80,6%	76,1%

L'Hospice di Castel San Pietro Terme ha risentito, da un punto di vista organizzativo e funzionale, degli sviluppi che, nel corso del 2014, hanno portato al completamento della *mission* del Presidio di Castel S. Pietro Terme, con l'istituzione (Deliberazione 44 del 28/03/2014) della [Casa della Salute e dell'integrato Ospedale di Comunità \(Os.Co\)](#) che si articola nella Struttura di cure intermedie (SRCI) e nell'Hospice Territoriale, anch'esso unità organizzativa intermedia rivolto all'assistenza di soggetti in fase terminale che non possono essere adeguatamente assistiti al domicilio con cure palliative.

**Consultori Familiari.** L'analisi sull'attività dei Consultori si basa sui dati del flusso informativo regionale SICO (partito a luglio 2011) e su dati estratti direttamente dal Datawarehouse aziendale ed elaborati in base alla reportistica direzionale disponibile su "BusinessObjects". Si ricorda che i dati 2012, sia lato aziendale che regionale, sono suscettibili di incompletezza trattandosi del primo anno di rilevazione nell'ambito del suddetto flusso. Non sono disponibili da parte regionale i dati 2014, pertanto quelli riportati derivano dal DWH aziendale.



L'anagrafe delle strutture censisce l'attività articolata nelle seguenti sedi consultoriali: Consultorio Familiare (4), Spazio Giovani (3), Spazio Donne immigrante e loro Bambini (1).

Le informazioni raccolte, secondo i criteri regionali, sono riconducibili alle seguenti tipologie:

- Rilevazione dati individuali (informazioni su utenti, coppia e famiglia)
- Prestazioni individuali (si intendono quelle erogate al singolo, alla coppia e alla famiglia)
- Prestazioni di gruppo (erogate a gruppi di utenti)

Nel 2014 il totale degli utenti in carico in tutte le sedi, da reportistica interna aziendale, è stato pari a 5.733 vs i 5.426 2013, con un incremento del +5,7%.

Nelle Tabelle 2.34 si riportano i dati sull'utenza complessiva e sulle donne in gravidanza, tratti dalla reportistica aziendale (2012-2014). I tassi di copertura nell'ambito della "Salute donna", nella seconda tabella, vengono confrontati con il dato medio regionale che, per l'esercizio 2014, non è disponibile per i motivi sopra esposti.

**Tabelle 2.34 – Utenza complessiva, donne in gravidanza e tassi di copertura area "Salute donna" con confronto RER. Periodo 2012-2014**

Utenza	2012	2013	2014	Var.	Var. %
Utenti totali in carico	5.518	5.426	5.733	307	5,7%
Donne in gravidanza seguite dai consultori familiari (*)	428	573	560	-13	-2,3%
Donne immigrate seguite in gravidanza	218	317	307	-10	-3,2%
Donne in carico ai consultori familiari - Ostetricia e Ginecologia	5.126	5.014	5.273	259	5,2%

(\*)"Gravide in carico al CF": donne che hanno cartella ostetrica del ginecologo aperta

Tassi di copertura	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
% donne in gravidanza seguite dai consultori familiari su totale "nati vivi"	40,2%	42,0%	49,2%	45,6%	52,9%	n.d.
% donne immigrate seguite in gravidanza su totale donne in gravidanza seguite	50,9%	55,6%	55,3%	53,5%	54,8%	n.d.
% donne in carico ai consultori familiari su popolazione target - Ostetricia e Ginecologia	6,1%	n.d.	11,9%	n.d.	12,6%	n.d.

Fonte DWH Aziendale – Report direzionale Consultorio (Business Objects)

La Tabella 2.35 riporta i tassi di copertura nei settori di Ginecologia/Andrologia e Psicologia relativi al livello aziendale, a confronto col livello regionale per gli anni 2012 e 2013. La fonte dati è regionale: flusso SICO - Sistema Informativo dei Consultori familiari.

**Tabelle 2.35 – Tassi di copertura nei settori Ginecologia/Andrologia e Psicologia. Periodo 2012-2013**

Tassi di copertura per settori di attività % utenti su popolazione target	2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Ginecologia/Andrologia: popolazione target (15-64 anni residenti)	3,4%	3,6%	2,7%	3,9%
Psicologia: popolazione target (15-64 anni residenti)	0,5%	0,2%	0,5%	0,2%

Fonte SICO (Sistema Informativo dei Consultori familiari)

In Tabella 2.36 si riportano i volumi delle prestazioni individuali e di gruppo, deducibili dalla reportistica su DWH aziendale nel periodo 2012-2014, che rileva i dati, secondo criteri regionali, dall'applicativo gestionale "ONAmb", utilizzato dal servizio. La tabella mostra anche il confronto dei volumi di attività 2014 sul 2013, evidenziando un generale incremento.

Si riportano, inoltre, alcuni indicatori per settori di prestazioni individuali, a confronto con l'indicatore regionale. I dati, tratti dal flusso SICO regionale, riguardano il 2012 e il 2013. Come già accennato, le percentuali regionali per l'anno 2012, possono risentire di incompletezza, pertanto, è d'obbligo usare cautela nei confronti.

**Tabella 2.36 – Utenti in carico e prestazioni del Consultorio familiare. Periodo 2013-2014**

Volumi di attività	2012	2013	2014	Var. % 2013-2014
Prestazioni individuali	18.588	18.847	19.561	3,8%
Prestazioni di gruppo	423	369	460	24,7%
Prestazioni individuali per aree di attività	2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Gravidanza e Puerperio	50,0%	35,5%	60,0%	33,5%
Contracezione	3,2%	6,2%	2,6%	5,3%
IVG	1,1%	2,6%	1,2%	2,5%
Menopausa	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%
Psicologia	13,3%	3,9%	12,6%	4,0%
Specialistica ginecologica	21,7%	22,4%	17,2%	21,2%

L'analisi in Tabella 2.37 evidenzia le prestazioni individuali suddivise per figure professionali coinvolte, nel biennio 2012 – 2013.

**Tabella 2.37 – Prestazioni individuali del Consultorio familiare per figure professionali. Periodo 2012-2014**

TIPO OPERATORE	2012		2013		2014	
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%
GINECOLOGA	9.301	50,0%	9.183	48,7%	9.556	48,9%
OSTETRICA	6.788	36,5%	7.022	37,3%	5.911	30,2%
PSICOLOGA	2.499	13,4%	2.586	13,7%	3.078	15,7%
Altro	0	0,0%	56	0,3%	1.016	5,2%
<b>Totale</b>	<b>18.588</b>	<b>100%</b>	<b>18.847</b>	<b>100%</b>	<b>19.561</b>	<b>100%</b>

**Salute Mentale.** L'attività del [Dipartimento di Salute Mentale](#) viene rappresentata tramite i consueti indicatori a confronto coi valori regionali e tramite dati di attività di fonte aziendale.

Di seguito, in Tabella 2.38, si sintetizzano alcuni dati relativi al Centro di Salute Mentale – CSM, disponibili sul portale regionale del bilancio di missione e derivati dagli archivi regionali SDO e

SISM: pazienti in trattamento, dimessi dai reparti di psichiatria, tasso di ospedalizzazione, tasso di prevalenza standardizzato (Salute mentale adulti); TSO e % TSO sui ricoveri in SPDC.

**Tabella 2.38 – Centro Salute Mentale (CSM). Periodo 2012-2014**

Centri di Salute Mentale - CSM	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Pazienti in trattamento nei CSM	2.166	75.099	2.289	75.468	2.305	75.313
Dimessi dai reparti di Psichiatria	271	9.137	349	9.031	336	9.425
Tasso di ospedalizzazione x 10.000 ab. (*)	24,4	24,3	29,5	24,0	27,6	25,2
Tasso di prevalenza standardizzato Salute mentale adulti	19,3	19,8	20,1	19,8	20,6	20,0
TSO (compresi soggetti non residenti)	51	1.152	14	985	10	989
% TSO / Ricoveri	16,5%	16,1%	4,0%	14,1%	2,9%	14,2%

(\*) Dimessi dai reparti di Psichiatria, in regime ordinario, con età > = 18 - Fonte: Archivio regionale SDO

Nell'ambito della salute mentale adulti, il 2014 ha visto il consolidamento della riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base della complessità assistenziale e dei livelli di intensità di cura: l'alta complessità assistenziale in SPDC; la media complessità in RTI, DHT e Night Hospital; la bassa complessità in PL dedicati RSR accreditate; la continuità territoriale mediante i regimi: ambulatoriale, domiciliare in integrazione socio-sanitaria (*budget* di salute, formazione e inserimenti lavorativi) e semiresidenziale riabilitativa. All'unificazione delle Unità operative SPDC-RTI, nel 2013, in un'unica Unità operativa Psichiatria Adulti, ha fatto seguito, secondo la programmazione 2014, la riduzione dei posti letto in RTI (Residenza Trattamenti Intensivi) con effetto a partire dal 2015. In correlazione con tale riorganizzazione, nel 2014, l'attività delle Residenze Socio Riabilitative accreditate è stata rimodulata per la presa in carico di trattamenti prolungati. Sul territorio si sono, invece, sviluppati assetti di cura incentrati sul potenziamento dei servizi di continuità territoriale, mediante interventi domiciliari in integrazione socio-sanitaria, definiti *budget di salute* (25 casi trattati per la psichiatria adulti), in collaborazione con l'Azienda Servizi alla Persona (ASP). Tutti questi servizi hanno concorso alla definizione di percorsi condivisi multidisciplinari per il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale in collaborazione e integrazione con il Dipartimento Cure Primarie (Deliberazione 172/2013).

**Psichiatria Territoriale Adulti (PTA)**. L'Unità operativa Psichiatria territoriale adulti è la struttura complessa che garantisce funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disturbo psichico a favore della popolazione adulta di età superiore a 18 anni, attraverso attività ambulatoriali, semiresidenziali e programmi di trattamento in strutture residenziali accreditate.

Il personale lavora in équipe ed ha un profilo multi professionale rappresentato da medici psichiatri, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali, educatori. La Psichiatria territoriale si articola in Centro di Salute Mentale (CSM) con sede a Imola e 3 ambulatori periferici, Day Hospital Territoriale (DHT) a responsabilità infermieristica e il Centro Diurno.

Nella tabella che segue si riportano i casi trattati nelle sedi citate, a cui si aggiungono i pazienti trattati in regime di Day Service e il volume complessivo di prime visite psichiatriche.

**Tabella 2.39 – Psichiatria Territoriale Adulti (PTA). Periodo 2012-2014**

Psichiatria Territoriale Adulti	2012	2013	2014	Var. 2013 - 2014	Var. % 2013 - 2014
Utenti CSM	2.365	2.448	2.436	-12	-0,5%
Nuovi presi in carico	302	439	396	-43	-9,8%
Pazienti in DH Territoriale	60	76	54	-22	-28,9%
Interventi di crisi in DHT	141	138	126	-12	-8,7%
Pazienti trattati c/o Centro Diurno	67	64	41	-23	-35,9%
Pazienti trattati in Day Service	1.094	1.088	1.156	68	6,3%
Prima visita psichiatrica	1.039	1.099	1.046	-53	-4,8%

**Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e Residenze a Trattamento Intensivo (RTI).** Sul fronte della degenza SPDC-RTI si rileva, nel 2014, un calo dei casi (-45), mentre crescono del 5,2% i casi in *Night Hospital* (+5). La degenza media, rispetto al 2013, cresce di un punto percentuale (da 13,4 a 14,3) in SPDC e si conferma con un lieve calo in RTI (da 23,9 a 23,5). Il tasso di occupazione posti letto ordinari passa dal 98,4% del 2013 al 96,5% nel 2014 mentre in RTI il tasso cresce dal 90,5% al 95%.

**Tabella 2.40 – Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura. Periodo 2012-2014**

SPDC - RTI	2012	2013	2014	Var. 2013 - 2014	Var. % 2013 - 2014
Degenza ordinaria	310	349	334	-15	-4,3%
Degenza media in SPDC	16,3	13,4	14,3		
Ricoveri in RTI	155	175	145	-30	-17,1%
Degenza media in RTI	28,2	23,9	23,5		
Casi in <i>Night Hospital</i>	110	96	101	5	5,2%
Contenzioni fisiche in SPDC	16	16	8	-8	-50,0%

**Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA).** Questa Unità operativa gestisce l'accesso dei minori attraverso iter diagnostici multi professionali che garantiscono una valutazione globale dello sviluppo normale e patologico e quindi una appropriata indicazione di trattamento.

La NPIA garantisce attività di diagnosi, cura e riabilitazione per le seguenti patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva (0-17 anni): malattie congenite e acquisite del Sistema Nervoso Centrale, Periferico e dell'apparato neuromuscolare; disturbi generalizzati dello sviluppo psicologico; disturbi neurosensoriali visivi e uditivi; disturbi neuropsicologici, del linguaggio e dell'apprendimento; disturbi dell'organizzazione psicomotoria; disturbi cognitivi; disturbi psichiatrici, psicologici e affettivo relazionali.

I principali servizi erogati consistono in: diagnosi neuropsichiatrica e/o psicologica; formulazione di un progetto di cura; presa in carico terapeutica e/o riabilitativa. Per i minori disabili viene garantita la valutazione clinico – diagnostica, l'iter certificativo per l'accertamento della disabilità (L. 104/1992) e l'applicazione degli Accordi di Programma Provinciali e Territoriali.

In Tabella 2.41 si osserva un andamento in incremento degli utenti in carico che, rispetto al 2013, aumentano del 10% (+136 casi), come anche i nuovi casi: +15% (75 nuovi utenti).

A conferma di ciò, si registra un significativo incremento delle prestazioni erogate che, rispetto al 2012, incrementano del 19% e rispetto al 2013 del 7% (+1.423 prestazioni).

In riferimento alle figure professionali l'incremento riguarda in particolare le prestazioni degli psicologi (+30%) e le prestazioni di neuropsicomotricità (+26%).

**Tabella 2.41 – Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza NPIA. Periodo 2012-2014**

UTENTI / PRESTAZIONI	2012	2013	2014	Var. ass.	Var. %
Utenti in carico	1.242	1.340	1.476	136	10%
Nuovi utenti	405	488	563	75	15%
Usciti dal Servizio	351	428	442	14	3%
Tasso di prevalenza standardizzato a confronto RER	60,4	66,7	73,0		
	77,4	83,1	86,5		
Prestazioni	18.084	20.114	21.537	1.423	7%

Il tasso di prevalenza, standardizzato per età e sesso (per 1.000 abitanti) sulla popolazione residente, risulta pertanto in aumento negli ultimi tre anni, ma inferiore se confrontato con quello regionale.

**Gravissime disabilità acquisite.** Sono 38 i pazienti con gravissime disabilità acquisite presi in carico nel 2014 (assistenza domiciliare, assegni di cura e/o assistenza residenziale), rispetto ai 28 assistiti del 2013. La classe di età più numerosa risulta quella 45-64 a livello aziendale e regionale. In 26 casi la causa del deficit risulta essere un esito patologico, nei restanti si tratta di incidenti: 7 stradali, uno sul lavoro e 4 vengono classificati "altro incidente".

**Tabella 2.42 – Pazienti in carico con gravissime disabilità acquisite per classi d'età e confronto RER. Anno 2014**

Gravissime disabilità acquisite per classi di età	AUSL IMOLA	RER	AUSL IMOLA	RER
0 - 17	2	93	5,3%	6,5%
18 - 44	12	274	31,6%	19,3%
45 - 64	19	585	50,0%	41,1%
65 - 74	3	302	7,9%	21,2%
Oltre 75	2	168	5,3%	11,8%
<b>Totale</b>	<b>38</b>	<b>1.422</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

In riferimento alla tipologia di assistenza, la maggior parte dei pazienti sono in assistenza domiciliare (24) e una quota minore (13) in assistenza residenziale, come da indicazioni della DGR 2068/2004 che privilegia l'assistenza e la permanenza dell'utente al proprio domicilio.

**Tabella 2.43 – Pazienti in carico con gravissime disabilità acquisite per tipo di assistenza e confronto RER. Anno 2014**

ASSISTITI CON GRAVISSIME DISABILITA'	AUSL IMOLA	RER
Solo al domicilio	24	933
Solo in Assistenza Residenziale	13	377
Al domicilio e in Assistenza Residenziale	1	112
<b>TOTALE</b>	<b>38</b>	<b>1.422</b>

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

**Dipendenze Patologiche.** Struttura operativa che garantisce, attraverso la progettazione e la realizzazione di percorsi di valutazione diagnostica e di programmi terapeutici e socio-riabilitativi, l'assistenza psico-socio-sanitaria a soggetti che presentano una condizione problematica correlata all'uso/abuso/dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali (soprattutto droghe da strada, alcol e tabacco) e da comportamenti additivi (*in primis* il gioco d'azzardo).

Nel 2014 sono stati seguiti dal servizio 1.059 utenti: 535 tossicodipendenti, 379 alcolisti, 85 *gamblers*, 60 tabagisti. Dei 535 utenti in carico per abuso/dipendenza da droghe, 273 sono per eroina, 252 per cocaina, 18 per cannabis, 2 per altre sostanze; tra questi 7 sono stati inviati dal medico competente per problemi di uso in ambienti lavoro con mansioni a rischio. Rispetto ai 379 alcolisti, 119 hanno effettuato visite alcolologiche per la patente o sono stati visti solo occasionalmente. In Tabella 2.44 si presentano i principali dati di attività, nel periodo 2012-2014, ed il tasso di prevalenza standardizzato per età e sesso (per 1.000 abitanti) sulla popolazione target residente 15-64 anni, a confronto con quello regionale.

**Tabella 2.44 – Dipendenze patologiche. Periodo 2012-2014**

Dipendenze Patologiche	2012	2013	2014	Var. ass.	Var. %
<b>Utenti</b>	1.086	1.061	1.059	-2	-0,2%
<b>Nuovi utenti</b>	133	189	193	4	2,1%
<b>Usciti dal Servizio</b>	281	279	287	8	2,9%
<b>Tasso di prevalenza standardizzato a confronto RER</b>	9,8	10,2	10,0		
	9,0	9,2	7,9		
<b>Prime visite</b>	328	352	354	2	0,6%
<b>Prestazioni</b>	31.281	31.592	31.778	186	0,6%

Rispetto al 2013, il numero di utenti in carico rimane sostanzialmente invariato e su questi 339 (32%) sono casi diagnosticati come doppie diagnosi. Nel 2014, 287 utenti sono stati dimessi per

conclusione del programma terapeutico globale (durata media 3\4 anni), mentre gli inserimenti in comunità terapeutiche riguardano 34 utenti, per un totale di 7.332 giornate di degenza.

Il Centro Diurno "Arcobaleno" in gestione diretta (semi residenzialità 8 ore) di Casola Canina ha avuto in carico, nel 2014, 39 utenti per un totale di 3.887 giornate, di cui 27 nuovi inserimenti.

I dimessi nell'arco dell'anno per fine programma sono stati 24 (Tabella 2.45).

**Tabella 2.45 – Dipendenze patologiche: Centro Diurno Arcobaleno. Periodo 2012-2014**

CENTRO DIURNO ARCOBALENO	2012	2013	2014	Var. ass.	Var. %
<b>Utenti</b>	31	39	49	10	26%
<b>Nuovi presi in carico</b>	23	29	27	-2	-7%
<b>Giornate di degenza</b>	3.121	3.887	4.432	545	14%
<b>Dimessi</b>	11	14	24	10	71%

**Programma cure odontoiatriche e protesiche.** Il programma è rivolto a persone che si trovano in particolari condizioni di "vulnerabilità sanitaria" (patologie che determinano problemi di natura odontoiatrica) o di "vulnerabilità sociale" (condizioni economiche svantaggiate).

Il Servizio sanitario regionale garantisce cure odontoiatriche e protesi gratuite alle persone con malattie che compromettono l'integrità dei denti, che presentano condizioni (ad esempio persone che devono ricevere un trapianto) in cui il danno ai denti può pregiudicare l'esito dell'intervento, o persone con disabilità che determinano problemi all'apparato dentario. Il programma è stato avviato nel 2005 (DGR 2678/2004) e nel 2008 (DGR 374/2008) è stato ampliato il numero delle persone che hanno diritto alle cure odontoiatriche gratuite (con l'inserimento di persone con gravi disabilità psico-fisiche) ed è stato innalzato il tetto di reddito ISEE che dà diritto alla gratuità delle cure. L'AUSL di Imola, in linea con quanto sviluppato sul territorio regionale, ha dato corso a specifiche azioni per l'attuazione degli indirizzi regionali.

**Tabella 2.46 – Utenti distinti per trattamento nell'AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2014**

ANNO 2014	TOTALE UTENTI		UTENTI NON VULNERABILI		% NON VULNERABILI	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
<b>Conservativa/Endodonzia</b>	1.168	23.673	9	1.861	0,8%	7,9%
<b>Ortodonzia e Trattamenti 0-14</b>	332	7.114	5	535	1,5%	7,5%
<b>Protesica Fissa</b>	3	869	0	58	0,0%	6,7%
<b>Protesica Mobile</b>	207	6.653	1	399	0,5%	6,0%

**Assistenza Primaria.** La Tabella 2.47 sintetizza l'organizzazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) in Nuclei di Cure Primarie che, dal 2012 con il nuovo assetto organizzativo, sono passati da 7 NCP a 5 NCP.

**Tabella 2.47 – Indicatori di accessibilità, associazionismo e di attività dei MMG. Periodo 2012-2014**

Assistenza primaria associazionismo e accessibilità	2012	%	2013	%	2014	%
<b>TOTALE MMG</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>
organizzati in forma associativa	94	97%	90	95%	89	95%
(di cui) in gruppo	67	69%	67	71%	62	66%
(di cui) in rete	27	28%	23	24%	26	28%
<b>Nuclei Cure Primarie</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 84 ore (12h/7gg) ed infermieristica sett di 50 ore su 6 giorni	2	40%	2	40%	2	40%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 60 ore (12h/5gg) ed infermieristica sett di 25/50 ore su 5/6 giorni	2	40%	2	40%	2	40%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 50 ore (10h/5gg) ed infermieristica sett di 30 ore su 6 giorni	1	20%	1	20%	1	20%
<b>MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg)</b>	<b>37</b>	<b>38%</b>	<b>36</b>	<b>38%</b>	<b>37</b>	<b>39%</b>
<b>MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 60 ore (12h/5gg)</b>	<b>29</b>	<b>30%</b>	<b>29</b>	<b>31%</b>	<b>40</b>	<b>43%</b>
<b>MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 50 ore (10h/5gg)</b>	<b>6</b>	<b>6%</b>	<b>6</b>	<b>6%</b>	<b>6</b>	<b>6%</b>

**Assistenza Farmaceutica.** In Tabella 2.48 si riporta il valore economico totale e pro-capite riferito alla spesa farmaceutica territoriale, a confronto con i valori medi regionali. Anche nel 2014 la spesa pro-capite si mantiene al di sotto del valore medio regionale, confermando il contenimento della spesa rispetto al 2012.

**Tabella 2.48 – Spesa farmaceutica territoriale delle AUSL RER. Periodo 2012-2014**

Assistenza farmaceutica territoriale	Spesa farmaceutica territoriale - 2012	Spesa farmaceutica territoriale - 2013	Spesa farmaceutica territoriale - 2014	Spesa pesata procapite 2012	Spesa pesata procapite 2013	Spesa pesata procapite 2014	Var % spesa 2013 - 2014	Var % spesa pro capite 2013 - 2014
<b>AUSL Imola</b>	€ 24.024.683	€ 23.384.885	€ 23.462.060	€ 180,31	€ 174,48	€ 175,72	0,3%	0,7%
<b>RER</b>	€ 822.820.704	€ 795.990.090	€ 789.560.414	€ 184,52	€ 178,03	€ 177,32	-0,8%	-0,4%

In Tabella 2.49 viene riportata l'incidenza delle varie tipologie (convenzionata, a distribuzione diretta, ospedaliera) di cui si compone la spesa farmaceutica complessiva.

**Tabella 2.49 – Incidenza delle tipologie di spesa farmaceutica nelle AUSL RER. Anno 2014**

Spesa farmaceutica Anno 2014	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
<b>AUSL Imola</b>	€ 17.543.448	51,7%	€ 5.918.612	17,4%	€ 4.474.082	13,2%	€ 6.007.376	17,7%	€ 33.943.518
<b>Regione</b>	€ 538.833.087	42,7%	€ 250.727.327	19,9%	€ 202.641.728	16,1%	€ 268.942.274	21,3%	€ 1.261.144.416

FONTE: la spesa convenzionata è tratta dal flusso economico-finanziario gestito dal Servizio Politica del Farmaco; la spesa per erogazione diretta e la spesa ospedaliera sono tratte dal flusso AFO



**Assistenza Specialistica.** L'analisi dei consumi di prestazioni viene presentata per raggruppamenti specialistici: diagnostica, laboratorio, riabilitative, terapeutiche e visite ambulatoriali. L'indice di consumo è il rapporto tra il numero delle prestazioni ambulatoriali consumate dai residenti e la popolazione residente nella medesima area (Distretto, AUSL, Regione) per 1.000 abitanti. Esprime, quindi, genericamente le prestazioni consumate per unità di popolazione. La popolazione è quella residente al 01.01.2014. In tabella si riporta l'indice di consumo "standardizzato", per la confrontabilità col livello regionale.

**Tabella 2.50 – Tasso di consumo standardizzato per macro categorie di Specialistica dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2012-2014**

Tasso di consumo standardizzato per 1.000 ab. (*)	2012			2013			2014		
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER
Diagnostica	1.377	1.465	-6,0%	1.333	1.398	-4,6%	1.201	1.373	-12,6%
Laboratorio	9.481	10.753	-11,8%	9.556	10.044	-4,9%	9.961	10.033	-0,7%
Riabilitative	374	413	-9,4%	354	404	-12,4%	281	348	-19,1%
Terapeutiche	515	457	12,7%	538	441	22,0%	560	430	30,2%
Visite ambulatoriali	1.239	1.356	-8,6%	1.199	1.329	-9,8%	1.033	1.166	-11,3%
Totale (senza LAB)	n.d.	n.d.	n.d.	3.409	3.531	-3,5%	n.d.	n.d.	n.d.

(\*) Sono esclusi PS ed OBI

Le prestazioni di **specialistica ambulatoriale per esterni**, erogate dalle strutture dell'azienda, presentano complessivamente un incremento pari a +3,4% (2.024.440 prestazioni nel 2014 vs 1.957.834 prestazioni nel 2013). L'incremento di accessi al Pronto soccorso incide sulla produzione complessiva del 13,5% (241.155 prestazioni nel 2014 vs 212.501 nel 2013), in particolare con effetto su Laboratorio Analisi (28,3%), Radiologia (6,10%), Ostetricia-Ginecologia (6,5%) e Ortopedia (2,9%). Al netto dell'attività riconducibile al Pronto Soccorso, si osserva un incremento pari a +2,17% (1.783.285 prestazioni nel 2014 vs 1.745.333 nel 2013).

Concorrono in particolare: il distretto con il Centro per i disturbi cognitivi (+13,5%); il Consultorio Familiare (+8,5%); Laboratorio Analisi (+3,4%) e Anatomia Patologica (+9,7%); Anestesia e Rianimazione (+14%); Pediatria e Nido (+4,3%); in medicina interna: Medicina 1 (+20%) e Medicina 2 (+6,2%); Day Service medico (+10,5%); Nefrologia (+24,7%); Neurologia (+8,4%); Gastroenterologia (+4,5%).

### 2.3.4 Assistenza ospedaliera

**Struttura dell'offerta.** L'AUSL di Imola è dotata di un Presidio Ospedaliero a gestione diretta (Imola - Castel San Pietro Terme) e di un istituto qualificato l'Ospedale di Montecatone *Rehabilitation Institute* (Società a capitale interamente pubblico).

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.

In tale ottica si devono segnalare l'avvio delle due Case della salute di Castel san Pietro Terme (con annesso Ospedale di Comunità) e Medicina.

Nel corso del 2014, secondo le logiche e gli obiettivi sopra rappresentati, si sono realizzate importanti azioni che hanno comportato avanzamenti nel processo di [riorganizzazione della struttura dipartimentale](#) e del Presidio ospedaliero in particolare. Va segnalata la riorganizzazione della dotazione dei Posti Letto ospedalieri per acuti, da una parte a seguito della trasformazione di posti ordinari di lungodegenza in **Posti Letto territoriali – SRCI, (PL 28)** in capo all'**Ospedale di Comunità** presso la Casa della Salute di Castel San Pietro Terme, e dall'altra dall'inclusione della struttura semplice della chirurgia generale di Imola all'interno della struttura complessa di chirurgia generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna. In riferimento a questo ultimo aspetto l'accordo con l'Azienda ospedaliera ha dato corpo ad un'unica unità operativa interaziendale che da un punto di vista strutturale afferisce all'azienda ospedaliera di Bologna, mentre da un punto di vista funzionale opera su due presidi ospedalieri.

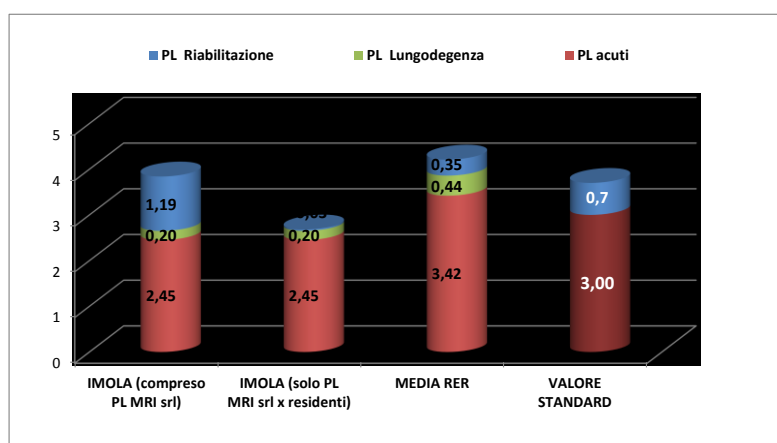
I **PL direttamente gestiti**, al 31.12.2014, sono **353: 317 ordinari; 21 Day Hospital; 15 Day Surgery**. Insiste sullo stesso territorio la struttura ospedaliera monospecialistica di riabilitazione **Montecatone Rehabilitation Institute** che presenta una dotazione di **150 PL** ordinari accreditati e **8 PL di Day Hospital** accreditati.

La Legge 135/2013 detta "*Spending review*" aggiorna l'indicatore PL standard a 3,7 PL per 1.000 abitanti di cui 0,7 per la riabilitazione. A livello regionale la distanza dallo standard è di 0,51.

Per l'AUSL di Imola la dotazione di PL per 1.000 abitanti è pari a 3,85 compresi i PL di Montecatone che si inserisce in una funzione di riabilitazione sovraziendale. La distanza dallo standard è di 0,15. L'indicatore aziendale che, per i PL di riabilitazione, tiene conto solo del fabbisogno per i residenti, risulta pari a 2,69 per 1.000 abitanti, in linea con lo standard regionale.

Figura 2.51 - Posti Letto per tipologia, a confronto con le AUSL senza AO. Periodo 2012-2014

POSTI LETTO	2012				2013				2014			
	PL acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot	PL acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot	PL acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot
IMOLA (compreso PL MRI srl)	2,65	0,39	1,19	4,24	2,64	0,37	1,18	4,19	2,45	0,20	1,19	3,85
IMOLA (solo PL MRI srl x residenti)	2,65	0,39	0,08	3,12	2,64	0,37	0,08	3,09	2,45	0,20	0,03	2,69
MEDIA RER	3,62	0,50	0,36	4,48	3,44	0,46	0,35	4,25	3,42	0,44	0,35	4,21



Fonte - Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13) e Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

**Indice di dipendenza.** L'AUSL di Imola mantiene un buon grado di attrazione da parte delle proprie strutture ospedaliere, in linea con la media regionale e con una propensione all'attrazione intraregionale.

**Tabella 2.52 - Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle AUSL e confronto RER. Periodo 2012-2014**

INDICE DIPENDENZA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DALLA POPOLAZIONE	2012			2013			2014		
	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero
IMOLA	74,1	16,4	9,5	73,7	16,1	10,3	73,6	17,0	9,4
<b>MEDIA RER</b>	<b>75,8</b>	<b>10,0</b>	<b>14,2</b>	<b>75,5</b>	<b>10,0</b>	<b>14,5</b>	<b>78,8</b>	<b>6,5</b>	<b>14,8</b>

FONTE SDO: Esclusi i neonati sani

**Tasso standardizzato di ospedalizzazione.** Il tasso d'ospedalizzazione è un indicatore che mette in correlazione il numero delle dimissioni osservate in un determinato territorio con le dimensioni della popolazione residente. Il tasso d'ospedalizzazione specifico si riferisce ad una specifica classe d'età e/o ad una specifica patologia. Il tasso d'ospedalizzazione standardizzato (TOS) viene calcolato in modo da uniformare le popolazioni in esame dal punto di vista della composizione per classi d'età. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 abitanti viene rappresentato per tipo presidio (Pubblico RER, Privato RER e mobilità extraregionale) e tipo DRG (medico e chirurgico). Il valore totale aziendale risulta in linea con il valore medio regionale.

**Tabella 2.53 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tipo presidio e DRG. Anno 2014**

Tasso standardizzato di ospedalizzazione	Pubblico			Privato			Mobilità passiva extraregionale			Totale		
	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale	DRG Chirurgico	DRG Medico	Totale
IMOLA	55,5	76,3	131,8	10,4	2,2	12,6	2,8	2,4	5,2	68,7	80,9	149,6
<b>Media RER</b>	<b>50,8</b>	<b>71,1</b>	<b>121,9</b>	<b>11,2</b>	<b>8,6</b>	<b>19,8</b>	<b>5,3</b>	<b>4,3</b>	<b>9,6</b>	<b>67,3</b>	<b>84,0</b>	<b>151,3</b>

FONTE SDO: consolidato con mobilità passiva 2013. Esclusi i neonati sani

**Attività di degenza ospedaliera.** L'attività di degenza nel 2014 (dati SDO), presenta un decremento di casi trattati pari a -4,0% (-564 casi), rispetto all'anno precedente.

**Tabella 2.54 - Indicatori di attività di degenza ordinaria. Periodo 2012-2014**

DEGENZA OSPEDALIERA	2012	2013	2014	Scost. 2013-2014	
				v.a.	%
Posti Letto	404	401	353	-48	-12,0%
N° casi (escluso Nido e Montecatone)	13.883	14.193	13.629	-564	-4,0%
<i>di cui DRG Medici</i>	8.399	8.609	8.395	-214	-2,5%
<i>di cui DRG Chirurgici</i>	5.484	5.584	5.234	-350	-6,3%
DRG Peso medio	1,05	1,04	1,05	0,01	0,01
Degenza media	8,28	8,30	7,94	-0,36	-0,04
<i>% DRG Medici</i>	60,5%	60,7%	61,6%		
<i>% DRG Chirurgici</i>	39,5%	39,3%	38,4%		

In riferimento al decremento dei DRG medici (-2,5%), il confronto con il 2013 deve tenere conto della riqualificazione di 40 Posti Letto di Lungodegenza ospedalieri in Posti Letto Territoriali afferenti all'Ospedale di Comunità, avviata nel corso del 2014.

Per l'area chirurgica si evidenzia, a fronte del decremento (DRG chirurgici: -6,3%), un aumento significativo degli interventi in regime di day surgery (+5%) ed ambulatoriale complessa (+6,4%), con particolare riferimento all'Unità operativa di Oculistica (fonte dati: Registro Operatorio).

**Mobilità passiva infra-RER.** La mobilità passiva infra-RER riferita al periodo gennaio-dicembre 2014, registra un decremento di -2% (- 139 casi) rispetto al 2013. La diminuzione dei casi di mobilità passiva si riscontra su tutto il contesto infra regionale: verso il territorio dell'AUSL di Bologna (-2%), verso l'AOSP Universitaria di Bologna (-3%) e verso l'AUSL della Romagna (-2%). L'ambito pubblico sostanzia il decremento con una diminuzione del -6% (-262 casi), mentre sul versante privato si osserva un incremento del +7% (+84 casi) relativo in particolare alle discipline di Ortopedia e Cardiologia. Il decremento complessivo della mobilità passiva di degenza presenta a livello delle singole discipline le seguenti dinamiche:

- Ostetricia Ginecologia: -5% (-33 casi)
- Medicina Generale: -15% (-61 casi)
- Nefrologia: -34% (-11 casi)
- Neurologia: -40% (-22 casi)
- Pediatria Nido: -12% (-28 casi)
- ORL: -25% (-100 casi)
- Urologia: -6% (-16 casi)
- Oculistica: -26% (-34 casi)
- Pneumologia: -28% (-27 casi)

Tra le discipline che presentano un incremento della modalità passiva si osservano le sopra richiamate aree di Ortopedia (+4% pari a +51 casi), Cardiologia (+18%; +45 casi), Geriatria (+22%; +7 casi), Oncologia (+6%; +17 casi). Tra le discipline non presenti in azienda si osserva in particolare l'incremento della cardiocirurgia del 41% (+ 43 casi). A completamento si riporta, la mobilità passiva e l'indice di dipendenza (residenti dimessi su totale dimessi) per livello dipartimentale e i casi di mobilità passiva per le discipline non presenti.

**Tabella 2.55 - Mobilità passiva ed indice di dipendenza popolazione residente per Dipartimenti. Anni 2013 e 2014**

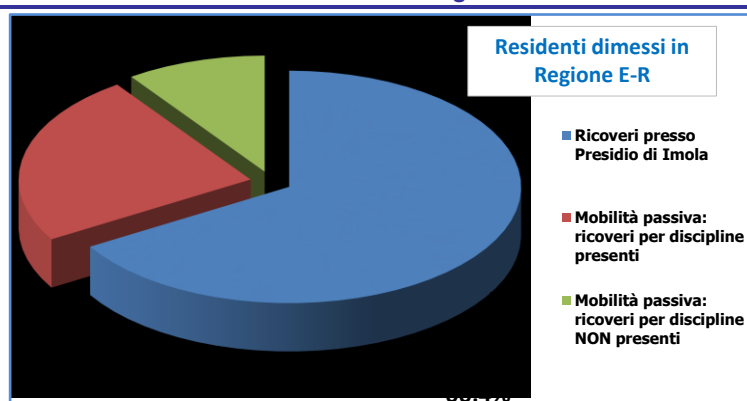
Dipartimenti ospedalieri	Dimessi (Degenza ordinaria + DH)						indice di dipendenza	
	2013			2014			2014	
	Totale dimessi	di cui residenti Ausl Imola	mobilità passiva	Totale dimessi	di cui residenti Ausl Imola	mobilità passiva	% mobilità passiva	% residenti Ausl Imola su totale dimessi
DIP Chirurgico	5.459	3.714	2.553	5.377	3.705	2.451	39,8%	68,9%
DIP Medico	5.087	4.456	901	5.011	4.338	864	16,6%	86,6%
DIP Emergenza Accettazione	2.366	2.051	351	2.135	1.869	415	18,2%	87,5%
DIP Materno Infantile	3.488	2.783	817	3.311	2.708	800	22,8%	81,8%
<b>TOTALE</b>	<b>16.400</b>	<b>13.004</b>	<b>4.622</b>	<b>15.834</b>	<b>12.620</b>	<b>4.530</b>	<b>26,4%</b>	<b>79,7%</b>

Tabella 2.56 - Mobilità passiva per discipline NON presenti nel presidio. Anni 2013 e 2014

Discipline NON presenti nel Presidio	numero dimessi	
	2013	2014
cardiochirurgia	104	147
neurochirurgia	193	200
ematologia	119	111
chirurgia vascolare	118	186
chirurgia toracica	74	74
chirurgia pediatrica	141	139
neonatologia	68	53
pneumologia	96	72
radioterapia oncologica	53	39
chirurgia maxillofaciale	83	106
oncoematologia pediatrica	43	46
riabilitazione	157	131
altro	572	552
<b>TOTALE</b>	<b>1.821</b>	<b>1.856</b>

Per concludere, nel Grafico 2.57, si propone la distribuzione della produzione di assistenza ospedaliera a favore dei cittadini residenti, ripartita tra ricoveri presso il Presidio ospedaliero imolese e ricoveri effettuati in altre strutture regionali, distinti per discipline presenti e non presenti.

Grafico 2.57 - Distribuzione ricoveri in ambito regionale residenti imolesi. Anno 2014



**Mobilità attiva infra-RER.** Rispetto al 2013, si rileva complessivamente, per il periodo gennaio-dicembre 2014, una diminuzione dei ricoveri pari a -5% (-164 casi) e del relativo valore DRG -3% (circa € -285.000). Sotto il profilo delle discipline il trend di decremento si osserva per Urologia (-15% pari a -45 casi), ORL (-7%; -31 casi), Ostetricia-Ginecologia (-15%; -72 casi), Nido (-16%; -26 casi), Ortopedia (-6%; -23 casi), Chirurgia generale (-14%; -40 casi). L'incremento della mobilità attiva riguarda le discipline di Psichiatria (+54% pari a +15 casi), Oculistica (+21%; +63 casi), Medicina generale (+13%; +32 casi), Geriatria (+23%; +11 casi) e Nefrologia con + 8 casi.

**Tempi di attesa interventi programmati.** In Tabella 2.58 si presentano gli indici sui [tempi di attesa](#) per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale a confronto con il 2013. Per l'area oncologica vengono riportati gli standard regionali ai quali tendere.

Tabella 2.58 - Tempi di attesa per intervento programmato dell'AUSL di Imola. Periodo 2013-2014

AREA ONCOLOGICA		Standard	Attesa mediana	Indice di performance tempi di attesa						
				0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
CHEMIOTERAPIA (DH)	2013	= 100% 1-30 gg	1	12,4	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	0,2
	2014		3	8,6	99,6	99,8	99,8	99,8		
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	2013	= 100% 1-30 gg	18	0	91,7	100				
	2014		25	0	75	87,5	100			
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	2013	= 100% 1-30 gg	19	0	83,8	94,6	97,3	100		
	2014		21,5	0	80,8	92,3	100			
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	2013	= 100% 1-30 gg	47	0	22,5	68,8	96,3	100		
	2014		60	0	7,5	50	83,8	95	97,5	2,5
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (r. ordinario)	2013	= 100% 1-30 gg	20	0	78,6	96,4	100			
	2014		26	0	60	97,1	100			
ALTRE AREE		Standard	Attesa mediana	Indice di performance tempi di attesa						
				0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	2013	non definito	24,5	2,9	55,9	83,8	91,2	91,2	95,6	4,4
	2014		23,5	4,2	60,3	83,8	94,1	97,1	98,5	1,5
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	2013	≥ 50% 1-90 gg	110,5	0	9,4	22,5	37,5	53,8	90,0	10,0
	2014	≥ 90% 1-180 gg	112,0	0,6	13,4	26,8	37,6	58,6	84,7	15,3
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	2013	non definito	128,0	0	6,9	17,2	44,8	48,3	69,0	31,0
	2014		229,0	0	0	0,0	0,0	13,3	26,7	73,3
EMORROIDECTOMIA (DH)	2013	non definito	144,0	0	7,0	28,1	31,6	43,9	64,9	35,1
	2014		135,0	0	10,9	28,3	37,0	41,3	80,4	19,6
BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO (DH)	2013	non definito		100						
	2014			100						
TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	2013	non definito	63,5	0	21,7	47,6	68,7	81,9	94,6	5,4
	2014		61,0	0	13,5	49,1	76,0	90,1	98,2	1,8
INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinari)	2013	non definito	15,0	6,3	100,0					
	2014		19,5	0	63	100				

FONTE SDO: 2014 consolidato senza mobilità passiva

**Pronto Soccorso e OBI.** In riferimento all'attività del Pronto Soccorso si registra un incremento complessivo degli accessi pari a +2%: 940 accessi in più rispetto al 2013. In particolare si rileva l'incremento del PS Generale con un +2% (+533 accessi) e del PS Ortopedico pari a +5% (+334 accessi). Si riporta, inoltre, da fonte banca dati PS regionale, il tasso di accessi per 1.000 abitanti (residenti al 1/1/2014) per gravità del paziente a confronto con il tasso regionale.

Tabelle 2.59 - Accessi al PS per box e tasso accessi per 1.000 ab. e gravità del paziente a confronto RER. Periodo 2012-2014

Box Pronto Soccorso	2012	2013	2014	Scost. v.a. 2012-2013	Scost. % 2012-2013
PS GENERALE	36.280	35.436	35.969	533	2%
MEDICINA D'URGENZA		43	67	24	56%
PS ORTOPEDICO	6.448	6.281	6.615	334	5%
PS OCULISTICO	2.941	3.109	3.171	62	2%
PS PEDIATRICO	5.694	5.741	5.770	29	1%
PS GINECOLOGICO	4.036	4.075	4.033	-42	-1%
<b>Totale</b>	<b>55.399</b>	<b>54.685</b>	<b>55.625</b>	<b>940</b>	<b>2%</b>

FONTE DWH aziendale

Tasso di accessi x 1000 abitanti	Paziente non urgente	Paziente urgente differibile	Paziente acuto	Paziente critico	Non rilevabile	Totale
Ausl Imola	64,4	251,9	72,6	4,5	13,6	407,0
<b>Totale Regione</b>	<b>66,2</b>	<b>234,5</b>	<b>68,3</b>	<b>5,8</b>	<b>8,5</b>	<b>383,3</b>

In Tabella 2.60 si riporta l'indice di filtro nel triennio, cioè il rapporto percentuale tra gli accessi in PS e i ricoveri. Rispetto al 2013 si registra un calo dell'indice di filtro pari a 0,7%.

**Tabella 2.60 - Filtro al ricovero del PS negli ambiti aziendali RER. Anni 2012-2014**

INDICE DI FILTRO	2012	2013	2014
	% ricoveri / accessi	% ricoveri / accessi	% ricoveri / accessi
<b>Ausl Imola</b>	<b>16,7%</b>	<b>17,1%</b>	<b>16,4%</b>
<b>Totale Regione</b>	<b>15,2%</b>	<b>15,2%</b>	<b>14,7%</b>

A conclusione si presenta la distribuzione degli accessi per codice colore a confronto con la distribuzione regionale.

**Tabella 2.61 - Distribuzione accessi al PS per codice colore a confronto RER. Anno 2014**

AUSL IMOLA	Bianco	Giallo	Verde	Rosso	Totale
<b>Val. assoluti</b>	9.523	13.151	30.947	1.508	<b>55.129</b>
<b>%</b>	17,3%	23,9%	56,1%	2,7%	100%
AUSL RER	Bianco	Giallo	Verde	Rosso	Totale
<b>Val. assoluti</b>	262.264	332.498	1.233.230	33.885	<b>1.861.877</b>
<b>%</b>	14,1%	17,9%	66,2%	1,8%	100%

Le Osservazioni Brevi Intensive registrano un incremento complessivo del 7% (+303 casi), usufruendo dell'incremento dei posti letto dedicati. In sostanziale mantenimento le Osservazioni Brevi-Pediatria con un decremento del -1% (-6 casi).

**Tabella 2.62 - Accessi in OBI sul totale accessi in PS a confronto RER. Periodo 2012 - 2014**

Accessi in OBI	2012		2013		2014	
	accessi OBI	% su accessi totali	accessi OBI	% su accessi totali	accessi OBI	% su accessi totali
<b>IMOLA</b>	<b>3.730</b>	<b>6,7%</b>	<b>3.713</b>	<b>6,8%</b>	<b>3.692</b>	<b>6,7%</b>
<b>RER</b>	<b>80.364</b>	<b>4,4%</b>	<b>84.028</b>	<b>4,6%</b>	<b>86.532</b>	<b>4,6%</b>

**Donazione sangue e attività trasfusionale.** Nel 2014, sono state raccolte oltre 12.500 unità di sangue intero e di plasma da aferesi che, rapportate alla popolazione residente, corrispondono a circa 96 unità ad uso trasfusionale ogni 1.000 abitanti. Questi dati, seppur complessivamente brillanti, confermano un trend in diminuzione, generalizzato a livello regionale, ma che comunque confermano la struttura di raccolta di Imola ai vertici nazionali per efficienza nella raccolta di sangue.

Tabelle 2.63 – Programma Sangue nelle Provincie RER e nell’AUSL di Imola. Anni 2013 e 2014

Programma speciale sangue	2013			2014		
	raccolta	consumi	saldo	raccolta	consumi	saldo
Piacenza	13.924	12.528	1.396	13.606	11.731	1.875
Parma	28.212	26.704	1.508	26.097	25.073	1.024
Reggio Emilia	20.196	19.756	440	19.543	17.877	1.666
Modena	35.368	34.035	1.333	34.826	32.588	2.238
Bologna (*)	57.036	64.545	-7.509	51.964	61.609	-9.645
<b>di cui Imola</b>	<b>13.241</b>	<b>5.687</b>	<b>7.554</b>	<b>12.582</b>	<b>4.902</b>	<b>7.680</b>
Ferrara	21.794	23.088	-1.294	21.064	22.445	-1.381
Area vasta Romagna (**)	57.929	53.873	4.056	54.739	50.724	4.015
<b>TOTALE</b>	<b>234.459</b>	<b>234.529</b>	<b>-70</b>	<b>221.839</b>	<b>222.047</b>	<b>-208</b>

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

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

Il Centro Raccolta Sangue dell’AUSL di Imola garantisce, infatti, circa il 25% del sangue della Provincia di Bologna e raccoglie due volte e mezzo in più rispetto al proprio fabbisogno, contribuendo, in misura significativa, all’autosufficienza di emocomponenti sia della nostra Provincia che della nostra Regione. Oltre all’attività di raccolta sui donatori volontari, il Servizio Trasfusionale svolge un rilevante ruolo istituzionale nell’ambito della Medicina Trasfusionale e nella Immunoematologia trasfusionale per il territorio di competenza.

In particolare, il settore Raccolta Sangue e Plasma, nel 2014, ha accolto oltre 6.500 donatori di sangue e plasma su una popolazione di riferimento di circa 130.000 abitanti, pari a 50 donatori per 1.000 abitanti, rispetto ad una media nazionale di circa il 31 e di 42 nella nostra regione.

Tabelle 2.64 – Programma Sangue: indicatori di efficienza. Anno 2014

Media per 1.000 abitanti	IMOLA	RER	ITALIA	STANDARD OMS
<b>DONATORI</b>	50	42	31	40
<b>DONAZIONI</b>	96	59	41	40
<b>TRASFUSIONI</b>	39	59	42	40
Efficienza	IMOLA	RER	ITALIA	OMS
<b>UNITA' RACCOLTE / UNITA' DI ORGANICO DEDICATO</b>	1.100	N.R.	N.R.	500



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

**Tabelle 2.65 – Qualità dell'assistenza: indicatori di processo e risultato dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2012 - 2014**

1 - Intervento chirurgico per frattura collo del femore	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero	109	3.691	166	4.187	194	4.620
Totale ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	240	6.648	219	6.598	221	6.750
<b>% interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero</b>	<b>45,4%</b>	<b>55,5%</b>	<b>75,8%</b>	<b>63,5%</b>	<b>87,8%</b>	<b>68,4%</b>
2 - Parti con taglio cesareo primario	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro parti con taglio cesareo primario di donne residenti in Regione	159	6.835	188	6.819	172	6.136
Totale parti di donne residenti	922	34.485	908	33.407	843	32.311
<b>% parti con taglio cesareo primario</b>	<b>17,2%</b>	<b>19,8%</b>	<b>20,7%</b>	<b>20,4%</b>	<b>20,4%</b>	<b>19,0%</b>
3 - Intervento di colecistectomia laparoscopica	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	28	4.897	30	5.093	17	5.226
Totale ricoveri con intervento di colecistectomia	31	5.322	33	5.533	17	5.588
<b>% ricoveri con intervento di colecistectomia</b>	<b>90,3%</b>	<b>92,0%</b>	<b>90,9%</b>	<b>92,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>93,5%</b>
5 - Ricoveri per scompenso cardiaco congestizio	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per scompenso cardiaco congestizio in pazienti residenti di età > 18 anni	323	14.796	350	14.339	372	14.509
Popolazione residente di età > 18 anni residente (2012 - 2013: pop. aggiornata al 2012)	111.359	3.758.863	111.359	3.758.863	111.209	3.741.931
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio (*10.000 residenti)</b>	<b>29,0</b>	<b>39,4</b>	<b>31,4</b>	<b>38,1</b>	<b>33,5</b>	<b>38,8</b>
6.1 - Diabete con complicazioni a breve termine	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per complicanze a breve termine per diabete in pazienti residenti di età > 18 anni	47	1.352	35	1.227	19	1.173
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	111.378	3.759.836	111.378	3.759.836	111.244	3.743.064
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici (*10.000 residenti)</b>	<b>4,22</b>	<b>3,60</b>	<b>3,14</b>	<b>3,26</b>	<b>1,71</b>	<b>3,13</b>
6.2 - Diabete con complicazioni a lungo termine	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per complicanze a lungo termine per diabete in pazienti residenti di età > 18 anni	165	8.634	146	8.400	180	7.845
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	111.378	3.759.836	111.378	3.759.863	111.244	3.743.064
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici (* 10.000 residenti)</b>	<b>14,81</b>	<b>22,96</b>	<b>13,11</b>	<b>22,34</b>	<b>16,18</b>	<b>20,96</b>
7 - Ricoveri per amputazione arti inferiori in pazienti diabetici	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici residenti di età > 18 anni	14	329	17	299	14	332
Popolazione residente di età > 18 anni residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	111.359	3.758.863	111.359	3.758.863	111.209	3.741.931
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici (*10.000 residenti)</b>	<b>1,3</b>	<b>0,9</b>	<b>1,5</b>	<b>0,8</b>	<b>1,3</b>	<b>0,9</b>

8 - Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per polmonite e influenza in pazienti residenti di età > 65 anni	18	528	8	713	9	637
Popolazione residente di età > 65 anni (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	30.378	1.017.080	30.378	1.017.080	31.292	1.042.532
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite e influenza in pazienti anziani (*10.000 residenti)</b>	<b>5,93</b>	<b>5,19</b>	<b>2,63</b>	<b>7,01</b>	<b>2,88</b>	<b>6,11</b>
9 - Ospedalizzazione per cause "evitabili"	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri "evitabili" di pazienti residenti (in diagnosi principale: diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, malattie polmonari croniche)	349	16.462	393	16.147	376	15.561
Popolazione residente (Popolazione 2013 aggiornata al 2012)	133.408	4.471.104	133.408	4.471.104	133.302	4.457.115
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause "evitabili" (*10.000 residenti)</b>	<b>26,2</b>	<b>36,8</b>	<b>29,5</b>	<b>36,1</b>	<b>28,2</b>	<b>34,9</b>
10 - Ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri entro 15 giorni dalla dimissione del ricovero indice con proposta "urgente" (stessa MDC del ricovero indice e stessa struttura)	234	5.478	224	5.430	217	5.447
Totale ricoveri pazienti residenti in Regione	10.772	413.158	10.965	405.031	10.266	398.871
<b>% ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione</b>	<b>2,2%</b>	<b>1,3%</b>	<b>2,0%</b>	<b>1,3%</b>	<b>2,1%</b>	<b>1,4%</b>
11.2 - Mortalità entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI per Azienda Sanitaria di ricovero	2012		2013		2014	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
<b>% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI per azienda sanitaria di ricovero</b>	<b>6,4%</b>	<b>5,0%</b>	<b>4,2%</b>	<b>5,0%</b>	<b>3,9%</b>	<b>5,3%</b>
12 - Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per stroke per azienda sanitaria di ricovero (*)	2011		2012		2013	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro pazienti residenti di età > =18 anni, deceduti entro 30 giorni a seguito di un ricovero in urgenza per stroke	44	1.644	52	1.710	53	1.626
Totale ricoveri in urgenza per stroke di pazienti residenti di età > =18 anni	264	9.404	263	9.305	276	9.242
<b>% decessi entro 30 giorni dopo ricovero in urgenza per stroke</b>	<b>16,7%</b>	<b>17,5%</b>	<b>19,8%</b>	<b>18,4%</b>	<b>19,2%</b>	<b>17,6%</b>

(\*) Indicatore aggiornato al 2013

### 2.3 Assetto organizzativo

L'AUSL di Imola ha portato progressivamente a compimento, nel corso degli ultimi cinque anni, l'attuazione del Piano Strategico e Attuativo Locale 2010-2013. Nel 2014 ha avviato il processo per la definizione del nuovo Piano Strategico e Attuativo Locale che vedrà il suo completamento nel 2015, anticipando l'attuazione del nuovo assetto dipartimentale.

Il nuovo disegno ristruttura l'organizzazione aziendale con un assetto dipartimentale maggiormente omogeneo e con dimensioni idonee a consentire l'efficienza allocativa del sistema in una logica di rete, che consente l'attivazione di processi di sussidiarietà tra i diversi soggetti. Nell'ambito del nuovo assetto, particolare rilevanza assume l'attivazione di specifici Programmi interaziendali o a valenza interdipartimentale, quali soluzioni organizzative che garantiscono l'unitarietà della programmazione su percorsi e aree di intervento che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse. Il nuovo impianto, pertanto, integra l'organizzazione dipartimentale di tipo verticale con una contestuale organizzazione orizzontale, su ambiti specifici, idonea a garantire una logica di lavoro intersettoriale e interdisciplinare. Il 2015 sarà orientato allo

sviluppo delle sinergie derivanti dal nuovo assetto dipartimentale e allo sviluppo di interventi sotto il profilo dell'integrazione funzionale e dell'interazione nell'ambito dell'Area Metropolitana e dell'Area Vasta di appartenenza. Trovano altresì collocazione obiettivi di attuazione operativa derivanti da sviluppi progettuali, in termini di percorsi e protocolli avviati nel corso del 2014.

**Nuovo assetto dipartimentale.** Con deliberazione n. 192 del 23.12.2014 è stato formalizzato il nuovo assetto dipartimentale dell'azienda che, a decorrere dall'1.1.2015, vede l'individuazione dei seguenti **Dipartimenti** così definiti:

- **Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA)**
- **Dipartimento Medico-Oncologico (DiMO)**
- **Dipartimento Chirurgico (DiC)**
- **Dipartimento Cure Primarie (DCP)**
- **Dipartimento Sanità Pubblica (DSP)**
- **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)**
- **Dipartimento Amministrativo e Tecnico (DAT).**

L'organizzazione strutturale dei Dipartimenti interagisce con le **aree funzionali**:

- **Case della Salute** in rapporto ai tre Dipartimenti territoriali (DCP, DSP, DSM-DP);
- **Cure Intermedie** in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC) e alla Dipartimento Cure Primarie;
- **Area ambulatoriale, Area Bassa intensità, post – acuzie, riabilitazione, Area Critica** in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC)
- **Blocco Endoscopico** in rapporto al Dipartimento Medico-Oncologico e Dipartimento Chirurgico
- **Blocco Operatorio** in rapporto al Dipartimento Emergenza-Accettazione e Dipartimento Chirurgico.

Il nuovo assetto prevede, altresì, l'istituzione di 2 **Programmi interaziendali**:

- **Programma Reti Cliniche Maternità Infanzia**
- **Programma Reti Cliniche Ortopediche e Traumatologiche**

Si aggiungono i **programmi dipartimentali/interdipartimentali** già attivi:

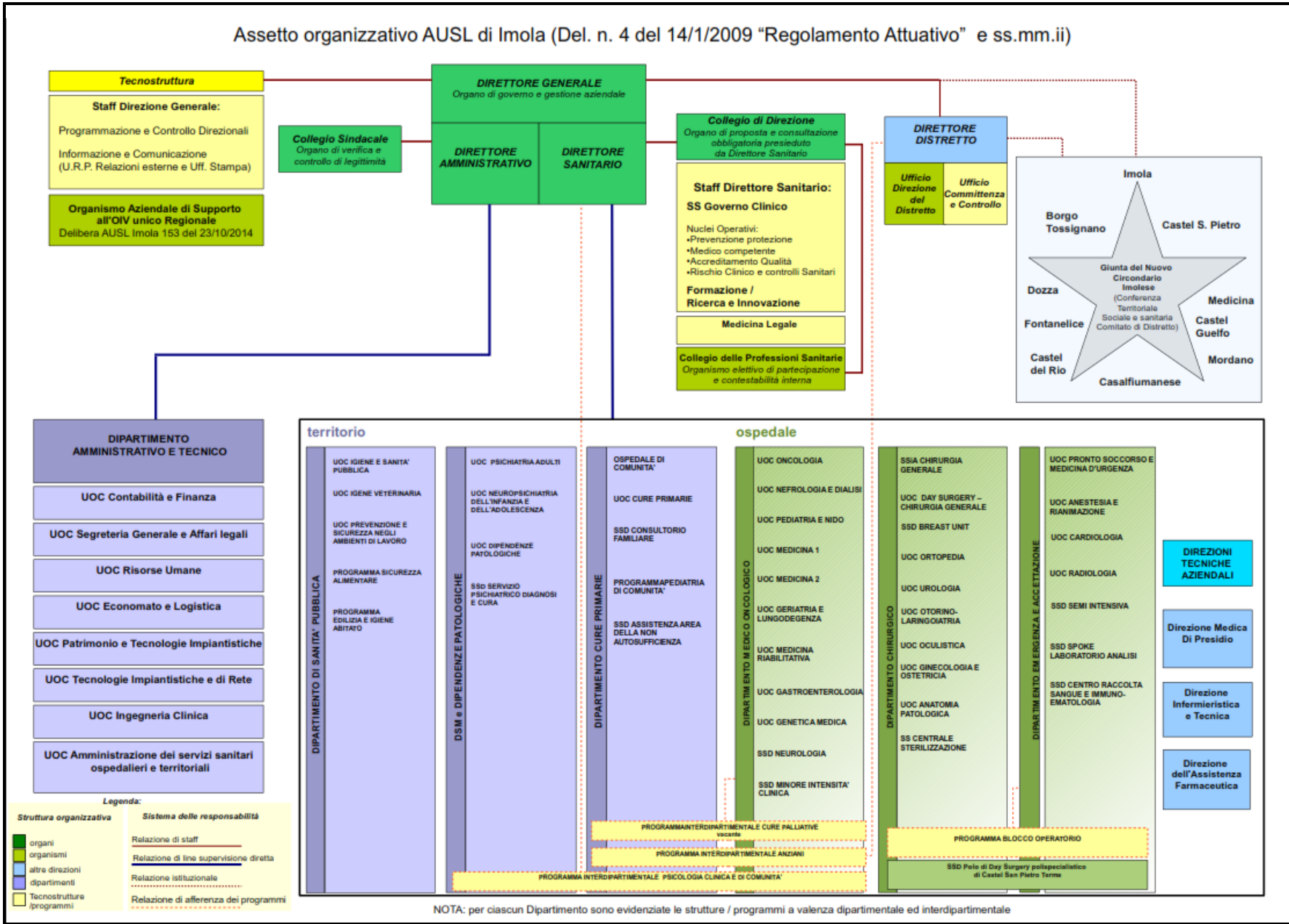
- **Programma Pediatria di Comunità** (afferenza al DCP)
- **Programma Anziani** (afferenza al Distretto)
- **Programma Blocco Operatorio**
- **Programma Sicurezza Alimentare** (afferenza al DSP).
- **Programma Edilizia e Igiene Abitato** in ambito locale e di Area Vasta (afferenza al DSP)
- **Programma Psicologia Clinica e di Comunità** (afferenza al Direttore Sanitario)
- **Programma Alcoologia e raccordo tra Territorio e RTI** (afferenza al DSM).

Il nuovo assetto aziendale si completa con la riorganizzazione delle **Direzioni Tecniche**, che assumono una organizzazione in forma complementare all'assetto dipartimentale, garantendo trasversalità e contributi specifici ai Dipartimenti:

- **Direzione Infermieristica e Tecnica**
- **Direzione Farmacia**
- **Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

In capo alle Direzioni Tecniche, unitamente al contributo per il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali, compete il coordinamento di percorsi e progetti specifici, l'apporto trasversale ai Dipartimenti, il governo di porzioni di Budget trasversali nel rispetto della programmazione aziendale. In particolare, si richiama l'attuazione del nuovo assetto della Direzione Infermieristica e Tecnica e l'implementazione dei ruoli di *case/care management* nell'ambito dei PDTA.

Assetto organizzativo AUSL di Imola (Del. n. 4 del 14/1/2009 "Regolamento Attuativo" e ss.mm.ii)



**Sezione 2 - Sintesi principali indicatori**

INDICATORE/INFO	AUSL IMOLA	REGIONE E-R
<b>SOSTENIBILITA' ECONOMICA</b>		
Finanziamento pro-capite	1.625,23	1.617,31
Costo pro capite ponderato (2013)	€ 1.821,21	€ 1.810,27
Risultato d'esercizio	€ 0	-
Costo pro capite assistenza farmaceutica	€ 175,72	€ 177,32
<b>ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO</b>		
Avanzamento prog. Screening Tumore collo dell'utero	96,6%	98,5%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (45 – 49)	99,5%	96,1%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (50 – 69)	99,3%	97,4%
Avanzamento prog. Screening Tumore mammella (70 – 74)	99,2%	97,4%
Avanzamento prog. Screening Tumore colon retto	90,9%	92,7%
Copertura vaccinale HPV corte nascita 2000 (1 dose; ciclo completo)	85%; 83,1%	78,8%; 75,5%
Copertura vaccinale HPV corte nascita 2001 (1 dose; ciclo completo)	90,5%; 88,2%	77,9%; 73,9%
Ambienti di lavoro: unità controllate	8,8%	10,2%
Aziende alimentari: unità controllate	26,5%	30,8%
Allevamenti: % sopralluoghi per allevamento	2,0%	2,6%
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>		
Anziani (> 74) PL per 1.000 ab. (residenziali; semiresidenziali)	30,9; 3,2	29,4; 5,7
Disabili PL per 1.000 ab. (residenziali; semiresidenziali)	0,26; 0,6	0,57; 1,04
Pazienti seguiti dal DSM	2.305	75.313
TSO su ricoveri SPDC	2,9%	14,2%
Gravissime disabilità prese in carico	38	1.422
Tasso consumo standardizzato Visite ambulatoriali	1.003	1.166
Tasso consumo standardizzato Diagnostica	1.201	1.373
ADI: % Prese in carico ad alta intensità assistenziale	17,5%	10,6%
% MMG organizzati in forma associata	95%	-
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>		
PL pubblico e privato per 1.000 ab.	3,85	4,21
Tasso standardizzato ospedalizzazione per 1.000 ab.	149,6	151,3
Tasso accessi PS per 1.000 ab.	407,0	383,3
Indice filtro ricovero PS	16,4%	14,7%
Degenza media	7,94	-
Peso medio DRG	1,047	-
Accessi OBI su accessi PS	6,7%	4,6%
Parti con taglio cesareo primario	20,4%	19,0%
Intervento chirurgico entro 2 gg frattura collo femore	87,8%	68,4%
Ospedalizzazione per cause evitabili	28,2%	34,9%
Tasso osp. polmonite ed influenza anziani * 10.000 ab.	2,88%	6,11%

## **3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali**

### ***3.1 Partecipazione Enti Locali alla programmazione sanitaria***

#### **3.1.1 La *governance* nei servizi ad integrazione socio-sanitaria**

Per L'AUSL di Imola, coerentemente con gli indirizzi regionali e del PAL, l'integrazione socio-sanitaria costituisce un ambito di intervento di particolare rilevanza strategica su cui si incentrano le politiche del Distretto in stretta collaborazione con gli Enti Locali, per garantire e migliorare la capacità di risposta alla domanda sociosanitaria del territorio.

In particolare, oltre allo sviluppo dei servizi agli anziani, tradizionalmente di grande attenzione da parte dell'azienda, anche altre aree come la disabilità (fisica e psichica), la maternità e l'infanzia sono state oggetto di confronto interno e riprogettazione, aprendo alla comunità locale con un ascolto ai bisogni espressi da pazienti, famiglie e associazioni di volontariato.

Si tratta di ambiti con particolari difficoltà che richiedono risposte sempre più appropriate ed efficaci, attraverso sinergie tra azienda, Enti Locali, privato sociale e volontariato. Nella gestione dei servizi ad alta intensità di integrazione socio-sanitaria, il territorio imolese ha consolidato da diversi anni modalità operative che permettono di far fronte alla domanda in maniera capillare. L'attivazione e la valorizzazione della collaborazione tra istituzioni e le varie espressioni delle comunità locali e di istituzioni a forte capitale sociale ha caratterizzato gli interventi a favore dei cittadini più deboli, seguendo politiche di comunità ampiamente inclusive.

Se l'integrazione istituzionale ha visto il realizzarsi di azioni di programmazione e controllo strategico, la cui responsabilità è posta in capo al Nuovo Circondario Imolese legittimato alla individuazione delle priorità tramite una stretta interdipendenza delle politiche sociali con quelle sanitarie, educative, ambientali, urbanistiche, culturali, ecc., l'integrazione di tipo orizzontale e comunitaria vede il Distretto quale soggetto catalizzatore delle diverse strategie, ambito ottimale per lo sviluppo dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali e per qualificare l'offerta ai mutati bisogni della popolazione.

### ***3.2 Universalità ed equità di accesso***

#### **3.2.1 Il Fondo Regionale per la non Autosufficienza (FRNA)**

L'FRNA, negli ultimi anni, è stato finalizzato allo sviluppo e alla qualificazione della rete integrata dei servizi per renderli più flessibili e prevalentemente centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e su chi vive accanto a loro e se ne prende cura.

Il programma per l'utilizzo del FRNA è contenuto nel programma attuativo del Piano di Zona per la salute ed il benessere sociale. Le priorità individuate hanno riguardato il sostegno diretto ed indiretto alla domiciliarità, con l'obiettivo di potenziare i servizi e supportare le risorse della



persona (rete familiare e comunità) per mantenere quanto più possibile la persona non autosufficiente nel suo contesto di vita. In particolare, si è promosso lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (sanitaria e sociale), la qualificazione delle assistenti familiari (con formazione e consulenza), i servizi di teleassistenza gestiti con il concorso del volontariato, i ricoveri temporanei di sollievo ed il sostegno alle reti formali ed informali di solidarietà sociale.

Si rimanda alla Sezione 2, paragrafo "Sostenibilità economica" per un dettaglio sulla ripartizione della spesa complessiva e al paragrafo successivo per un dettaglio relativo alle aree di intervento con maggior disagio (Anziani, Disabili gravi, Disagio psicologico, ecc.).

#### **3.2.2 Politiche socio-sanitarie per aree con maggior disagio**

Le politiche di intervento definite negli anni, a livello di Nuovo Circondario Imolese, hanno garantito, in momenti di crisi economica, il mantenimento dei livelli assistenziali in coerenza coi bisogni dei cittadini, attraverso il coinvolgimento del privato sociale e un'offerta di servizi adeguata e in linea con gli anni passati.

Con determinazione 403 del 26.08.2014 il Nuovo Circondario Imolese ha approvato gli aggiornamenti ai Contratti di Servizio del 2011 (deliberazione 30 del Nuovo Circondario Imolese) condivisi con i vari gestori dei servizi accreditati di ambito socio-sanitario.

In sede di aggiornamento, come di consueto, sono state apportate modifiche ed integrazioni per quanto riguarda la nuova classificazione degli ospiti (*case mix*), la rideterminazione del costo del lavoro e le variazioni negli elementi di flessibilità.

L'AUSL di Imola ha supportato gli Enti Gestori nella funzione di coordinamento sanitario e di gestione del rischio clinico nelle Case Residenza per Anziani e nelle Residenze Socio Riabilitative per Disabili, nonché per il programma di formazione professionale del personale sanitario.

L'azienda ha, inoltre, provveduto al monitoraggio degli indicatori sanitari definiti nei contratti di servizio e pianificato le modalità di monitoraggio complessivo dei contratti medesimi con il coinvolgimento del Nuovo Circondario Imolese, accompagnando, al contempo, gli Enti Gestori all'accreditamento definitivo.

**ANZIANI. L'assistenza domiciliare**, nel 2014, con un impegno di 46.609 ore, suddivise tra interventi socio assistenziali e socio educativi, ha subito un lieve incremento rispetto al 2013 (+1,07%). Per favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente sono stati erogati 435 assegni di cura a carico del FRNA e del FNA (per una spesa rispettivamente di € 681.116,82 e di € 184.796,50). Si aggiunge, inoltre, l'impegno per una spesa di € 134.597,08 a carico del FNA, relativa al contributo aggiuntivo per le assistenti familiari assunte con regolare contratto (n. 95 contributi). I pasti forniti a domicilio agli anziani non autosufficienti sono stati complessivamente 44.266.

**Assistenza residenziale e semiresidenziale.** I posti residenziali accreditati presenti nel territorio aziendale sono 509. Complessivamente le strutture hanno rendicontate 177.538 giornate per una spesa totale di € 7.021.631,30. L'occupazione media dei posti residenziali risulta del



97,5%. Oltre ai posti di cui sopra, si registrano 8 posti per Ricoveri Temporanei nella Casa Residenza per Anziani Fiorella Baroncini di Imola, dove le giornate di temporaneità, nel 2014, sono state 2.782. I 52 posti semiresidenziali accreditati hanno totalizzato 14.360 giornate di presenza, di cui 2.781 giornate di presenza di ospiti con problemi di disturbo di comportamento.

**L'accoglienza temporanea di sollievo** è stata garantita nel 2014 nella Casa Residenza di Imola (Via Venturini) con n. 1 posto mediamente occupato per tutto l'anno. Sono stati assicurati 505 giorni di accoglienza di sollievo. All'interno dei posti accreditati è stato riproposto il sollievo alle famiglie nei servizi semiresidenziali (Centri Diurni di Imola e Medicina) nelle giornate festive.

A favore degli anziani, inoltre, sono stati realizzati, a carico del FRNA, come previsto nell'allegato 4 della DGR 1206/2007, i seguenti progetti a supporto della domiciliarità: "Progetto spazio di incontro e confronto denominato Caffè Alzheimer", coordinato dall'Associazione Alzheimer, è stato portato avanti a Imola, Castel San Pietro Terme e Toscanella di Dozza e si è realizzato nell'ambito di 118 incontri per un totale di 130 partecipanti; "Progetto Condominio Solidale Imola / Condominio Solidale di Borgo Tossignano / Appartamenti Medicina" con l'obiettivo di garantire un buon livello di protezione sociale e sanitaria attraverso un'azione congiunta dei servizi socio-sanitari, del volontariato e della comunità civile e di promuovere valide relazioni di buon vicinato in una logica di auto-mutuo aiuto tra i condomini e gli altri soggetti della comunità. Il Progetto ha riguardato sia la prosecuzione dell'esperienza del "Condominio Solidale di Imola" che la prosecuzione di analoghe esperienze nei Comuni di Borgo Tossignano e Medicina; il Progetto "Centro A'Marcord", proseguito nel 2014, ha riguardato una media di 10 - 20 anziani presenti giornalmente per un totale di 4.016 giornate di presenza.

**DISABILI.** In riferimento all'assistenza ai **disabili gravissimi**, nel 2014, sono state applicate le "Disposizioni organizzative per l'applicazione delle DGR 2068/2004 e DGR 1762/2011 e successive integrazioni" formalizzate dalla Direzione con deliberazione 182 del 27.12.2103.

L'equipe multiprofessionale aziendale ha effettuato la presa in carico di nuovi 6 utenti a domicilio (di cui 2 affetti da SLA) e di 4 utenti inseriti in residenza. Ha effettuato, inoltre, il rinnovo degli assegni di cura in scadenza ed analizzato tutti i piani assistenziali degli utenti seguiti a domicilio per individuare la sussistenza dei criteri per introdurre un livello più elevato di assegno di cura ai sensi della DGR 1848/2012.

Gli utenti disabili gravissimi che hanno usufruito della residenzialità presso Case Residenza Anziani (CRA) del territorio sono stati 13 più 1 utente "ospitato" presso la Lungodegenza per 365 giorni.

Il totale delle giornate è stato di 3.632. Nel 2014 sono stati, inoltre, erogati assegni di cura a carico dell'FNA a favore di 20 disabili gravissimi.

La DGR 1762/2011 a favore di **persone affette da SLA**, è stata recepita nelle Disposizioni organizzative di cui sopra, formalizzate dall'azienda nella deliberazione 182/2013.

Nel 2014 l'equipe multiprofessionale ha valutato e predisposto un piano assistenziale per 11 persone affette da SLA. Sono stati erogati assegni di cura a carico del FNA/SLA a favore di 7 pazienti con diagnosi specifica, ed anche un assegno di cura per un collaboratore familiare.

Sempre a carico del FNA, finanziamento specifico per utenti affetti da SLA, la spesa effettuata per l'acquisto di particolari ausili è stata di € 101.446,43. Le ore di assistenza domiciliare di tipo socio assistenziale per gli utenti SLA sono state, nel 2014, complessivamente 736,14.

Nell'ambito dello sviluppo della **rete per disabili adulti** (DGR 1230/08) la Giunta del Circondario Imolese ha approvato (Delibera 28 del 7/05/2014 e Delibera 66 del 5/11/2014) la programmazione degli interventi e dei servizi per l'anno 2014.

Nei centri socio-occupazionali sono stati inseriti 62 utenti per un totale di 12.769 giornate. Nelle strutture residenziali di livello alto sono stati ospitati 17 utenti per un totale di 6.201 giornate, più 4 sollievi per un totale di 60 giornate; in quelle di livello medio (comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette) sono stati ospitati 61 utenti per un totale di 18.602 giornate.

Nei centri socio-riabilitativi diurni sono stati ospitati 37 utenti per un totale di 8.609 giornate.

Le ore di assistenza domiciliare di tipo socio-educativa, socio-assistenziale prestate nel 2014 ammontano a complessive 21.534. L'attività dell'unità di valutazione multidimensionale di ambito distrettuale per l'area disabili, ha provveduto a valutare tutti i nuovi inserimenti utilizzando la scheda di rilevazione dei bisogni proposta dalla Regione. Sono stati valutati 95 utenti ed effettuate 126 sedute della Commissione UVM disabili adulti. Nel 2014 sono stati, inoltre, erogati assegni di cura a 33 assistiti portatori di handicap grave (L. 104/92) a carico dell'FNA.

**DISAGIO PSICHICO.** Nell'ambito di un ampio progetto di rimodulazione dell'assistenza residenziale del **Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze patologiche** sono state recepite e applicate a livello locale le Deliberazioni di Giunta Regionale:

- DGR 1830/2013 "Nuovi requisiti specifici residenze psichiatriche" (che sostituiscono i requisiti di accreditamento della 327/2004);
- DGR 1831/2013 "Accordo con Legacoop e Confcooperative in materia di prestazioni residenziali erogate a favore delle persone inserite nelle residenze psichiatriche".

In particolare, coerentemente con la riorganizzazione per intensità di cura sono stati individuati il numero e la tipologia di posti letto. Dopo un confronto con i responsabili delle cooperative è stato deciso, per il 2014, di non programmare l'utilizzo di PL a trattamento intensivo all'interno delle Residenze attualmente denominate "Socio-Riabilitative". Pertanto, con le deliberazioni del DG 158 del 4/11/2014 e 142 del 26/09/2014, è stata definita la tipologia delle Residenze come "Residenze per Trattamenti Riabilitativi Bio-Psico-Sociali a Carattere Estensivo RTR-Estensiva" adeguando le tariffe, aumentate a € 134 die/pro-capite. L'incremento tariffario è stato pianificato nelle previsioni di Budget ad inizio anno 2014 per € 4.210.000; tale aumento è stato, tuttavia, riassorbito dalla valutazione costante dell'appropriatezza degli inserimenti residenziali portando la cifra spesa, a consuntivo finale, a € 4.057.000, inferiore al consuntivo del 2013 corrispondente a € 4.089.000.

A tale fine ha contribuito anche la rinegoziazione delle tariffe della rete delle residenze socio-sanitarie. Va sottolineato che la valutazione di appropriatezza dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali e la continua valorizzazione dei percorsi socio sanitari che utilizzano il *Budget* di Salute hanno consentito la riduzione degli inserimenti residenziali, implementato l'utilizzo di questo

strumento da parte di tutte le équipes del Centro Salute Mentale della Psichiatria Adulti e l'adozione dello stesso anche per alcuni utenti delle Unità operative Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza dove avviene in una logica di maggiore articolazione dei percorsi individuali privilegiando quelli a domicilio e favorendo l'integrazione nel territorio di appartenenza dei minori. Analoga la filosofia per l'utilizzo del Budget di Salute per l'Unità operativa Dipendenze Patologiche.

**Budget di salute.** Nel 2014 gli interventi su pazienti disabili in carico al DSM nell'ambito del progetto "Budget di Salute" sono stati 25 (1 caso esteso ad utente dell'Unità operative Dipendenze Patologiche e 2 casi Neuropsichiatria infantile). Tali interventi (affidati attraverso un ampliamento del Contratto di Servizio, allo stesso gestore accreditato degli interventi domiciliari a favore della popolazione anziana/disabile), sono stati finanziati con il FSR. Gli interventi, che si collocano invece in un ambito solo socio-assistenziale, sono stati posti a carico del FRNA.

In riferimento ai **servizi psichiatrici ospedalieri intensivi**, il continuo variare dei bisogni dell'utenza, come la necessità di tener conto delle indicazioni regionali, aziendali e delle Istituzioni locali ha reso necessaria una metodologia del confronto e della concertazione per la ricognizione, revisione e riprogettazione delle strutture per ridefinire le modalità di regolazione dei servizi stessi. Tale attività, dal 2000, si è avvalsa della costituzione di un "Gruppo tecnico" (Direzione DSM-DP, Direttore della Psichiatria Adulti, Direzioni Cooperative Sociali e Associazione che gestiscono le Residenze) che riportava le proprie conclusioni alla Direzione Generale dell'Azienda ed ai tavoli dei Piani di Zona e Salute e Benessere Sociale. Dal 2013, con l'avvio di un Tavolo di confronto AUSL/ASP/Enti Gestori, le attività del "Gruppo Tecnico" sono confluite in quest'ultimo tavolo coordinato dalla Direzione Sanitaria Aziendale e Azienda Servizi alla Persona con lo scopo di condividere sia il fabbisogno territoriale di servizi, sia un nuovo sistema tariffario, coerente con i servizi erogati e allo stesso tempo sostenibile per la committenza e gli Enti Gestori. La costante rivalutazione dell'appropriatezza dei percorsi individuali è esitata in una riduzione degli inserimenti di utenti psichiatrici, nonché la diminuzione del contingente di utenti ex Ospedale Psichiatrico, legata all'età, ha reso opportuno ridefinire tutta la rete delle residenze. Tale percorso si è concluso con l'accordo per la chiusura della Residenza Samarcanda posta a Fossatone di Medicina e con l'introduzione di un nuovo sistema tariffario coerente con i servizi erogati che determina una riduzione delle tariffe, applicata a partire dal 1 settembre 2014.

Le attività dell'ambito socio-sanitario hanno avuto, quale strumento privilegiato di programmazione, pianificazione e verifica, la Commissione Unità Valutazione Multidimensionale (UVM) integrata con l'unità operativa Medicina Riabilitativa, Azienda Servizi alla Persona, utenti, familiari, terzo settore. In particolare, nel corso del 2014, sono state effettuate 80 riunioni dell'UVM che hanno coinvolto la Psichiatria Adulti, Dipendenze Patologiche e la Neuropsichiatria Adulti. Infine, la ricostituzione dell'Equipe Residenze all'interno della Psichiatria Adulti ha ulteriormente rafforzato gli strumenti di valutazione e monitoraggio dell'appropriatezza nella residenzialità.

**Area Consultorio Familiare e Salute Donna.** In attuazione della Linea Guida sulla "Gravidanza fisiologica" (DGR 533/2008) è stato attivato da ottobre 2013 il Day Service Ambulatoriale per l'assistenza ostetrica con 4 ostetriche, di cui 3 a tempo pieno e 1 a tempo parziale. Il monte ore settimanale nelle varie sedi consultoriali è stato di circa 32 ore.

Nel 2014 le ostetriche hanno preso in carico 147 donne ed effettuato 445 visite ostetriche non specialistiche di controllo. Presso il servizio viene garantita, inoltre, la diagnostica prenatale (test combinato ed ecografia morfologica) e nel percorso d'assistenza alla gravidanza viene effettuato lo *screening* del diabete gestazionale, delle emoglobinopatie e delle MST.

Il Consultorio Familiare, in sinergia con la rete dei servizi socio sanitari e del mondo dell'associazionismo, attua la presa in carico delle donne gravide e/o puerpere multiproblematiche. Tale integrazione è orientata dalle Linee Guida aziendali che definiscono il percorso per la presa in carico dei disturbi emotivi della donna in gravidanza e della puerpera nel primo anno di vita del bambino. In tale contesto è attivo il progetto "Donne che aiutano donne": un gruppo di volontarie formate, che offrono un sostegno domiciliare alle gravide, puerpere e neomamme con difficoltà personali, familiari e relazionali. Dall'avvio del progetto, il suddetto percorso è stato seguito da un centinaio di donne, il 50% provenienti da altri Paesi, con una durata media per singolo intervento di 5/6 mesi.

Nell'ambito degli interventi di sostegno alla genitorialità sono state organizzate 3 giornate seminariali dal titolo "La maternità interiore" con l'obiettivo di approfondire aspetti emotivi/affettivi delle relazioni precoci Madre-Padre-Bambino. La promozione al **percorso nascita** ha previsto:

- corsi di accompagnamento alla nascita (incontri dedicati, distribuzione materiale, simulazione con bambolotti, ecc.);
- ambulatori del puerperio, spazi in libero accesso dedicati alle puerpere ed ai loro bambini presso le sedi consultoriali (Imola, Medicina, Castel San Pietro Terme e Borgo Tossignano) dove le mamme possono ricevere consulenze, informazioni, osservazione delle poppate, effettuare controlli del peso neonatale, ecc. al fine di prevenire i rischi nelle interazioni precoci, promuovere il benessere psicofisico nella mamma e nel neonato, socializzare e condividere l'esperienza della genitorialità;
- c.d. "Salotto delle mamme", un'occasione settimanale di incontro per le neomamme, presso la sede consultoriale di Imola e la Casa della Salute di Castel San Pietro Terme, dove le donne possono ritrovarsi e confrontarsi sulle varie tematiche della crescita dei propri figli ed eventualmente usufruire di una consulenza ostetrica/psicologica;
- formazione permanente, sia interna che esterna al servizio, degli operatori consultoriali coinvolti nel percorso nascita.

L'osservazione sulla prevalenza dell'allattamento al seno viene monitorata nell'unità operativa di Ostetricia-ginecologia e durante l'effettuazione del primo vaccino presso il servizio di Pediatria di comunità. Il Consultorio Familiare accoglie la donna che richiede l'interruzione volontaria di gravidanza, garantendole un percorso assistenziale che ha come obiettivi la prenotazione di una

visita di controllo dopo circa 40 giorni dall'intervento e la definizione di una scelta contraccettiva individuale.

Dalla sua costituzione, il Consultorio Familiare svolge all'interno delle scuole dei programmi di educazione alla salute, mirati alla prevenzione dei principali fattori di rischio per la salute psicofisica dei ragazzi. In particolare, nel 2014, l'attenzione è stata rivolta all'attuazione di due progetti: "W l'Amore" e "Cyberbullismo", che hanno coinvolto numerosi istituti scolastici del Circondario Imolese. Il primo progetto, in condivisione con le linee d'indirizzo del coordinamento regionale degli Spazi Giovani, prevede la collaborazione degli insegnanti in qualità di interlocutori diretti con i ragazzi sui temi legati alla sessualità ed affettività. Il secondo prevede l'utilizzo della *peer education*, una strategia educativa volta a formare studenti, che svolgeranno nelle classi degli incontri sul tema del "Cyberbullismo", con i loro pari.

Gli obiettivi di questa programmazione sono stati: favorire la partecipazione attiva degli adolescenti; prevenire i fattori di rischio relativi alla sfera sessuale e all'utilizzo improprio degli strumenti tecnologici; socializzare e condividere le esperienze formative con insegnanti, genitori e adolescenti. Nella programmazione complessiva degli interventi di prevenzione rivolti agli adolescenti, il tema della diversità viene approfondito e declinato nelle sue diverse sfaccettature (differenze di genere, di etnia, ecc.).

Particolare attenzione negli ultimi anni è stata rivolta al tema della **prevenzione e contrasto del maltrattamento femminile**. A livello aziendale, nell'ambito dei percorsi legati ai bisogni di salute delle donne, sono stati istituiti tavoli di lavoro multidisciplinari/multiservizi orientati in particolare all'area del maltrattamento. Nel 2014, ad integrazione del percorso d'accoglienza e di presa in carico sociosanitaria della donna vittima di violenza, operativo dal 2011, l'AUSL di Imola, l'Azienda Servizi alla Persona, il Nuovo Circondario Imolese e i due Centri antiviolenza operanti sul territorio ("Trama di Terre" e "PerLeDonne") hanno siglato un accordo di collaborazione in cui vengono esplicitate azioni con l'obiettivo di creare sinergie attorno alle aree più critiche di questo fenomeno. Come accennato, si è costituito un tavolo tecnico per il contrasto alla violenza di genere che concretizza un obiettivo dell'accordo definendo uno spazio di riflessione teorica/operativa tra gli operatori, i servizi e le associazioni coinvolte. Si è istituito, inoltre, il "Percorso Rosa" una procedura d'accompagnamento della donna vittima di violenza all'interno del Pronto Soccorso, affinché in tutte le fasi del percorso venga affiancata e accudita da operatori sanitari formati. Poiché l'accesso ai servizi sociosanitari, per le donne provenienti da altri Paesi, può essere ostacolato da una serie di barriere, tra cui una scarsa conoscenza dei servizi, per garantire la loro tutela laddove necessario, è possibile richiedere la mediazione interculturale. Qualora la donna dia il consenso ad attivare il Percorso Rosa seguirà un percorso preferenziale all'interno dell'Ospedale che le garantirà di essere sempre accompagnata durante gli spostamenti e di essere affidata direttamente nelle mani di altri operatori sanitari preferibilmente di genere femminile, senza attendere il proprio turno in sala d'attesa o essere nuovamente esposta all'area adiacente al Triage. Nell'ambito della prevenzione, inoltre, è stata avviata una sperimentazione

### Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

all'interno di alcuni Istituti Scolastici, dal titolo "Dai gesti alle parole", che ha visto la sinergia tra le operatrici del Consultorio Familiare e quelle del Centro anti violenza "PerLeDonne" e che si pone l'obiettivo di favorire tra i due sessi relazioni armoniche ed equilibrate. Nelle tabelle che seguono si riportano alcuni dati che solo in parte rappresentano questo fenomeno per molti aspetti sommerso. Si riporta il numero delle donne che ha effettuato almeno un accesso al Pronto Soccorso, nel 2013 e 2014, per maltrattamenti (tipologia evento registrato al PS, fascia d'età, nazionalità, codice colore assegnato e tipologia d'esito). Nel 2013 gli accessi causa maltrattamento sono stati 182 effettuati da parte di 169 donne, mentre nel 2014 sono stati 192, da parte di 187 donne. Nel 2014 le donne che si sono rivolte al PS dichiarando di avere subito un maltrattamento risultano l'11% in più rispetto al 2013, dato che può essere interpretato come un aggravarsi del fenomeno, ma anche come una maggiore presa di coscienza e volontà da parte delle donne di "venire allo scoperto" e denunciare quanto subito. Si raccomanda, quindi, cautela nell'interpretazione dei dati ad oggi disponibili non esaustivi rispetto alla complessità e peculiarità del fenomeno rispetto al quale saranno necessari ulteriori approfondimenti.

**Tabelle 3.1 – Pronto Soccorso: donne maltrattate con almeno un accesso. Anni 2013 e 2014**

Dinamica evento	2013	2014				
VIOLENZA AMBITO LAVORATIVO	2	6		<b>Livello d'urgenza al triage</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
VIOLENZA FISICA	160	174		Codice Bianco	13	9
VIOLENZA SESS.E FISICA	4	5		Codice Giallo	27	35
VIOLENZA SESSUALE	3	2		Codice non rilevato	2	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>169</b>	<b>187</b>		Codice rosso	1	1
<b>Fascia età</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>		Codice Verde	126	141
18 - 24 anni	22	18		<b>Totale complessivo</b>	<b>169</b>	<b>187</b>
25 - 44 anni	80	81		<b>Esito</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
45 - 64 anni	42	53		Abbandona PS dopo la visita	2	3
Minorenne	17	19		Abbandona PS prima della visita	4	8
oltre 64 anni	8	16		Al curante per proseg. Cure	152	164
<b>Totale complessivo</b>	<b>169</b>	<b>187</b>		Osservazione OBI Pediatria	2	1
<b>Nazionalità</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>		Osservazione OBI PS	4	9
Italiana	110	141		Ricoverato	5	2
Straniera	59	46		<b>Totale complessivo</b>	<b>169</b>	<b>187</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>169</b>	<b>187</b>				

Le donne maltrattate prese in carico nel 2014 dal Consultorio Familiare sono state 29 di cui: una minorenne e 7 di origine straniera.

#### 3.2.3 Governo delle liste di attesa

Come richiesto dal "Piano regionale di intervento straordinario per il contenimento dei tempi di attesa" per la specialistica ambulatoriale la AUSL di Imola ha dato corso ad azioni, sia a carattere di urgenza sia di tipo strutturale, al fine di dare una migliore risposta quali-quantitativa alla domanda di prestazioni specialistiche. Gli interventi declinati nel "Piano aziendale per il contenimento dei tempi di attesa" presentato alla Regione il 14/11/2014 hanno riguardato

l'incremento dei volumi erogati per le prestazioni critiche, la definizione degli ambiti di garanzia, l'apertura di agende di garanzia, la creazione di agende e percorsi destinati alla presa in carico e alla programmazione dei controlli.

La Tabella 3.2, che riporta i [Tempi di attesa prospettici \(MAPS\)](#) pubblicati sul Sito Internet aziendale in base ai monitoraggi di livello regionale, mostra l'indice di *performance* e il tempo medio di attesa relativi alle rilevazioni IV trimestre 2012, 2013 e 2014.

**Tabella 3.2 - Rilevazione MAPS: indici performance prestazioni specialistiche. Periodo 2012-2014**

Disciplina	Tempo medio di attesa MAPS			% a 30 gg x visite e 60 gg x diagnostica: MAPS		
	2012	2013	2014	Rilevazione IV trim. 2012	Rilevazione IV trim. 2013	Rilevazione IV trim. 2014
<b>Cardiologia</b>						
Visita Cardiologica	22	68	55	70%	35%	51%
Elettrocardiogramma	31	64	50	98%	58%	66%
ECG da sforzo	60	100	58	57%	29%	45%
Elettrocardiogramma holter	88	112	63	45%	22%	50%
<b>Dermatologia</b>						
Visita Dermatologica	57	56	11	63%	49%	100%
<b>Gastroenterologia</b>						
Visita Gastroenterologica	16	12	11	96%	92%	91%
Colonscopia	26	5	44	87%	96%	68%
Gastroscoopia	18	12	34	100%	97%	67%
<b>Ostetricia -Ginecologia</b>						
Visita Ginecologica	22	28	23	85%	70%	81%
Visita Ostetrica	12	15	15	100%	100%	100%
<b>Medicina</b>						
Ecocolordoppler	53	118	22	66%	16%	97%
Ecocolordoppler Cardiaca	33	166	117	85%	20%	12%
<b>Endocrinologia</b>						
Visita Endocrinologica	17	34	58	100%	56%	65%
<b>Neurologia</b>						
Visita Neurologica	17	29	37	100%	42%	58%
<b>Oculistica</b>						
Visita Oculistica	74	76	28	39%	46%	78%
<b>Oncologia</b>						
Visita Oncologica	16	14	20	90%	100%	100%
<b>Senologia</b>						
Visita Senologica	n.v	16	6	n.v	100%	100%
<b>Ortopedia</b>						
Visita Ortopedica	30	43	82	54%	31%	22%
<b>Otorinolaringoiatria</b>						
Visita Otorinolaringoiatrica	17	19	16	92%	88%	100%
Audiometria	24	23	42	100%	100%	78%
<b>Odontoiatria</b>						
Visita Odontoiatrica	n.v	26	43	n.v	43%	64%
<b>Pneumologia</b>						
Visita Pneumologica	39	47	13	40%	40%	100%
<b>Urologia</b>						
Visita Urologica	15	50	59	100%	25%	19%
<b>Medicina Riabilitativa</b>						
Visita Fisiatrica	18	14	11	100%	96%	96%
<b>Radiologia</b>						
Ecografia Addome	39	59	34	91%	63%	92%
TAC Addome	55	120	110	64%	36%	31%
TAC torace	8	71	68	100%	44%	36%
TAC del Capo	28	26	31	100%	100%	100%
TAC rachide e speco vertebrale	30	28	31	100%	100%	100%
TAC Bacino	45	22	0	100%	100%	0%
RMN Colonna	101	142	61	33%	19%	91%
RM Muscoloscheletica	75	95	97	62%	39%	38%
RMN Cerebrale	13	42	34	100%	83%	85%
Mammografia	37	99	20	91%	54%	100%
Ecografia Capo e Collo	55	74	33	50%	48%	79%
Ecografia Ostetrica e Ginecologica	28	35	30	100%	82%	100%
EMG	65	39	27	44%	100%	100%
Spirometria	47	59	43	48%	54%	100%

In riferimento ai [tempi di attesa in regime di ricovero](#), si rimanda alla Sezione 2, par. 2.3.3 "Assistenza ospedaliera", dove si riportano gli indici di *performances* sui tempi di attesa per alcuni interventi chirurgici oggetto di monitoraggio regionale.



### **3.3 Centralità del cittadino**

#### **3.3.1 Forme di partecipazione del cittadino**

Il "Piano-programma aziendale di ascolto e coinvolgimento di cittadini, comunità e professionisti e di azioni di miglioramento" è stato attuato nel 2014 attraverso la realizzazione sistematica delle iniziative di ascolto e partecipazione dei cittadini (vedi anche Sezione 5, par. 5.1.1), con il coordinamento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) ed il significativo e concreto apporto del Comitato Consultivo Misto degli Utenti e del Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale.

Il Piano 2014 ha raggiunto gli obiettivi prefissati nella fase programmatoria, sviluppando le azioni di rilevazione della qualità percepita dagli utenti, la gestione e analisi delle segnalazioni e la relativa promozione delle azioni di miglioramento, lo sviluppo di azioni di equità e di *diversity management*.

Come consuetudine aziendale, nel dicembre 2014, si è svolto il seminario annuale conclusivo, aperto a tutti gli operatori aziendali, alle istituzioni e agli *stakeholder*, per la rendicontazione delle azioni del piano-programma e delle attività di miglioramento progettate ed avviate, dal titolo: "Equità, umanizzazione, partecipazione. Esperienze e prospettive dal punto di vista dei professionisti e dei cittadini". L'evento rappresenta la sintesi della condivisione di progetti e percorsi in cui concretamente utenti, volontari e professionisti si sono messi in gioco per il benessere di tutti. Il programma del seminario ha compreso l'intervento dell'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale "Il modello dell'*HEA*", la presentazione del piano equità 2015/2017, l'esperienza di partecipazione del CCM all'Audit svolto dal Dipartimento di Emergenza Accettazione e quella del CCM e CUF alla sperimentazione Agenas e la presentazione di buone pratiche aziendali nell'ambito dell'umanizzazione (News consultorio - Privacy in ambulatorio - Open Day Oncologico), della partecipazione (Amici del libro in Dialisi) e dell'Equità (Progetto segnaletica - Equità e ricovero programmato - Percorso Rosa Dea - Equità e Sanità Pubblica).

#### **Comitato Consultivo Misto degli Utenti (CCM) e Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale (CUF) - Progetto Umanizzazione AGENAS**

Nel 2014 si sono tenuti 11 incontri dell'assemblea plenaria CCM e 5 del CUF. Due di questi incontri si sono tenuti congiuntamente, in considerazione delle tematiche di interesse comune, oltre che per garantire il necessario coordinamento delle due assemblee. CCM e CUF hanno, inoltre, sviluppato, in collaborazione con l'Ufficio relazione con il Pubblico, la programmazione, progettazione e realizzazione delle attività di ascolto e di rilevazione della qualità percepita.

Insieme, i Comitati hanno attivamente contribuito alla sperimentazione di nuovi indicatori di umanizzazione, secondo il progetto promosso dalla AGENAS a cui l'Agenzia Sanitaria Sociale della Regione Emilia Romagna ha aderito con tre studi successivi che ha visto partecipare l'AUSL di Imola ed i rappresentanti dei cittadini. L'AUSL di Imola ha aderito a questa complessa ricerca, finalizzata a promuovere l'utilizzo del punto di vista degli utenti/cittadini per valutare la qualità dei servizi di



degenza della RER, attraverso la sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità validato e confrontabile con i principali sistemi nazionali ed internazionali.

A partire dall'analisi di una "Check List per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", proposta da Agenas, si sono evidenziati gli *item* ritenuti prioritari nella nostra realtà regionale da cittadini e professionisti. Successivamente essi sono diventati oggetto di una rilevazione sul campo a cura di gruppi misti utenti e professionisti, per verificare la fattibilità del monitoraggio. L'ultima fase di lavoro ha avuto la finalità di leggere i risultati e costruire un set minimo di indicatori di umanizzazione a disposizione delle aziende della regione. L'AUSL di Imola ha partecipato a tutte le fasi con volontari dei Comitati e professionisti (Pediatria, Terapia Intensiva, Ostetricia e Ginecologia, Medicina, Chirurgia). L'azienda è stata essa stessa oggetto di studio durante la ricerca: due responsabili di Agenas hanno partecipato come osservatori alle visite nelle unità operative valutando positivamente l'esperienza aziendale di concreta sinergia e collaborazione tra professionisti e cittadini.

### 3.3.2 Valutazione gradimento del cittadino

Nel 2014 sono state pianificate, realizzate e rendicontate le sotto descritte indagini di qualità percepita. Il 5 novembre 2014 anche l'AUSL di Imola ha partecipato al seminario regionale "Fare ricerca qualitativa nelle organizzazioni sociali e sanitarie: il *focus group* e l'etnografia", presentando due poster relativi ad indagini 2012-2013: i *focus group* realizzati in Hospice sulla Qualità della vita e l'*AUDIT* del Dipartimento Emergenza Accettazione.

**Progetto Scenari sociali (gennaio-maggio 2014).** L'URP ha dato collaborazione e supporto nello svolgimento di una ricerca di Area vasta Emilia Centro, in collaborazione con l'Università Bocconi, sulle esigenze delle famiglie che assistono un anziano ultra 75enne, intesa a comprendere a fondo quali siano le principali necessità in termini di tempo impiegato, persone coinvolte, servizi essenziali e risorse dedicate. Ad Imola è stato selezionato un campione stratificato di 250 persone ultrasettantacinquenni con indennità di accompagnamento.

**Qualità Percepita Percorso Nascita con tecniche quantitative (questionario).** Il gruppo di lavoro aziendale sulla Qualità percorso nascita composto da referenti dei Dipartimenti Materno-Infantile e Cure Primarie e dallo Staff Informazione comunicazione ha svolto nel 2014 una serie di incontri volti alla progettazione uno studio qualitativo attraverso *focus group* dell'impatto sulle donne del nuovo percorso "Gravidanza fisiologica". Nel corso dell'anno il progetto ha subito modifiche sostanziali per la sopraggiunta opportunità di aderire all'indagine quantitativa Regionale sulla Qualità percepita nei percorsi nascita di cui nel 2014 è stato costruito il progetto per la realizzazione nel 2015. L'indagine è finalizzata a conoscere il gradimento delle donne coinvolte nel percorso nascita attraverso la somministrazione di un questionario cartaceo relativo all'esperienza della gravidanza e di un questionario *on line* sul vissuto del parto e del puerperio.

**La qualità della cura delle utenti nel percorso assistenziale del carcinoma mammario (giugno 2014 – dicembre 2015).** Questo progetto di ricerca è stato costruito in ASSR dalle

aziende sperimentatrici ed ha richiesto un importante lavoro di progettazione locale con il gruppo multidisciplinare. La rilevazione prevede il coinvolgimento di un campione di 20 donne disponibili ad esprimere le proprie percezioni di gradimento in 3 fasi del Percorso Diagnostico Terapeutico del carcinoma alla mammella: quella diagnostica/chirurgica (durante la prima visita oncologica) e post-chirurgica o di chiusura della diagnosi, presso l'ambulatorio oncologico; quella terapeutica (al termine dei cicli di chemioterapia ossia al momento della visita oncologica che chiude il ricovero in Day Hospital) e a fine percorso (prima visita di controllo oncologico). Le aree esplorate dal breve questionario sono: comunicazione efficace, presa in carico, collaborazione e coordinamento tra i professionisti, relazione di fiducia e personalizzazione del percorso. Di grande importanza il ruolo del *case manager*, sia nel reclutamento che nel mantenimento della fidelizzazione all'indagine, partita a giugno 2014. Dal Diario di bordo dell'indagine risultano informazioni a cura del *case manager* sull'adesione al primo questionario relativo alla fase diagnostica/chirurgica. I primi risultati evidenziano che, in proporzione, le donne più giovani tendono a rifiutare l'adesione perché si sentono molto provate e non lo ritengono un momento opportuno, mentre le donne più adulte (over 45) aderiscono con tranquillità e volentieri. Inoltre, in genere, aderiscono alla proposta donne che hanno avuto un'esperienza positiva, mentre rifiutano quelle che vivono in maniera molto negativa l'esperienza o sono insoddisfatte della loro esperienza rispetto ai servizi.

**Audit organizzativo nel Dipartimento Emergenza Accettazione (ultima fase). Indagine rivolta ai cittadini.** Nel corso dell'anno 2014 si sono svolte diverse presentazioni e analisi dei risultati dell'audit svoltosi nel 2013 (vedi BdM 2013). Nello specifico, la valutazione dei dati raccolti con il questionario somministrato a 125 utenti del DEA a fine 2013 a cura dei volontari CCM e CUF, coordinati dal responsabile URP, ha interessato il gruppo di progetto, il dipartimento e i due comitati degli utenti in seduta plenaria con il Direttore generale.

#### 3.3.3 Equità e *Diversity Management*

La DGR 602/2009, nella parte relativa a "Diversità ed equità: strategie integrate di *diversity management* e consolidamento delle azioni di ascolto ed *empowerment* dei cittadini", prevede espressamente che le aziende sanitarie della Regione sviluppino progetti ed effettuino azioni indirizzate al raggiungimento di una crescente attenzione all'inclusione delle diversità di cui sono portatori i cittadini, garantendo nel contempo equità nell'accesso e nei percorsi assistenziali-terapeutici e miglioramento nel rapporto di fiducia fra l'organizzazione sanitaria, i suoi servizi e gli utenti/cittadini della comunità. La DGR 1544/2010 specifica poi la necessità di adottare strumenti di *equality assessment* aziendali, partecipare alla messa a punto di strumenti di valutazione delle buone pratiche in relazione alle diversità di genere, cultura, disabilità, età, ecc. e sperimentare nei profili di comunità di un set minimo di indicatori di disuguaglianze sociali per favorire decisioni eque. L'AUSL di Imola ha costituito il **Board Equità** nel 2011, e nel 2014 ha progettato e deliberato il nuovo Piano triennale 2015-2017 di promozione della cultura dell'equità a tutti i livelli, nei confronti dei propri cittadini/utenti e nei confronti dei professionisti interni (*Diversity*

*Management*, da qui per brevità DM). Il Piano triennale, costruito con la partecipazione attiva dei due comitati aziendali (CCM e CUF) e con la collaborazione dei professionisti dei dipartimenti e dei componenti del Board, è stato validato pubblicamente nel seminario di fine anno dagli operatori aziendali, dalle istituzioni e dagli stakeholder. Come di consueto il Board nel 2014 si è riunito in plenaria 2 volte (a giugno e a novembre) per definire, monitorare e rendicontare le attività che i vari sottogruppi hanno agito nel periodo di riferimento.

Tra le attività svolte dal Board nel 2014, ricordiamo: la partecipazione ai laboratori regionali Equità/DM (*Workshop* di supporto metodologico sull'*Health Equity Audit*) e la partecipazione al *focus group* "Valutazione in itinere. Percezione e avanzamento dell'Equità nelle Aziende sanitarie", realizzato nell'ambito del progetto "Osservatorio sull'Equità" promosso dall'ASSR, che ha raccolto le opinioni dei membri e le ragioni per le quali l'approccio del DM ha incontrato maggiori difficoltà nella sua applicazione e implementazione. In particolare, si è inteso esplorare gli obiettivi del DM ed il coordinamento esistente ed attuabile tra Comitato Unico di Garanzia (CUG) e Board Equità. Infine, sono stati presi in considerazione gli ostacoli alla concretizzazione degli obiettivi del DM ed eventuali suggerimenti. L'ASSR, inoltre, nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Equità & diversità, ha guidato e supportate tutte le aziende nella realizzazione di un *Health Equity Audit* (HEA). Il Board dell'AUSL di Imola ha scelto di sperimentare questo Audit sulle attività di *Screening Pap Test* con le aziende di Piacenza, Ferrara e della Romagna. E' stato quindi nominato il gruppo di lavoro multidisciplinare *HEA – Screening Pap Test* (composto da professionisti e volontari CCM-CUF), con il compito di analizzare i dati, indagare il fenomeno, individuare azioni di contrasto alla diseguaglianza di accesso a questo esame di screening e monitorare i risultati.

Un altro rilevante progetto aziendale, sia di miglioramento dell'equità che di rilevazione di qualità percepita, è il "Progetto Vengo anch'io", sviluppato ed agito dal gruppo Accessibilità/Equità che, a seguito dell'installazione della nuova segnaletica aziendale nelle maggiori strutture aziendali, progettata dall'Unità Operativa Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche con la collaborazione di CCM e CUF (2013), ha attuato nel 2014 e nel 2015 un progetto di valutazione della qualità e della comprensibilità della stessa, attraverso la somministrazione di un questionario ai visitatori, che ha rilevato un buon apprezzamento della nuova segnaletica presso l'Ospedale S. Maria della Scaletta, in particolare per l'uso dei percorsi associati al colore, ed un buon gradimento delle modifiche apportate nelle altre strutture aziendali. Sono inoltre stati raccolti suggerimenti che hanno permesso alcune azioni di aggiustamento. Altre buone pratiche attivate in azienda e monitorate dal *Board* sono state:

- Il Percorso Rosa di Pronto Soccorso per l'accesso alle donne che hanno subito violenza e la relativa istruzione operativa ed il piano progettuale d'emergenza, che prevede percorsi celeri e dedicati di diagnosi e cura, interventi psico-sociali, segnalazione alle Forze dell'Ordine, Tribunali, Servizi Sociali Territoriali e la collocazione delle donne e di eventuali figli in strutture protette.

- I percorsi di accesso equo al Dipartimento di Sanità Pubblica. In particolare la facilitazione all'accesso degli ambulatori vaccinali per la popolazione straniera; la sorveglianza dei lavoratori degli allevamenti coinvolti nell'emergenza aviaria; il progetto "Produzione primaria: la macellazione degli animali per il consumo familiare"; il progetto "AL-ID AL-ADHA in Provincia di Bologna".
- I Criteri di Equità nel dipartimento medico: l'equità per ricovero in stanza singola, il percorso di equità dell'Unità Valutazione Geriatrica per anziani o persone con più di 55 anni affette da patologie assimilabili, i criteri per trasferimento in Lungodegenza (revisione del protocollo secondo criteri di equità), il percorso dedicato ai dializzati, i criteri di equità e trasparenza per i ricoveri programmati.

Per quanto riguarda il DM, l'AUSL di Imola ha aderito al progetto regionale volto a realizzare la mappatura della demografia professionale delle aziende attraverso griglia condivisa. La mappatura della demografia dei professionisti è stata realizzata a cura dell'Unità operativa Risorse Umane, della Direzione infermieristica e tecnica e del Servizio Prevenzione e Protezione. Le tabelle sono relative alla fotografia della popolazione: dirigenti medici-veterinari-non medici, comparto sanitario e comparto amministrativo e tecnico. Le categorie esplorate sono state età, genere, disabilità, tipologia di contratti, profili professionali, categoria giuridica, tempo pieno/tempo parziale, titoli di studio, luogo di nascita, mobilità, cessazioni dal rapporto di lavoro, maternità. La mappatura, oltre a confluire nell'analisi regionale, è stata messa a disposizione del CUG per una lettura della popolazione interna.

#### 3.3.4 Trasparenza e prevenzione della corruzione

In attuazione dei recenti interventi normativi in materia di contrasto alla corruzione nelle Pubbliche Amministrazioni e di trasparenza amministrativa - obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni (D.lgs. 33/2013) e adempimenti in materia di prevenzione della corruzione (D.lgs. 190/2012 e D.lgs. 39/2013) - l'AUSL di Imola ha adottato una serie di provvedimenti per la piena attuazione della normativa in questione, adeguando il proprio rapporto con il cittadino in un'ottica di maggiore trasparenza ed intelligibilità del suo agire.

**Trasparenza – Obblighi di pubblicità e trasparenza.** Nel corso del 2014, con deliberazione 2 del 31/01/2014, è stato approvato il primo "Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016 (PTTI)" su proposta del Responsabile della Trasparenza (Direttore Segreteria Generale e Affari Legali) nominato con deliberazione 105 del 07/08/2013. In corso d'anno si è provveduto agli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme secondo la tempistica definita nel PTTI 2014-2016, che è stato aggiornato per il triennio 2015-2017 (deliberazione 10 del 28/01/2015).

Il 5 dicembre 2014 è stata organizzata dalle AUSL di Bologna ed Imola, dall'AOSP di Bologna e dall'Istituto Ortopedico Rizzoli, la 1° Giornata della Trasparenza delle Aziende Sanitarie Bolognesi tenutasi a Bologna. Una giornata aperta a cittadini e dipendenti, dedicata alla Trasparenza e

all'Etica in ambito sanitario, organizzata dai Responsabili della Trasparenza delle 4 strutture sanitarie che ha ottenuto un buona successo di pubblico.

**Prevenzione corruzione.** Con deliberazione 10/2015 è stato approvato il Piano Triennale Prevenzione e Corruzione (PTPC) per il triennio 2015/2017. Il Piano, elaborato secondo le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), è frutto di un ampio e complesso percorso di confronto e condivisione con vari soggetti istituzionali, tra cui la Regione Emilia Romagna. Al Piano è inoltre allegata la Relazione annuale sull'attività svolta nel 2014.

All'approvazione del Piano ha fatto seguito la trasmissione del documento al Dipartimento della Funzione Pubblica tramite il sistema integrato *by web* PERLA PA, secondo le disposizioni dell'ANAC e successiva trasmissione alla Regione Emilia Romagna regolarmente riscontrata. Si è poi provveduto ad aggiornare e pubblicare la documentazione sul sito web aziendale.

**Misurazione performance e codici comportamento.** L'AUSL di Imola, dal 2013 in applicazione della vigente normativa, ha fissato gli indirizzi operativi per l'applicazione del modello sperimentale di valutazione del personale dirigente attraverso il "Sistema di misurazione e valutazione della performance individuale", istituendo un gruppo di lavoro con l'obiettivo di definire una disciplina organica di valutazione della performance. Nel 2014, alla luce delle elaborazioni effettuate e tenuto conto delle ulteriori norme nazionali nel frattempo intervenute, l'AUSL di Imola ha adottato il Piano della Performance per il triennio 2014-2016 in cui vengono fissati gli obiettivi triennali ed esplicitati gli strumenti di misurazione, valutazione, monitoraggio e rendicontazione della performance; vengono, inoltre, fissate le regole del sistema premiante, la tempistica e le modalità di graduale introduzione nell'organizzazione dell'Azienda.

### ***3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale***

#### **3.4.1 Promozione della salute e prevenzione delle malattie**

Di particolare rilievo è stata nel 2014 l'attività di promozione e di prevenzione dei rischi sulla salute sul fronte della Sanità Pubblica, in ambito di Medicina del Lavoro e Sicurezza Alimentare e Medicina Veterinaria. L'attività ha visto forme di integrazione tra servizi ed istituzioni a livello locale come in ambito metropolitano. Si è lavorato, inoltre, alla realizzazione di programmi di **promozione della salute** per favorire stili di vita salutari, intervenendo nei progetti di comunità e in quelli realizzati in contesti scolastici e sanitari.

In particolare, per il 2014 si segnalano i seguenti interventi:

- partecipazione qualificata alle iniziative formative programmate presso "Luoghi di Prevenzione", coinvolgendo anche alcune figure dell'Associazionismo (UISP, CSI, AUSER);
- partecipazione al gruppo AVEC di pilotaggio, per la definizione di strategie comuni per proseguire gli obiettivi del progetto "Piacere, mi chiamo salute";
- realizzazione in collaborazione con la UISP, del percorso "1 Km in salute": gruppi di cammino con il C.A.I. e un medico di medicina generale;

- progettualità con le associazioni di volontariato per il recupero delle eccedenze alimentari e la redistribuzione agli indigenti, nell'ambito del contrasto alle disuguaglianze e del sostegno alla fragilità sociale ed economica;
- iniziative di educazione sanitaria contro il tabagismo in collaborazione con lo I.O.R. e il Centro Antifumo Aziendale presso un Istituto Scolastico superiore;
- attività di informazione sui rischi presenti nell'ambiente domestico attraverso la collaborazione con il consultorio familiare all'interno di un percorso formativo rivolto alle neomamme; con l'ufficio scuola del comune di Imola è stato organizzato un momento formativo sui rischi domestici rivolto alle *babysitter* nell'ambito del corso propedeutico al rilascio di un patentino abilitativo;
- conclusione del progetto aziendale di prevenzione delle cadute nell'anziano fratturato di femore che ha visto la collaborazione del Dipartimento di Sanità Pubblica con la Medicina Riabilitativa ed il Presidio ospedaliero per l'individuazione dei casi eligibili in un programma di ginnastica adattata a domicilio secondo lo schema del protocollo OTAGO;
- avvio del progetto "Bolla i pericoli", in collaborazione con gli uffici scuola dei comuni di Imola e Castel San Pietro, per formare gli educatori sul tema dell'incidentalità domestica. L'iniziativa rivolta ai bambini di sei scuole materne dei due comuni, rappresenta un progetto partecipato di educazione alla sicurezza negli ambienti domestici per i bambini e le loro famiglie.

Presso la Casa della Salute di Castel San Pietro, nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione, della salute, è stato elaborato un progetto aziendale "Ambulatorio cadute e programmi di attività fisica per la prevenzione delle cadute" che prevede interventi su due gruppi diversi di anziani a rischio individuati secondo criteri di inclusione ed esclusione segnalati dai MMG con il coinvolgimento di una figura di fisioterapista: un intervento individuale a domicilio su 21 casi di Anziani Fragili già caduti; un intervento individuale e di gruppo presso la casa della salute di 24 casi di Anziani a rischio caduta o caduti senza esiti ma con buon potenziale di salute.

Nel 2014, inoltre, è stato condotto, insieme al settore dipendenze patologiche, un intervento di promozione della salute nei luoghi di lavoro sul tema "alcol e lavoro".

Anche nel 2014 sono state garantite le azioni necessarie per rispondere alle emergenze infettive sulla base degli specifici Piani regionali, con particolare riferimento alla sorveglianza e controllo di malattie trasmesse da vettori (*West Nile virus, Dengue, Chikungunya, virus Toscana, Leishmania*); malattie invasive batteriche (con particolare riferimento alla meningite); ebola.

Presso il Nucleo di Cure Primarie di Imola e presso le Case della Salute di CSPT e Medicina sono state avviate le vaccinazioni antitetaniche e antinfluenzali, ed è stata, inoltre, garantita l'offerta vaccinale, secondo le raccomandazioni regionali, alle persone con fattori di rischio:

- vaccinazioni per la prevenzione delle Malattie Invasive Batteriche nelle persone HIV+ e nelle altre categorie a rischio individuate dalla Regione, in collaborazione con i medici curanti e i medici specialisti;

- vaccinazione anti-Rosolia alle puerpere (segnalate dalla Ginecologia) e alle donne in età fertile suscettibili nei confronti della malattia;
- vaccinazione anti-Morbillo alle persone mai vaccinate o vaccinate con una sola dose di vaccino;
- vaccinazione anti-Epatite B ai conviventi e partner sessuali di soggetti HBsAg+.

Nell'ambito dei progetti regionali sport-sanità, in collaborazione con il Comune di Castel San Pietro Terme, è stata realizzata una formazione sulla attività fisica in ambito scolastico (progetto "UN, DUE, TRE ... SPORT") rivolta alle scuole primarie. Inoltre, è stata assicurata qualificata partecipazione agli incontri di coordinamento organizzati in ambito provinciale con il CONI e con l'AUSL di Bologna. E' stata garantita la partecipazione al gruppo provinciale EFA del referente medico del Centro pubblico Medicina dello Sport. E' attiva nell'ambulatorio di medicina dello sport la possibilità di ottenere, su richiesta di MMG, una consulenza con prescrizione dell'esercizio fisico ai soggetti affetti da patologie e/o fattori di rischio sensibili.

Nel 2014, l'**Igiene e Sanità Pubblica** ha fornito il supporto tecnico ed il raccordo con i funzionari dei comuni coinvolti (Imola e Dozza) nel progetto "SUPERSITO", verificando l'attuazione degli adempimenti previsti dal progetto stesso. Relativamente allo sviluppo del sistema informativo per le attività di vigilanza e controllo degli ambienti di lavoro è a pieno regime l'utilizzo di AVELCO quale sistema informativo PSAL.

In coerenza con quanto indicato dalle linee guida regionali in materia di esercizio della funzione di vigilanza e controllo sono stati individuati, nei piani di lavoro integrati alcuni progetti:

- verifiche ispettive in tutti gli impianti a biomasse presenti nel territorio di competenza con il DSP dell'AUSL di Bologna e la sezione provinciale ARPA di Bologna utilizzando una *check-list* condivisa che ha supportato tutti gli ambiti di competenza dei DSP, oltreché preso in considerazione gli aspetti strettamente ambientali. Gli esiti dei controlli sono pubblicati sul sito della Sezione ARPA di Bologna;
- attività di vigilanza integrata con l'Unità operativa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro in strutture scolastiche ed insediamenti produttivi.

E' stato avviato il percorso di recepimento delle linee guida regionali per l'attività di vigilanza nei luoghi di lavoro attraverso l'emanazione di 2 procedure di Unità Operativa in armonia con i contenuti del manuale di accreditamento dell'Unità Operativa PSAL. Il piano delle attività di vigilanza nei luoghi di lavoro per il 2014 è stato sviluppato applicando i piani mirati regionali di rischio e di comparto; sono state utilizzate per le attività di vigilanza le *check-list* regionali, ove esistenti; sono state controllate 503 unità locali, pari al 9,1% dell'ultimo aggiornamento regionale delle Posizioni Assicurative territoriali.

In materia di **sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**, l'Unità operativa Igiene veterinaria ha programmato e formalizzato un piano di supervisione sull'attività basato sull'attività strutturata di "*discussione di casi*", in piccoli gruppi, documentata formalmente in termini di risultati e di proposte di miglioramento. Il Servizio Igiene Alimenti Nutrizione (SIAN) in attesa di



dare applicazione alle Linee Guida della Regione recentemente trasmesse alle aziende sanitarie, ha avviato il regolare svolgimento – quale attività prodromica alla effettuazione di una supervisione in campo – della verifica documentale su tutte le Schede Controllo Unica (SCU) prodotte nell’ambito delle attività svolte, con rilevazione delle non conformità alla procedura “Controlli”, segnalazione e discussione dei casi con gli operatori. Il SIAN ha provveduto all’aggiornamento della procedura relativa al campionamento. Sono stati adeguati, implementati e resi operativi, in cooperazione applicativa, i sistemi informatici in dotazione. In riferimento a ciò è stata assicurata la partecipazione al gruppo di lavoro regionale per l’adeguamento dei sistemi informatici locali alle codifiche del “Thesaurus”, dizionari “Tipologia di impianto” e “Specie”.

Dall’inizio del 2014, il portale regionale acque potabili è stato aggiornato, inserendo il 100% dei punti di prelievo (120 punti) dei 6 acquedotti presenti nel territorio ed è sempre stata utilizzata la modulistica generata dal portale per la trasmissione dei campioni di acqua potabile.

E’ stata aggiornata e modificata la procedura per la gestione delle malattie trasmesse da alimenti e superato l’audit svolto dalla Regione Emilia Romagna tenutosi a settembre 2014. Relativamente ai piani di gestione delle emergenze epidemiche veterinarie, è stata revisionata la procedura di intervento, sulla base dell’esperienza maturata sul campo in occasione dell’emergenza epidemica di influenza aviaria del 2013. La verifica e la valutazione della applicazione degli standard nutrizionali previsti dalla DGR 418/2012 è stata eseguita in sette menù scolastici.

#### 3.4.2 Appropriatelyzza clinica e organizzativa

L’AUSL di Imola negli ultimi anni ha avviato un **percorso di riorganizzazione** che ha visto coinvolto sia il livello ospedaliero che quello territoriale. Ad aprile 2014 si è completata la riorganizzazione della sede di Castel San Pietro Terme con l’attivazione della [Casa della Salute](#) e [l’Ospedale di Comunità](#) composto da una residenza per cure intermedie ed un Hospice.

Nella sede di Castel San Pietro Terme sono presenti le seguenti funzioni ospedaliere:

- Day Surgery polispecialistico che ospita le attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale di oculistica, chirurgia generale, ginecologia, urologia, ortopedia, analgesia.
- Le attività ambulatoriali di visita, diagnostica radiologica, ecografia e doppler.

Nel 2014 il livello di responsabilità gestionale delle **Case della Salute** di Castel San Pietro Terme e di Medicina è stato attribuito ad un dirigente infermieristico. La responsabilità gestionale del dirigente infermieristico riguarda anche **l’Ospedale di Comunità** di Castel San Pietro Terme, attivato a marzo 2014 (DGR 199/2013) e costituito da **28 PL di struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI)**, evoluzione della pre-esistente LDPARE e da **12 PL di Hospice territoriale**. L’anno 2014 ha visto la prosecuzione della strutturazione dei modelli organizzativi integrati multi professionali e multidisciplinari, in coerenza agli indirizzi regionali (DGR 291/2010), che classifica la Casa della Salute di Castel San Pietro Terme nello standard dimensionale medio e la Casa della Salute di Medicina, inaugurata a novembre 2013, nello standard dimensionale piccolo.



A livello aziendale sono stati disattivati i posti letto internistici di Day Hospital (tranne uno finalizzato ad ospitare percorsi terapeutici particolarmente complessi); nel contempo sono stati attivati percorsi specialistici di Day Service (in particolare endocrinologia, pneumologia, reumatologia). Nel 2015 si procederà nella stessa direzione riguardo alle discipline di pediatria e gastroenterologia.

L'attività di **controllo sui produttori pubblici e privati** svolta nell'AUSL di Imola ha riguardato i ricoveri erogati dal proprio Presidio Ospedaliero di Imola e Castel San Pietro Terme (Controlli interni) e i ricoveri prodotti da altre aziende per i propri residenti (Controlli Esterni). Viene realizzata secondo quanto previsto dalla DGR 354/2012 e dal successivo Piano Annuale Controlli anno 2014 (DGR 6151/2014), che prevede verifiche di completezza e qualità della cartella clinica; congruità tra Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO) e Cartella Clinica; appropriatezza organizzativa e clinica. L'attività di controllo viene effettuata su: ricoveri attribuiti a DRG complicati; ricoveri a rischio di non appropriatezza elencati nell'allegato B del Patto per la salute (Legge 131/2003); tempi di attesa in area oncologica; altri controlli sulla corretta modalità di codifica. La stessa normativa regionale prevede un quantitativo minimo di Cartelle Cliniche da sottoporre a controllo per ciascun erogatore pubblico o privato pari ad almeno il 10% dei dimessi annuali (L. 133/2008, art. 79, comma 1 – *septies*); non concorrono al raggiungimento di tale percentuale i controlli sui Ricoveri a rischio di non appropriatezza. Si specifica che, con deliberazione 5/2015, la Direzione Generale ha provveduto alla costituzione del Nucleo Aziendale Controlli (N.A.C.). Di seguito sono indicate le risultanze delle verifiche effettuate nel 2014.

Controlli interni: a fronte di 12.517 ricoveri sono state verificate complessivamente 1.382 Cartelle Cliniche pari al 11%, di cui 1.272 (10,2%) utili al raggiungimento del 10% minimo da sottoporre obbligatoriamente al controllo previsto dalla normativa nazionale. Contestualmente ad alcune tipologie di controllo, è stata verificata la completezza e qualità della documentazione su 747 Cartelle Cliniche pari al 6% dei ricoveri.

Controlli esterni (mobilità passiva dei residenti): sono state visionate tutte le SDO dei ricoveri prodotti dalle aziende regionali, selezionando successivamente quelli da controllare, generalmente per quanto attiene la correttezza di codifica, l'appropriatezza delle giornate di degenza e del regime di ricovero. A fronte di 4.577 ricoveri in mobilità passiva regionale sono stati contestati/approfonditi 60 ricoveri, secondo le indicazioni del Piano Annuale Controlli 2014.

In riferimento alle azioni per la qualità e la sostenibilità nelle **cure primarie**, nel 2014, l'AUSL di Imola ha proseguito il percorso di potenziamento e sviluppo dell'assistenza primaria attraverso l'avvio di progetti di medicina di iniziativa e presa in carico multiprofessionale del paziente affetto da patologie croniche sia nei Nuclei di Cure Primarie di Imola e Borgo Tossignano che nelle Case della Salute di Castel San Pietro Terme e Medicina.

L'avvio del progetto "**Presa in carico del paziente cronico complesso**" è stato negoziato nell'ambito dell'Accordo Integrativo Locale (AIL) con i medici di medicina generale, valevole per il biennio 2014 – 2015. A questo proposito si segnala anche l'avvio della funzione di accoglienza e

di accesso all'assistenza sociale e socio-sanitaria integrata con la collaborazione del volontariato. Lo sviluppo della presa in carico e della gestione proattiva delle patologie croniche (continuità assistenziale longitudinale) avviene secondo linee guida e percorsi diagnostico terapeutici condivisi con la componente medica e specialistica, con il coinvolgimento diretto della componente infermieristica e la stratificazione degli interventi per severità e intensità assistenziale.

La popolazione target include i soggetti deambulanti e non istituzionalizzati ad elevata vulnerabilità sanitaria e sociale, con elevati livelli di dipendenza, multimorbidità e di utilizzo dei servizi (ricoveri ripetuti, accessi multipli in Pronto Soccorso, polifarmacoterapia) affetti da malattie respiratorie croniche (BPCO oppure pazienti in ossigenoterapia) e malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco). Sono arruolabili per il percorso anche i pazienti con diabete mellito "complessi" (diabetici con multimorbidità, polifarmacoterapia, eventuale vulnerabilità socio-sanitaria e/o frequente utilizzo dei servizi).

La presa in carico del paziente cronico complesso prevede l'utilizzo di due diversi modelli organizzativi, ovvero l'inserimento di questa attività all'interno del modello di Continuità Assistenziale Diurna e quindi della relativa remunerazione, per i due NCP imolesi, mentre per i restanti NCP gli orari di attività sono aggiuntivi e così anche i compensi, erogati a caso trattato. Altro obiettivo innovativo dell'Accordo, che fa seguito alla attivazione delle Case della Salute, è l'attribuzione delle funzioni di coordinamento clinico delle CdS ai Coordinatori di NCP, i quali partecipano agli organismi direttivi delle Case della Salute (Board Direttivo e Comitato di Coordinamento). Con l'accordo aziendale siglato nel 2014 si è lavorato per migliorare la qualità organizzativa del servizio di continuità assistenziale, con particolare riferimento all'introduzione dell'applicativo informatizzato per la registrazione dell'attività erogata.

E' stata introdotta la figura dell'infermiere *care manager* dell'ambulatorio che si assume la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza ai pazienti durante la loro presa in carico territoriale, pianificando, in collaborazione con il MMG, il trattamento per soddisfare i bisogni di tali pazienti sia in ambito sanitario che sociale. Associazioni e rappresentanti dei cittadini sono coinvolti nello spettro di possibilità assistenziali/attività proposte ai pazienti in carico, in particolare sulla promozione di stili di vita sani.

Il monitoraggio del progetto di presa in carico del paziente cronico viene effettuato in collaborazione con l'Università Bocconi che nella progettualità ha pianificato interventi formativi rivolti agli operatori aziendali. La collaborazione interdipartimentale all'interno della Casa della Salute si è concretizzata con il personale dei Nuclei di Cure Primarie per l'attività vaccinale in capo al Dipartimento di Sanità Pubblica. Ad ottobre 2014 è stato organizzato un evento formativo rivolto al personale medico ed infermieristico del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento di Cure Primarie per favorire la presa in carico congiunta del paziente psichiatrico con co-morbidità.

Presso la Casa della Salute di Castel San Pietro Terme è stato avviato con il coinvolgimento di 4 MMG di Medicina Generale il progetto di lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare.

Presso i **Nuclei di Cure Primarie** le iniziative di confronto tra professionisti territoriali ed ospedalieri, in termini di condivisione di modelli organizzativi per la gestione dei percorsi clinico - assistenziali e di confronto sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, hanno coinvolto MMG, infermieri, specialisti territoriali e specialisti ospedalieri, cardiologi e pneumologi in particolare.

Nell'ambito del progetto di presa in carico del paziente cronico complesso è stato istituito il GLaM (Gruppo di Lavoro Multidisciplinare) composto da medici di organizzazione, responsabili infermieristici, referente clinico per la Medicina Generale, medici coordinatori ed infermieri dei Nuclei di cure Primarie, con lo scopo di condividere i criteri per l'arruolamento dei pazienti nel percorso cronicità, definire gli strumenti (documentazione sanitaria, supporti informativi, bisogni formativi), individuare le eventuali criticità, proporre soluzioni e valutare l'andamento del progetto. E' stata prevista la possibilità di eseguire prestazioni strumentali (lettura clinica di elettrocardiogramma e spirometria) all'interno dei Nuclei di Cure Primarie.

Sul tema dell'**appropriatezza prescrittiva** è stata definita una reportistica predefinita periodica rivolta ai MMG, finalizzata al monitoraggio degli obiettivi sulla farmaceutica, siglati nell'Accordo Integrativo Locale, con particolare riferimento al monitoraggio di categorie critiche di farmaci oggetto degli obiettivi regionali, alla rilevazione per ciascun MMG dell'andamento di prescrizione e di spesa con i propri scostamenti rispetto all'anno precedente, al NCP di appartenenza ed alla somma dei NCP, ecc. L'accordo, inoltre, con l'attivazione dell'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme (marzo 2014) ha coinvolto i medici di continuità assistenziale attraverso il loro inserimento nella copertura, congiuntamente ai medici ospedalieri, dell'assistenza ai pazienti della Struttura Residenziale di Cure Intermedie e dell'Hospice territoriale nelle fasce orarie notturne, nei pomeriggi prefestivi e nei festivi. L'inserimento è stato preceduto da un periodo di affiancamento e da attività di formazione condotta da medici geriatri, medici palliativisti e medici dell'area dell'emergenza/urgenza.

Tra il 2012 e il 2013 sono state recepite le indicazioni regionali in termini di appropriatezza prescrittiva nell'ambito dei percorsi senologici e del passaggio delle prestazioni di ricovero al regime ambulatoriale ex DGR 1108/2011. Quest'ultimo percorso si è ulteriormente ampliato con l'apertura della struttura dedicata Day Surgery Polispecialistico a Castel San Pietro Terme.

Le azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza nell'ambito dell'**Assistenza specialistica ambulatoriale** - partite nel 2011 con la condivisione tra MMG e specialisti dei criteri di appropriatezza per l'accesso alle prestazioni, in particolare le urgenze H24 ed le urgenze differibili - hanno previsto il monitoraggio del rispetto dei criteri stessi. Questa attività trova concretezza in un gruppo di lavoro composto dagli specialisti delle discipline più critiche (cardiologia, neurologia, pneumologia, gastroenterologia, radiologia) e dai rappresentanti della medicina generale. Nel periodo 2011-2013 sono state verificate complessivamente circa 780 prescrizioni e di queste circa il 66% è stato in prima battuta valutato inappropriato. Il gruppo di lavoro, oltre a valutare il rispetto e l'eventuale necessità di revisione dei criteri di appropriatezza individuati, offre al lato aziendale anche proposte per il miglioramento organizzativo dei percorsi.

### 3.4.3 Percorsi continuità ospedale - territorio

**Dimissioni Protette e PUA.** L'anno 2014 ha visto il PUA impegnato principalmente nel fornire supporto alle Unità Operative del Dipartimento Medico (Medicina 1, 2 e AMBI) e nel favorire la dimissione protetta dei pazienti ricoverati che necessitano di continuità ospedale - territorio sia per problematiche sociali che sanitarie. Questa attività vede un maggior coinvolgimento dell'infermiere, che assume un ruolo di interfaccia con le Unità Operative nel rilevare i bisogni, definire le tipologie di assistenza sul territorio e raccogliere eventuali segnalazioni utili per pianificare il rientro al domicilio o ingresso in Struttura, qualora non sia possibile un ritorno al domicilio.

Per favorire la comunicazione con i MMG e i Medici Ospedalieri è stata predisposta una scheda informativa in formato elettronico ed il supporto per facilitare l'uso di questo strumento. E' proseguita l'attività di integrazione e collaborazione con i servizi sociali territoriali sui casi segnalati cui segue la verifica incrociata dei dati di attività.

Presso il Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) è tuttora disponibile la visualizzazione delle segnalazioni informatizzate sull'applicativo gestionale "Arianna ADI" per la gestione quotidiana degli utenti che necessitano di attivazione di servizi sociali.

L'avvio dell'attività di facilitazione, all'interno del Dipartimento Medico, finalizzata alla continuità ospedale e territorio ha portato ad un incremento considerevole dell'attività diretta del PUA.

E' stata garantita, inoltre, come negli anni precedenti, l'attività di interfaccia con le Unità Operative ospedaliere, in particolare col Pronto Soccorso per le segnalazioni di utenti senza fissa dimora e per i casi di violenza sulle donne; con la Pediatria per un supporto nei percorsi di gestione domiciliare di casi complessi. Oltre a questi servizi è stata avviata anche una collaborazione con il Servizio di gastroenterologia per la gestione di alcuni pazienti sul territorio che presentano situazioni di particolare complessità (pazienti con Gastrotube o PEG che necessitano di consulenza gastroenterologia).

E' proseguito, anche nel 2014, il monitoraggio quotidiano dei posti letto di RSA temporaneo e l'attività di valutazione UVG semplificata con il geriatra in reparto per favorire la copertura immediata dei posti disponibili, come si continuano a garantire le valutazioni semplificate con l'assistente sociale per l'assegno di cura e la certificazione della non autosufficienza a seguito dell'attivazione del SAD.

Nel 2014 sono stati segnalati al PUA complessivamente 2.933 casi (+35% rispetto al 2013).

LA Tabella 3.3 mostra la distribuzione per sede di provenienza e il rapporto con il numero dei dimessi dai reparti ospedalieri. Le segnalazioni provengono nel 65,7% dei casi da unità operative di degenza (1.926) e riguardano il 14% dei dimessi dalle stesse. La percentuale di segnalazioni sui dimessi, come anticipato, risulta alta nelle unità operative d'area medica.

Tabella 3.3 - Segnalazioni e dimissioni per sede di provenienza. Periodo 2012-2014

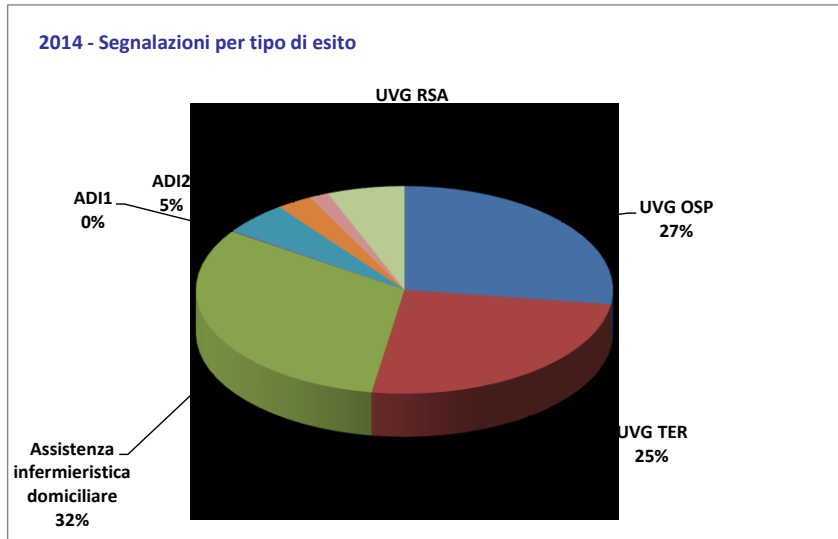
SEGNALAZIONI per sede di provenienza	2012	2013	2014	Dimissioni	% Segnalaz./ Dimissioni
AMBI - MEDICINA MINORE INTENSITA CLINICA	96	100	189	837	22,6%
MEDI - MEDICINA INTERNA 1	89	135	559	1066	52,4%
MED2 - MEDICINA INTERNA 2	93	97	302	701	43,1%
GERM - GERIATRIA MISTA	253	250	205	691	29,7%
LUIN - LUNGODEG. INTENSIVA	285	317	301	615	48,9%
LDPC - LUNGODEG.POST ACUTI CSP	226	178	123	150	82,0%
CARD - CARDIOLOGIA	8	5	5	746	0,7%
MUR - MEDICINA D'URGENZA	12	8	8	929	0,9%
UROL - UROLOGIA	4	5	3	847	0,4%
CHIA - CHIRURGIA A	17	30	27	1.260	2,1%
ORTB - ORTOPEDIA	22	29	46	1.233	3,7%
RIAN - RIANIMAZIONE	3	8	16	97	16,5%
SEMI - TERAPIA SEMINTENSIVA	7	7	4	219	1,8%
PSIO - PSICHIATRICO OBBL.	8	3	6	5	120,0%
PSIV - PSICHIATRICO VOL.	21	4	14	331	4,2%
HOSP - HOSPICE	24	35	37	107	34,6%
PEDG - PEDIATRIA GENERALE	21	21	14	707	2,0%
PEPN - PEDIATRIA NEONATALE	1	1	3	148	2,0%
SRCI-CSPT	0	0	48	150	32,0%
OSTE - OSTETRICIA-GINECOLOGIA	10	9	10	1.893	0,5%
NIDO - NEONATOLOGIA	3	3	6	856	0,7%
DIALISI-NEFROLOGIA	7	6	3		
DH ONCOLOGICO	15	27	6		
OBI	8	16	13		
PRONTO SOCCORSO	88	83	82		
ALTRI SERVIZI	1	7	8		
DOMICILIO	698	651	753		
Montecatone	66	38	55		
Ospedale altra AUSL	42	60	53		
Strutture ASP (CP/RSA)	30	32	34		
altro	2	0	0		
<b>TOTALE</b>	<b>2.160</b>	<b>2.165</b>	<b>2.933</b>	<b>13.588</b>	<b>14,17%</b>

La distribuzione per esito delle segnalazioni evidenza (Figura 3.4) che in 494 casi (32%) è stata necessaria l'attivazione dell'assistenza infermieristica domiciliare; in 421 casi l'UVG ospedaliero e in 368 casi l'UVG territoriale per un totale complessivo di UVG pari al 56% delle segnalazioni. Le prese in carico dell'Assistenza Domiciliare Integrata (bassa/media/alta intensità) sono state 124.

Figura 3.4 - Distribuzione segnalazioni PUA per tipologia di esito. Periodo 2012-2014

SEGNALAZIONI per tipo di esito (*)	2012	2013	2014
UVG OSP	404	431	421
UVG TER	0	368	391
Assistenza infermieristica domiciliare	451	454	494
ADI1	3	5	2
ADI2	100	68	79
ADI3	52	73	43
altri servizi AUSL	10	15	0
DGR 2068/04	18	8	23
UVG RSA Temporaneo	0	152	93
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>1.038</b>	<b>1.422</b>	<b>1.453</b>

(\*) sono escluse le segnalazioni con bisogno sociale ASP/AUSL



**PDTA - Neoplasia della mammella.** Nel 2014 si è concluso il lavoro, che ha coinvolto tutti i professionisti interessati, di definizione a livello aziendale del PDTA di presa in carico della donna affetta da neoplasia alla mammella. Il percorso prevede la presa in carico della donna durante tutte le fasi del percorso, accompagnandola nel programma di cure secondo piani personalizzati multidisciplinari e multi professionali. Il campo di applicazione riguarda le donne con diagnosi di sospetta o accertata neoplasia della mammella nelle diverse fasi di conferma diagnostica, terapeutica, riabilitativa, di *follow-up* e di gestione avanzata della malattia. Il documento, la cui versione definitiva è uscita nei primi mesi del 2014, è stato redatto in base agli indirizzi del livello regionale, coi seguenti obiettivi: assicurare il miglior percorso praticabile all'interno della organizzazione aziendale di tutte le fasi assistenziali; condividere gli standard professionali ed organizzativi; promuovere e migliorare la comunicazione ed il confronto tra le parti professionali, focalizzando l'attenzione sulle esigenze della paziente e del *care giver*; ricercare corrispondenza degli *outcome* rispetto agli indicatori previsti nel PDTA.

**Rete delle cure palliative.** L'accesso alla Rete delle Cure Palliative avviene per gli utenti con *setting* assistenziale territoriale tramite l'accesso agli ambulatori oncologici, o mediante l'apertura di Assistenza Domiciliare Integrata con consulenza del palliativista; l'accesso alla Rete è garantito anche per gli utenti con *setting* assistenziale ospedaliero, tramite l'accesso in Reparto del medico palliativista che, in base alle condizioni del paziente, rende operativa l'assistenza territoriale o quella in Hospice.

#### 3.4.4 Gestione del rischio "sicurezza delle cure"

**Assetto organizzativo per rischio e sicurezza.** Nel 2014 è stato concluso il progetto, in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale, per la realizzazione del programma "Produzione di un manuale di riferimento per il Governo Clinico e la qualità in forma integrata, nonché la sperimentazione dello stesso" (DGR 978/2009).

L'AUSL di Imola ha, inoltre, attuato quanto previsto dalla DGR 318/2013 ad oggetto "Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici". L'AUSL di Imola, infatti, con Deliberazione 58/2014 ha provveduto a modificare l'assetto organizzativo e le funzioni degli organismi e della rete di referenti/facilitatori deputati alla Gestione del Rischio Infettivo. In particolare, allo scopo di armonizzare l'assetto organizzativo a quanto indicato dalle suddette linee guida, sono state riviste le modalità di Gestione del Rischio Infettivo nell'azienda, garantendo:

- integrazione delle attività del rischio infettivo nell'ambito della funzione aziendale di gestione del rischio, in modo da avvalersi di tutte le competenze e ottimizzare l'uso delle risorse;
- integrazione delle attività di controllo del rischio infettivo tra ospedale e territorio e Dipartimento di Prevenzione;
- integrazione delle attività di controllo mirate a prevenire la trasmissione di infezioni in ambito assistenziale e quelle mirate a promuovere l'uso responsabile di antibiotici;
- coinvolgimento diretto degli organi preposti dell'azienda (Collegio di Direzione) nella definizione e validazione degli obiettivi strategici del programma annuale di intervento.

**Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.** Nell'AUSL di Imola è stato predisposto, dal 2011, un protocollo di gestione del rischio caduta che considera la fase di valutazione del rischio di caduta del paziente, la pianificazione delle misure preventive rivolte al paziente a rischio, le indicazioni di gestione del paziente caduto, le modalità di segnalazione. E' attivo, pertanto, un sistema di osservazione/informativo delle cadute da parte dell'Area Rischi Clinici con l'obiettivo di monitorare periodicamente gli indicatori specifici su:

- frequenza delle cadute suddivise per Dipartimento e Unità Operativa;
- frequenza delle cadute rispetto il totale dei ricoveri;
- frequenza e tipologia degli esiti suddivisi per gravità;
- numero di ricadute suddivise per Unità Operativa.

Semestralmente avviene il feed-back dei risultati alle unità operative, attraverso l'elaborazione di report specifici. In caso di un evento con esito significativo/severo, oppure di ripetute ricadute di un assistito, l'area Rischi Clinici effettua una sorveglianza attiva per verificare se sono state adottate le misure correttive e di miglioramento.

**Indicazioni relative ad allontanamento di paziente da strutture sanitarie.** L'AUSL di Imola ha partecipato alla stesura della procedura interaziendale provinciale ad oggetto "Gestione dei casi di allontanamento di pazienti presi in carico da struttura sanitaria" ed ha redatto una propria procedura interna recependo la procedura di riferimento. Al fine di garantire una puntuale applicazione della stessa sono stati organizzati due corsi. Gli eventi, quando si verificano, vengono segnalati con il sistema dell'*Incident reporting* e vengono discussi ai fini dei necessari interventi correttivi.

**Linee di indirizzo sulla gestione clinica del farmaco, ricognizione e riconciliazione farmacologica.** Esiste una procedura che viene regolarmente aggiornata con le indicazioni

regionali e che contiene le linee per la corretta gestione del farmaco e per la ricognizione e riconciliazione farmacologica. L'AUSL di Imola utilizza il flusso dell'*Incident reporting* per individuare le criticità emerse nella gestione del farmaco a cui segue un'analisi dei casi a livello di Unità Operativa o di Dipartimento. A livello aziendale l'intervento in corso è relativo al miglioramento della documentazione sanitaria (informatizzazione, scheda unica di terapia).

**Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.** La gestione è ormai consolidata ed è stata regolamentata e redatta una procedura aziendale di emotrasfusione "trasfusione di sangue ed emocomponenti" che ha come obiettivi:

- garantire la sicurezza trasfusionale al paziente/utente;
- minimizzare il rischio di accadimento di errori;
- assicurare la tracciabilità del processo e degli operatori coinvolti.

La procedura riguarda sia il paziente preso in carico dalla struttura ospedaliera e sia il paziente preso in carico dalle strutture territoriali (domicilio, nuclei di cure primarie, CRA).

Esistono due livelli di controllo: uno esercitato dal centro trasfusionale, uno tramite le segnalazioni dell'*Incident reporting*. Ogni segnalazione viene processata con un'analisi del caso e relativi correttivi applicati.

**Prevenzione della violenza su operatore sanitario.** Nell'AUSL di Imola già da anni sono stati effettuati interventi sulla prevenzione della violenza su operatori sanitari di tipo prevalentemente formativo dedicati a operatori a rischio anche in riferimento a segnalazioni pervenute: percorso formativo Pronto Soccorso, operatori Ufficio Relazioni con il Pubblico, operatori del Dipartimento Salute Mentale. Ogni segnalazione pervenuta viene processata con audit di caso. Nel 2014 è stato attivato un percorso interno al fine di costruire un progetto aziendale complessivo con redazione di specifica linea guida e formazione trasversale agli operatori non soltanto di settori a rischio.

**Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile.** La Giunta della Regione Emilia-Romagna, con DGR 561 del 28.04.2014, ha ammesso l'AUSL di Imola alla fase sperimentale del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri a partire dal 01.05.2014. L'azienda, con propria deliberazione, ha preso atto dell'adesione e ha nominato il Responsabile dell'attuazione del Programma (Direttore dell'Unità Operativa Segreteria Generale e Affari Legali) rinviando a successivi provvedimenti la definizione delle procedure e competenze e ha previsto, con riferimento alle condizioni organizzative necessarie (DGR 2079 del 29.12.2013), di predisporre gli adempimenti necessari per l'adeguamento delle risorse, tenendo conto della natura sperimentale del programma e dello stato dell'organico aziendale.

E' stato, quindi, attivato un servizio legale di supporto nella gestione extragiudiziale dei sinistri per la Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.) riferito ai sinistri rientranti nella sperimentazione aperti dal 01.05.2014 al 31.12.2014. Con deliberazione 123 del 01.09.2014 è stata rivista la composizione e il relativo funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.) istituito nel 2012, secondo le previsioni della DGR 1350/2012 ed in coerenza con la citata DGR 2079/2013.



Con deliberazione 165 del 18.11.2014 è stato approvato il documento "Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri. Assetto organizzativo e competenze per la gestione extragiudiziale". Sono state definite le fasi in cui si articola la gestione del sinistro, gli Uffici e le Direzioni coinvolti, le competenze di ciascuno, nonché le modalità di realizzazione degli adempimenti.

Oltre alla procedura di gestione dei sinistri il provvedimento disciplina anche le funzioni del Comitato Valutazioni Sinistri.

Nel 2014 è continuata l'alimentazione del data base regionale e l'aggiornamento tempestivo dello stesso. Inoltre, è stata predisposta una apposita reportistica per i sinistri rientranti nel programma regionale quale strumento utile per la gestione e la mappatura degli stessi.

Nel periodo di sperimentazione sono stati aperti 32 sinistri di cui 10 relativi a mere attivazioni dell'Autorità Giudiziaria. E' stata data informativa e/o richiesto parere al Nucleo regionale di valutazione per 3 sinistri e, come previsto dalla determinazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali (n. 4955 del 10.04.2014), è stato trasmesso al Nucleo l'elenco dei sinistri potenzialmente sopra la soglia di € 250.000.

La tabella sotto evidenzia il totale complessivo di sinistri, pari a 62 nel 2014, giunti all'attenzione dell'azienda per segnalazione diretta o indiretta dell'interessato, ovvero per la notizia dell'avvio di una azione penale o civile o per il semplice sequestro di documentazione clinica. Sul totale si rilevano 38 casi "utili", ovvero per i quali è stata presentata una richiesta di risarcimento del danno, indipendentemente dalla forma con cui è stata prospettata (ad es. semplice richiesta diretta, intermediata da uno studio legale o associata ad un'azione civile o penale).

**Tabella 3.5 - Sinistri aperti per anno. Periodo 2008 - 2014**

Anno di apertura	Totale sinistri	di cui sinistri "utili"
2008	52	43
2009	48	44
2010	57	47
2011	54	41
2012	71	57
2013	52	38
2014	62	38
<b>TOTALE</b>	<b>396</b>	<b>308</b>

**Infezioni correlate all'assistenza (ICA).** Nelle strutture ospedaliere e nelle Case Residenze Anziani (CRA) le ICA riguardano circa l'8-10% dei pazienti ricoverati (Consiglio d'Europa 2009), nel 2013 la frequenza delle ICA nell'AUSL di Imola è rientrata in questi standard. Per prevenire la trasmissione di ICA il servizio rischi clinici attua interventi di prevenzione, controllo e sorveglianza nel presidio Ospedaliero, nel Dipartimento di cure primarie e nelle Case Residenze Anziani (CRA). La prevenzione delle ICA, nel 2014, si è realizzata tramite la revisione periodica di alcuni protocolli assistenziali, la formazione continua degli operatori e la promozione dell'igiene delle mani in tutti i

*setting* assistenziali. Il servizio rischi clinici ha sorvegliato continuamente le infezioni del sito chirurgico (progetto SICHER), le infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva (progetto Margherita), la resistenza dei microrganismi agli antibiotici nel Presidio Ospedaliero e nelle CRA, la frequenza delle ICA nelle CRA, l'adesione degli operatori all'igiene delle mani e i consumi di soluzione alcolica.

Nel 2014 la sorveglianza dei microrganismi antibioticoresistenti si è focalizzata soprattutto nei confronti degli Enterobatteri produttori di Carbapenemasi che rappresenta una emergenza sociale. A cadenza mensile, l'Area Rischi Clinici provvede ad inviare i dati di monitoraggio degli Enterobatteri produttori di Carbapenemasi relativi al Presidio Ospedaliero e a Montecatone *Rehabilitation Institute* S.p.A. all'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia Romagna (ASSER).

L'attività di controllo si è realizzata tramite la conduzione di audit clinici per verificare l'applicazione delle buone pratiche assistenziali nel **blocco operatorio** e la verifica dell'applicazione delle misure di isolamento negli assistiti con malattie infettive nel Presidio Ospedaliero e nelle CRA. Per monitorare lo stato di avanzamento dei programmi aziendali di governo del rischio infettivo correlato alle attività assistenziali, l'ASSER redige un rapporto annuale di confronto tra le Aziende Sanitarie che si focalizza sulle seguenti 4 aree tematiche analizzate attraverso il calcolo di indicatori ed indici:

1. attività di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
2. attività mirate a promuovere la corretta adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari;
3. attività di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (partecipazione al Sistema SICHER)
4. utilizzo di antibiotici in ambito ospedaliero.

Nell'AUSL di Imola nel 2014 sono stati raggiunti gli standard per tutti gli indicatori monitorati.

**Sicurezza in sala operatoria.** Per promuovere la sicurezza in sala operatoria, per ogni intervento chirurgico in regime ordinario viene compilato il modulo A della *check-list* SOS.net, mentre per gli interventi in regime d'urgenza viene compilata la *check-list* ministeriale.

Nel 2014 la *check-list* SOS.net è stata compilata nel 90% dei casi indicati (7.406 su 8.180 interventi effettuati in regime ordinario nel Blocco Operatorio di Imola e CSPT).

Le non conformità più frequenti riguardano: la mancata marcatura del sito; problemi di sterilità con lo strumentario; non conferma della sede di intervento. Tutti i risultati risultano in linea con quelli regionali.

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

### 4.1 "Carta di Identità" del personale

Le risorse umane impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2014, risultano complessivamente 1.963, registrando rispetto al 2013 un decremento pari a - 19 unità, di cui 15 inquadrate come personale dipendente.

**Tabella 4.1 - Personale dell'AUSL di Imola per tipologia contrattuale. Periodo 2012-2014**

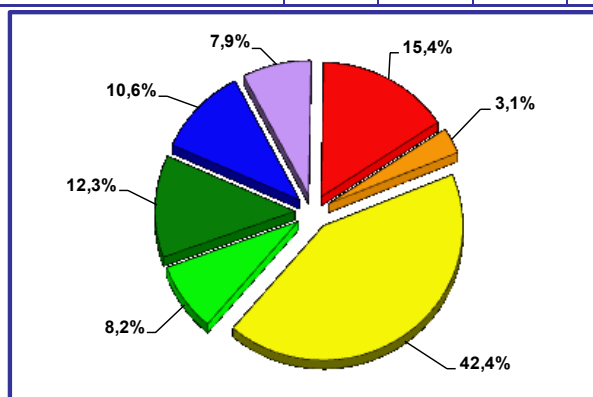
Tipologia contrattuale	2012	2013	2014	Var ass. 2014 - 2013
Dipendente	1.789	1.789	1.774	-15
Convenzionato*	163	163	162	-1
Contratti libero-professionali, co.co.co.	28	30	27	-3
<b>TOTALE</b>	<b>1.980</b>	<b>1.982</b>	<b>1.963</b>	<b>-19</b>

\* Convenzionato: MMG, PLS, Medici Ambulatoriali, Medici Continuità assistenziale

In Figura 4.2 si rappresenta la suddivisione del personale dipendente per categorie professionali, con la variazione percentuale rispetto all'anno precedente.

**Figura 4.2 – Personale dipendente dell'AUSL di Imola per categorie. Periodo 2012-2014**

Categorie personale dipendente	2012	2013	2014	Var % 2014-2013
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	270	270	273	1,1%
ALTRI DIRIGENTI SPTA	54	53	55	3,8%
PERSONALE INFERMIERISTICO	750	756	753	-0,4%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	146	145	146	0,7%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	212	217	218	0,5%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	201	196	188	-4,1%
ALTRO PERSONALE	156	152	141	-7,2%
<b>TOTALE</b>	<b>1.789</b>	<b>1.789</b>	<b>1.774</b>	<b>-0,8%</b>



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

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

**Tabella 4.3 – Personale convenzionato per categorie, genere e classi di età. Anno 2014**

Categorie personale convenzionato	sesso		classi di età					Totale	%
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65		
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA	53	41		3	21	64	6	<b>94</b>	<b>58%</b>
MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	7	15		3	6	13	0	<b>22</b>	<b>14%</b>
MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (Titolari)	13	10	1	5	10	7		<b>23</b>	<b>14%</b>
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	9	14		3	3	16	1	<b>23</b>	<b>14%</b>
<b>Totale</b>	<b>82</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>162</b>	<b>100%</b>

La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola (Tabella 4.4) si ripropone immutata: ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata dato dal numero basso degli *under 35*; massima concentrazione nelle classi 45-54 (42,7%).

**Tabella 4.4 - Personale dipendente per categorie e classi di età. Anno 2014**

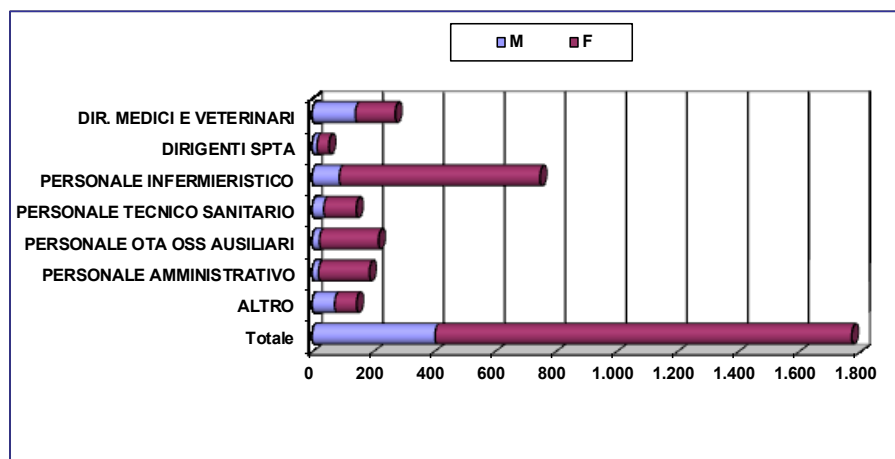
2014	classi di età					TOT.
	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	29	64	58	116	6	<b>273</b>
ALTRI DIRIGENTI SPTA	2	15	19	19	0	<b>55</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO	118	228	310	93	0	<b>749</b>
PERSONALE TECNICO SANITARIO	26	32	62	25	0	<b>145</b>
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	7	47	114	50	0	<b>218</b>
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2	17	117	51	1	<b>188</b>
ALTRO	2	26	77	41	0	<b>146</b>
<b>Totale</b>	<b>186</b>	<b>429</b>	<b>757</b>	<b>395</b>	<b>7</b>	<b>1.774</b>
<b>%</b>	<b>10,5%</b>	<b>24,2%</b>	<b>42,7%</b>	<b>22,3%</b>	<b>0,4%</b>	

In Figura 4.5 è rappresentata la distribuzione per genere che conferma una netta maggioranza di personale femminile. Il personale maschile risulta superiore nella categoria "dirigenti medici e veterinari".

**Figura 4.5 - Personale dipendente per categorie e genere. Anno 2014**

2014	Sesso		TOT.
	M	F	
DIR. MEDICI E VETERINARI	142	131	<b>273</b>
DIRIGENTI SPTA	16	39	<b>55</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO	89	660	<b>749</b>
PERSONALE TECNICO SANITARIO	38	107	<b>145</b>
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	24	194	<b>218</b>
PERSONALE AMMINISTRATIVO	21	167	<b>188</b>
ALTRO	74	72	<b>146</b>
<b>Totale</b>	<b>404</b>	<b>1.370</b>	<b>1.774</b>

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



Di seguito la suddivisione del personale dipendente per categorie e Livello di assistenza (LEA).

**Tabella 4.6 – Personale dipendente suddiviso per categorie e livelli di assistenza. Anno 2014**

Personale dipendente	OSPEDALE	DISTRETTO	SANITA' PUBBLICA	SERVIZI GENERALI	Totale
DIR. MEDICI E VETERINARI	216	37	17	3	273
DIRIGENTI SPTA	14	10	2	29	55
PERSONALE INFERMIERISTICO	599	123	11	16	749
PERSONALE TECNICO SANITARIO	78	48	16	3	145
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	196	17	2	3	218
PERSONALE AMMINISTRATIVO	34	39	9	106	188
ALTRO	30	10		106	146
<b>Totale</b>	<b>1.167</b>	<b>284</b>	<b>57</b>	<b>266</b>	<b>1.774</b>
<b>%</b>	<b>66%</b>	<b>16%</b>	<b>3%</b>	<b>15%</b>	<b>100%</b>

In Tabella 4.7 si evidenzia un decremento, nel 2014, delle unità di personale a tempo indeterminato pari a -33 unità.

**Tabella 4.7 - Indicatore di mobilità del personale dipendente (turn-over). Anno 2014**

DIPENDENTI 2014	IN INGRESSO				IN USCITA					turn over
	da SSR	non da SSR	Altro	Tot	dimissione	mobilità vs altre aziende	pensionamento	altri motivi	Tot	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	7			7	2	2	5	1	10	-3
ALTRI DIRIGENTI SPTA			1	1			1		1	0
PERSONALE INFERMIERISTICO	4		21	25	4	9	19	4	36	-11
PERSONALE TECNICO SANITARIO				0	1	1	3		5	-5
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI			7	7	2		3	2	7	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO				0	1	1	5	1	8	-8
ALTRO				0			4	2	6	-6
<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>29</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>73</b>	<b>-33</b>

In Tabella 4.8 il *turn over*, rispetto alle modalità di reclutamento e alle cause di cessazione.

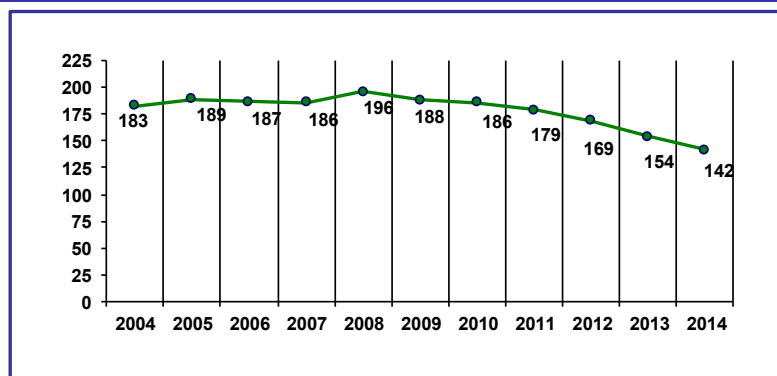
## Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

**Tabella 4.8 - Modalità di reclutamento e cause di cessazione nell'AUSL di Imola. Anno 2014**

Modalità di reclutamento	2014
TRASFERIMENTO DA ALTRO ENTE	11
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBL. CONTINUITA' TEMPO DETERM.	10
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA	19
<b>Totale</b>	<b>40</b>
Cause di cessazione	2014
DECESSO	3
INIDONEITA' PERMANENTE A PROFICUO LAVORO	7
RECESSO DEL DIPENDENTE	6
RECESSO PER PENSIONAMENTO	39
RISOLUZIONE RAPPORTO PER RAGGIUNTI LIMITI DI ETA'	1
TERMINE RAPPORTO-FINE ASPETT. ENTE ESTERNO	4
TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE	13
<b>Totale</b>	<b>73</b>

Il Grafico 4.9 e la Tabella 4.10 mostrano, rispettivamente, il trend dei part-time negli ultimi dieci anni e la suddivisione per categoria, genere e tipologia (ciclico, orizzontale e verticale) in riferimento al 2014.

**Grafico 4.9 - Numero di part-time attivati nell'AUSL di Imola. Periodo 2004 - 2014**



\* Dato al 31/12 dell'anno di riferimento

Il trend, in netto calo a partire dal 2008, mostra un ulteriore decremento del personale con part time, nel 2014 rispetto al 2013, pari a – 12 unità.

**Tabella 4.10 - Numero part-time nell'AUSL di Imola, aggregati per tipologia e genere. Anno 2014**

Part-Time 2014	PT Ciclico		PT Orizzontale		PT Verticale		TOT.
	M	F	M	F	M	F	
PERSONALE INFERMIERISTICO	0	0	1	57	0	25	83
PERSONALE TECNICO SANITARIO	0	0	0	5	0	3	8
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	0	0	1	10	0	7	18
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0	1	0	17	0	4	22
ALTRO	0	0	0	5	4	2	11
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>94</b>	<b>4</b>	<b>41</b>	<b>142</b>

La Tabella 4.11 mostra i dipendenti suddivisi per genere (con complessive giornate di assenza) che hanno usufruito degli accessi ai congedi parentali e alla L. 104/92 per l'assistenza a familiare, nel biennio 2013-2014.

**Tabella 4.11 – Accesso ai congedi parentali e assistenza familiare. Anni 2013 e 2014**

ANNO 2014	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	200	31	8.970	401
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	211	30	5.135	564
<b>Totale</b>	<b>411</b>	<b>61</b>	<b>14.105</b>	<b>965</b>
ANNO 2013	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	198	36	10.282	699
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	224	24	5.316	506
<b>Totale</b>	<b>422</b>	<b>60</b>	<b>15.598</b>	<b>1.205</b>

## ***4.2 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti***

### **4.2.1 Sistema di valutazione *performance* e sistemi incentivanti**

La Regione Emilia Romagna, con la LR 26/2013 e la DGR 334/2014, ha dettato nuove disposizioni in materia di misurazione e valutazione della *performance* del personale dirigente ai sensi del D.lgs. 150/2009. E' stato istituito un Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) unico a livello regionale con il compito di fornire indirizzi operativi in materia di ciclo della *performance*, oltre che valutare la correttezza metodologica e l'adeguatezza dei sistemi di valutazione implementati a livello delle singole aziende sanitarie. La stessa norma prevede l'istituzione presso ogni azienda di un Organismo Aziendale di Supporto (OAS), elemento di raccordo tra OIV unico regionale e la struttura aziendale.

L'AUSL di Imola, con propria deliberazione (n. 26 del 6.3.2013), era già intervenuta recependo le novità introdotte dal D.lgs. 150/2009 e prevedendo l'avvio di un percorso sperimentale rivolto all'introduzione di nuove modalità di valutazione della *performance* individuale del personale dirigente legate al sistema premiante. Tale percorso ha previsto una fase sperimentale (2013 – 2015) coinvolgendo le Unità Operative che nel periodo di sperimentazione hanno testato almeno una volta il nuovo sistema di valutazione, con l'obiettivo di portarlo a regime per tutti nel 2016.

Il nuovo percorso di valutazione della *performance* individuale è stato rielaborato partendo dalla consapevolezza che all'interno delle aziende sanitarie è sempre più sentita la necessità di applicare nuovi strumenti di rendicontazione capaci di apprezzare i diversi livelli di *performance*, oltre che di agire su clima e cultura organizzativa e sullo sviluppo dei sistemi di comunicazione e di relazione con collaboratori, partner e *stakeholder* sociali.

Tali strumenti, in particolare per quanto riguarda la gestione del personale, devono andare oltre le politiche retributive e di carriera, ponendo attenzione al miglioramento della qualità del lavoro, offrendo nuove opportunità di sviluppo professionale ed investendo su relazioni interne capaci di produrre significati e valori condivisi. In questo quadro la ricerca di una nuova forma di motivazione basata su un *commitment* interno e sulla valorizzazione del lavoro individuale, può rappresentare un valore aggiunto alle sole logiche di scambio retribuzione/prestazione, dando diverso senso e dignità al lavoro. In questo senso l'AUSL di Imola ha voluto investire sulle proprie figure dirigenziali e sulla crescita di una cultura "manageriale" interna che, oltre alle tecniche e agli strumenti di gestione, pone l'attenzione su tematiche come il clima organizzativo, l'assunzione del rischio, gli investimenti emotivi, i valori da condividere e i codici morali da rispettare e le scelte da valutare, rendere sostenibili e perseguire.

Allo stato attuale il sistema di valutazione permette di apprezzare e misurare la *performance* organizzativa di tutte le Unità operative, nonché dei rispettivi direttori e responsabili. A decorrere dal 2016 tutti i dirigenti saranno valutati a livello di *performance* individuale.

#### **4.2.2 Sistema di valutazione incarichi dirigenziali e sviluppo di carriera**

Analogamente a quanto realizzato in materia di valutazione della *performance* annuale si è proseguito nell'implementazione di un nuovo sistema di valutazione dei dirigenti legato agli incarichi professionali attribuiti. Tutti i dirigenti dell'azienda vengono oggi valutati a fine incarico utilizzando un più articolato sistema di valutazione che tiene conto degli obiettivi raggiunti, delle competenze professionali espresse e dei comportamenti organizzativi manifestati.

Al fine di portare a regime il nuovo sistema, anche nel 2014, si è proseguito nella riformulazione dei contratti individuali di incarico, affinché in tale atto potessero trovare adeguata declinazione gli obiettivi assegnati ad ogni singolo dirigente ed esplicitati gli indicatori su cui basare la valutazione finale, in ordine ai risultati attesi ed ai target fissati.

### **4.3 Gestione del rischio e sicurezza**

#### **4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali**

Nel 2014, nell'ambito della procedura riguardante il percorso sanitario e amministrativo dell'infortunio a rischio biologico, l'AUSL di Imola registra un calo generale delle visite di sorveglianza sanitaria rispetto all'anno precedente.

---

**Tabella 4.12 - Attività di sorveglianza sanitaria dell'AUSL di Imola. Anni 2013 e 2014**

---

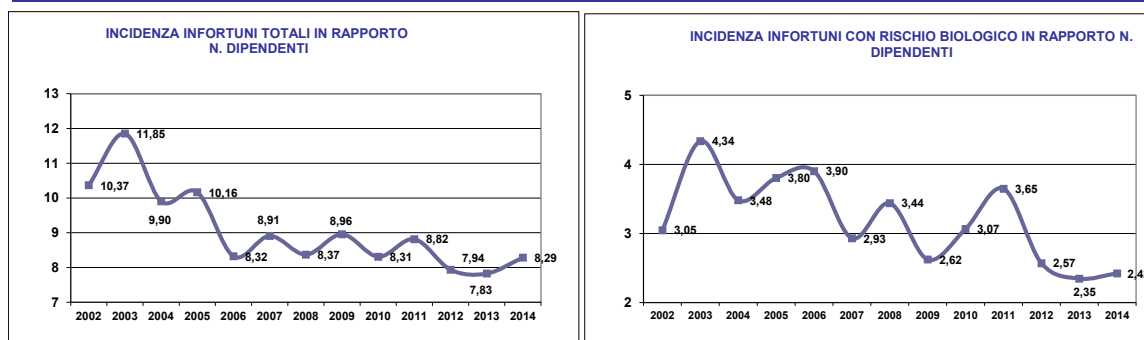
Attività di sorveglianza	2013	2014	Var.	Var %
N° visite effettuate	810	503	-307	-37,9%
N° visite periodiche	430	309	-121	-28,1%
N° visite preventive + visite a richiesta	283	110	-173	-61,1%



### 4.3.2 Andamento del fenomeno infortunistico

Gli infortuni e le malattie professionali vengono denunciati *on line* collegandosi al sito Web INAIL e per ogni infortunio viene effettuata una intervista-inchiesta interna. L'analisi dell'andamento complessivo è effettuata su base annuale per quantificare il fenomeno e monitorare l'andamento degli indici. Nel 2014 sono stati rilevati 147 infortuni totali, di cui 43 a rischio biologico: l'indice di incidenza per gli infortuni totali è di 8,29% e per gli infortuni a rischio biologico risulta pari a 2,42%, entrambi in lieve aumento rispetto all'anno precedente.

Grafici 4.13 - Incidenza di infortuni di dipendenti nell'AUSL di Imola. Periodo 2002-2014



La tabella che segue riassume il numero dei lavoratori assicurati INAIL sottoposti a sorveglianza, il numero degli infortuni e i lavoratori con inidoneità.

Tabella 4.14 – Sorveglianza sanitaria, inidoneità alla mansione e infortuni. Periodo 2011-2014

Sorveglianza sanitaria	2011	2012	2013	2014
Lavoratori assicurati INAIL	1.781	1.789	1.789	1.783
Totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	1.650	1.735	1.735	1.774
Totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	552	743	810	503
Lavoratori idonei alla mansione specifica	515	600	608	308
Lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	24	17	23	14
Lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	6	10	30	26
Lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica	6	12	10	6
Lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica	1	1	3	2
Infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici	76	78	73	88
Infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici	10	18	25	16
Infortuni a matrice biologica	65	46	42	43
Totale infortuni denunciati	77	55	102*	113
Totale di giornate di assenza per infortunio	2.185	1.868	1.991	2.100

(\*) Il totale infortuni denunciati è aumentato per un cambiamento nella modalità di denuncia degli infortuni, dettata da una nuova determinante normativa. Nel numero relativo al 2013 sono contemplate anche le comunicazioni di infortunio.

L'AUSL di Imola si attiene alle direttive nazionali e regionali nella valutazione e gestione del rischio stress da lavoro correlato in un'ottica preventiva e di promozione del benessere organizzativo, attraverso organi come il **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, che funge da punto di rilevazione delle segnalazioni provenienti dalle realtà lavorative aziendali.

## 4.4 Formazione "in cifre"

L'AUSL di Imola ha realizzato 230 iniziative formative rivolte al personale dipendente (121 residenziali, 85 di formazione sul campo, 12 *blended* e 11 FAD) che hanno dato origine a 439 edizioni di cui 410 accreditate e 29 non accreditate rivolte a personale non soggetto a obbligo ECM. E' stata, altresì, garantita l'attività di *Provider* ECM per eventi formativi promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia Romagna, nonché da Montecatone *R.I.*

In qualità di *Provider* sono state processate complessivamente 110 edizioni. L'AUSL di Imola ha, inoltre, progettato e realizzato 3 corsi dedicati a cittadini e volontari del territorio, riguardanti diversi temi tra i quali la sicurezza sviluppati su 14 edizioni.

**Tabella 4.15 - Iniziative formative realizzate. Anno 2014**

INIZIATIVE FORMATIVE 2014	Eventi realizzati dedicati a personale dipendente		Eventi accreditati per Agenzia/RER		Eventi accreditati per Montecatone		Eventi realizzati dedicati a Personale ESTERNO		Totale Corsi	Totale Edizioni
	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni
<b>Residenziale ECM</b>	117	205	13	34	18	26			<b>148</b>	<b>265</b>
<b>Residenziale NON ECM</b>	4	19			2	11	3	14	<b>9</b>	<b>44</b>
<b>Sul campo ECM</b>	83	184			5	37			<b>88</b>	<b>221</b>
<b>Sul campo NON ECM</b>	2	3				2			<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Blended ECM</b>	12	16							<b>12</b>	<b>16</b>
<b>FAD</b>	5	5							<b>5</b>	<b>5</b>
<b>FAD NON ECM</b>	7	7							<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Totale</b>	<b>230</b>	<b>439</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>76</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>271</b>	<b>563</b>

Sono state, inoltre, realizzate 18 iniziative formative dedicate ai Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali.

**Tabella 4.16 - Personale convenzionato coinvolto in iniziative formative. Anno 2014**

Titoli corsi di aggiornamento interno per personale convenzionato	MMG	MCA	PDLS	SPEC AMB
Choosing Wisely: scelte appropriate in tema di Test Genetici	66			
Percorso diagnostico e terapeutico per i disturbi del comportamento alimentare in età pediatrica e nell'adolescenza	75		18	1
Osteoporosi: criteri diagnostici e terapeutici	76			4
Progetto Leggieri	60		9	1
Nuovi anticoagulanti orali	74			
Audit MMG NCP Imola Nord Sud. Le pneumopatie croniche, diagnosi e terapia in relazione alle linee guida	17			
BLSD	7	6		1
Multiculturalità: comunicazione e relazione	59			
Rivalutazione e approfondimento delle evidenze scientifiche sull'utilizzo degli inibitori di pompa - NCP Imola Centro	20			
Le evidenze scientifiche sull'utilizzo degli antidepressivi - NCP Medicina e Castel Guelfo	12			
Approfondimento delle evidenze scientifiche sull'utilizzo dei farmaci per il sistema respiratorio e valutazione della loro prescrizione presso il Nucleo di Cure primarie Imola Nord - Sud	22			
Argomenti di gastroenterologia: interazione tra Specialista e MMG	69			
Patologie ortopediche nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale	67			
Formazione continua nella relazione di cura secondo il metodo Balint	9		1	
Eventi critici in hospice, Cra Imola e lungodegenza: gestione da parte del Medico di Continuità Assistenziale		19		
Nati per leggere			12	
La valutazione ed il sostegno alla genitorialità attraverso il gioco			9	
Le lenti con cui guardiamo il mondo. Laboratorio di psicologia sulla comunicazione efficace e la gestione dello stress				11

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

Nel 2014 i dipendenti soggetti a obbligo ECM risultano 1.200 su un totale di 1.774 (pari al 68%); 167 sono i medici convenzionati. A seguito della attività formativa interna realizzata il "monte crediti" è risultato pari a 69.952,45, con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM di 58,29.

In Tabella 4.17 si riporta quanto registrato al 15/05/2015 in merito ai crediti ECM acquisiti nel 2014. Il dato sulla formazione interna è completo, mentre quello sulla formazione esterna accreditata non è esaustivo, in quanto registrata solo la documentazione pervenuta allo Staff Formazione.

**Tabella 4.17 - Crediti ECM acquisiti nell'AUSL di Imola. Anno 2014**

Anno	N.ro Crediti Erogati			Totale Crediti Erogati	Totale Dipendenti Ruolo Sanitario	Credito Minimo	Valore Assoluto	Rapporto
	Dipendenti	Non Dipendenti	Convenzionati					
<b>2012</b>	66.623,40	21.740,00	5.422,00	93.785,40	1.198,00	30,00	35.940,00	55,61
<b>2013</b>	68.209,45	9.808,00	3.257,55	81.275,40	1.203,00	30,00	36.090,00	56,70
<b>2014</b>	69.952,45	15.647,00	5.218,00	90.817,35	1.200,00	30,00	36.000,00	58,29

In Tabella 4.18 si evidenziano i dati relativi agli incarichi didattici assegnati nell'anno per la realizzazione di varie iniziative che hanno coinvolto i dipendenti: 203 docenze di formazione continua; 345 funzioni di *tutoring* per la formazione continua in iniziative di formazione sul campo. Sono 269 gli incarichi di docenza/relatore e tutoraggio assegnati a professionisti esterni.

Il personale esterno ha partecipato alla formazione dell'AUSL di Imola per un totale di crediti pari a 15.647.

**Tabella 4.18 - Incarichi didattici nell'ambito della Formazione Continua. Anno 2014**

Incarichi didattici	Dipendenti	Non Dipendenti	Convenzionati	Totale
<b>Docenti</b>	203	250	7	460
<b>Tutor</b>	345	8	4	357
<b>Totale</b>	<b>548</b>	<b>258</b>	<b>11</b>	<b>817</b>

In Tabella 4.19 si riportata la spesa per la Formazione 2014.

**Tabella 4.19 - Spesa per la Formazione dell'AUSL di Imola. Anno 2014**

Spesa per formazione 2014	Da budget	Fondi Vincolati	Totale
Formazione Interna	€ 94.885	€ 47.608	<b>€ 142.493</b>
Formazione Esterna	€ 69.405	€ 13.856	<b>€ 83.261</b>
Formazione interna personale Convenzionato	€ 3.147	€ 303	<b>€ 3.450</b>
Biblioteca	€ 106.683	€ 10.350	<b>€ 117.033</b>
<b>Totale</b>	<b>€ 274.120</b>	<b>€ 72.117</b>	<b>€ 346.237</b>

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

Si è consolidata l'esperienza relativa al Dossier Formativo di Dipartimento, mettendo in evidenza, per le competenze attese per i professionisti, la formazione pianificata e realizzata.

La formazione a livello di AVEC, nel 2014, come negli anni precedenti, è stata finalizzata alla creazione di sinergie tra le aziende sanitarie, a facilitare il confronto tra gli operatori e al contenimento, ove possibile, dei costi.

In particolare, è stata realizzata una edizione del Corso di Abilitazione alla direzione di struttura complessa che ha coinvolto AUSL di Bologna e di Imola e sono stati realizzati 15 eventi formativi condivisi di area amministrativa e sanitaria. Il sito AVEC area formazione è stato valorizzato quale strumento per la diffusione/gestione delle iscrizioni di una molteplicità di eventi formativi.

## 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

### 5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi

#### 5.1.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) sono affidate una molteplicità di funzioni inerenti la relazione e la comunicazione all'utenza. Ad esso fanno capo tutte le attività del Piano-programma aziendale di ascolto e coinvolgimento di cittadini, comunità e professionisti e di azioni di miglioramento (vedi anche Sezione 3, par. 3.3.1).

L'URP gestisce la relazione diretta con i cittadini, le segnalazioni, la mediazione del conflitto ed attraverso ogni strumento disponibile si dedica all'ascolto dei cittadini, perché lo stesso sappia tradursi sia in una risposta diretta sia in un miglioramento generale delle attività aziendali, in linea coi bisogni rilevati e, ancora, in un *empowerment* dell'utenza esterna e interna.

#### 5.1.2 Carta dei Servizi

Nel 2014 sono state aggiornate periodicamente le Carte dei Servizi di Unità Operativa, in collaborazione con i rappresentanti dei cittadini (CCM e CUF) e con parallelo aggiornamento delle pagine del sito istituzionale aziendale.

#### 5.1.3 Servizio Numero Verde Regionale

Il Numero Verde Unico del Servizio sanitario regionale è un servizio informativo attivo tutti i giorni feriali dalle 8.30 alle 17.30 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30. La Banca dati Numero Verde, relativamente alle informazioni dell'AUSL di Imola, costantemente popolata ed aggiornata da un operatore dedicato dell'URP, al 31.12.2014, conteneva 4.084 prestazioni.

L'URP garantisce, inoltre, la copertura oraria del servizio informativo aziendale di II livello, per un totale di 45 ore a settimana, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30.

Nel 2014 i contatti telefonici per richiedere informazioni sui servizi dell'AUSL di Imola sono stati 2.925, confermando ulteriormente il trend in costante calo negli ultimi anni (2.947 nel 2013).

In lieve aumento invece i passaggi al secondo livello, pari al 14,3% nel 2014 contro il 13,6% dell'anno precedente (419 chiamate *vs* 401), gestiti direttamente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico aziendale per la maggior complessità di risposta. Sono complessivamente 201 le chiamate passate direttamente al CUP telefonico per effettuare una prenotazione (219 nel 2013).

#### 5.1.4 Sito internet istituzionale e la trasparenza

L'analisi dei dati di accesso al sito internet istituzionale ([www.ausl.imola.bo.it](http://www.ausl.imola.bo.it)) rileva nel 2014, rispetto all'anno precedente, un notevole aumento delle connessioni da IP univoci (604.287 *vs* 453.290) che identificano il terminale specifico e quindi la persona/famiglia che si è

connessa e le pagine visitate (nel 2014 3.005.154 vs 2.802.491 nel 2013). In aumento anche le visite in generale, che includono anche persone/famiglie che tornano sul sito più di una volta: il dato passa dalle 570.470 visite del 2013 a 689.746 del 2014.

Le 273 mail di richiesta informazioni giunte attraverso il *format* dedicato nel sito aziendale (in discreta crescita rispetto alle 230 nel 2013) devono essere interpretate nel senso di un maggior e miglior utilizzo del sito da parte degli utenti. Le pagine più visitate, oltre all'Homepage ed alle *news* principali, si confermano essere quella del Consultorio Familiare, in particolare lo Spazio Giovani (nello specifico sezione malattie sessualmente trasmissibili), degli *screening* e le pagine del libretto pediatrico. Molto visitata risulta anche la sezione dedicata ai bandi di concorso nello spazio Amministrazione Trasparente, a riprova della pubblica utilità delle informazioni contenute.

Nel 2014 è stata anche completata la riprogettazione di varie sezioni del sito con una solida riorganizzazione dei contenuti, per garantire al cittadino una più completa descrizione dell'azienda e dei suoi servizi, oltre che l'accesso ad alcuni servizi web, come le prenotazioni ed i pagamenti ticket *online*, al Fascicolo Sanitario Elettronico, etc.

Dopo l'introduzione nel sito della sezione Amministrazione Trasparente (come normato dal D.lgs. 33/2013), lo Staff Informazione e Comunicazione ha garantito il costante aggiornamento da parte dei vari settori aziendali e ha monitorato la qualità delle informazioni e soprattutto l'accessibilità di quanto pubblicato *online* ai sensi della normativa specifica.

**Fascicolo sanitario elettronico (FSE)**. Anche nel 2014 è proseguita la campagna di comunicazione e di attivazione del Fascicolo sanitario elettronico che ha anche visto realizzate tre iniziative nelle scuole superiori del Circondario, indirizzate ai ragazzi delle classi IV e V.

La distribuzione degli opuscoli informativi regionali, la campagna sui mezzi stampa e sui *social* ha permesso di aumentare i FSE attivati passando dai 2.611 dell'1.1.2014 ai 4.300 del 31.12.14 (circa 5.600 al giugno 2015).

## ***5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità***

### **5.2.1 Sistema di gestione delle segnalazioni**

In Tabella 5.1 si riporta la distribuzione delle segnalazioni (elogi, reclami, rilievi e suggerimenti) da parte dei cittadini all'Ufficio relazioni con il pubblico dell'AUSL di Imola (al netto di quelle per la Montecatone *R.I* spa.), riferite al periodo 2012-2014.

Si può notare un incremento complessivo nel 2014 rispetto agli anni precedenti (612 vs 569 e 568), pari al 7,7% se confrontato con il 2012 (+ 44).

## Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

**Tabella 5.1 - Segnalazioni per tipologia rivolte all'AUSL di Imola. Periodo 2012-2014**

Tipologia segnalazione	2012	2013	2014	Var 2012/2014	Var % 2012/2014
Elogi	190	177	181	-9	-4,7%
Reclami	249	239	256	7	2,8%
Rilievi	103	126	139	36	35,0%
Suggerimenti	26	27	36	10	38,5%
<b>TOTALE</b>	<b>568</b>	<b>569</b>	<b>612</b>	<b>44</b>	<b>7,7%</b>

La Tabella 5.2 mostra le segnalazioni distribuite per modalità di presentazione e conferma come sia ancora prevalente la modalità da parte del cittadino di recarsi di persona all'Ufficio relazioni con il pubblico. Si registra comunque un trend in crescita nell'utilizzo dei mezzi elettronici (email e Web) che passano dal 20% al 26%. In calo le segnalazioni a mezzo stampa.

**Tabella 5.2 - Segnalazioni per modalità di presentazione – Anno 2014**

Tipologia segnalazione	URP	Lettera	E-mail/web	Stampa	Fax	Verbale / Telefonica	Totale	%
Elogi	28	81	59	12	1	0	181	29,6%
Reclami	195	17	38	0	6	0	256	41,8%
Rilievi	65	15	40	11	1	7	139	22,7%
Suggerimenti	10	4	22	0	0	0	36	5,9%
<b>TOTALE</b>	<b>298</b>	<b>117</b>	<b>159</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>612</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>48,7%</b>	<b>19,1%</b>	<b>26,0%</b>	<b>3,8%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,1%</b>	<b>100%</b>	

In Tabella 5.3, dove le segnalazioni sono ripartite in base alla classificazione CCRQ, si evidenzia la categoria "umanizzazione e aspetti relazionali" costituita prevalentemente da elogi (156 su 190). Si conferma invece un'alta concentrazione di reclami in riferimento agli aspetti economici (15,4%; 94 reclami), seguita da 58 reclami sull'adeguamento alla normativa e 58 su aspetti tecnici e professionali. Le contestazioni economiche accolte e sanate sono state 94 (99 nel 2013), mentre 60 sono state valutate come dovute. La Commissione Mista Conciliativa ha rivalutato tre seconde istanze, imponendo il pagamento in due casi e ritenendo il pagamento non dovuto nel terzo caso.

**Tabella 5.3 - Segnalazioni suddivise in base alla classificazione CCRQ – Anno 2014**

Macro-categorie oggetto del reclamo	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale	%
ASPETTI STRUTTURALI	0	0	2	10	12	2,0%
INFORMAZIONE	0	2	10	2	14	2,3%
ASPETTI ORGANIZZATIVI BUROCRATICI AMMINISTRATIVI	1	11	71	13	96	15,7%
ASPETTI TECNICI PROFESSIONALI	23	58	3	0	84	13,7%
UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI	156	25	8	1	190	31,0%
ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT	1	0	2	5	8	1,3%
TEMPI	0	8	41	4	53	8,7%
ASPETTI ECONOMICI	0	94	0	0	94	15,4%
ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA	0	58	2	0	60	9,8%
ALTRO	0	0	0	1	1	0,2%
<b>Totale</b>	<b>181</b>	<b>256</b>	<b>139</b>	<b>36</b>	<b>612</b>	<b>100%</b>

Il 99% delle pratiche di reclamo 2014 sono state chiuse entro 30 giorni (254 su 256). Nel corso del 2014 l'URP ha qualificato la propria risposta privilegiando una gestione degli eventi/segnalazioni personalizzata e diretta. L'ufficio ha coinvolto e aiutato le unità operative nella risoluzione tempestiva del problema dove possibile. Nei casi complessi ha favorito e sostenuto un'attività intensa di incontri e colloqui. Sono stati svolti 37 incontri tra utenti e professionisti; 25 tra direttori e/o coordinatori con i familiari e pazienti con percorsi di diagnosi e di cura critici, alla presenza del responsabile URP e 12 tra cittadini e responsabile URP. Inoltre, è stata utilizzata la metodologia della mediazione trasformativa dei conflitti nelle situazioni critiche in cui necessitava un recupero di fiducia reciproca. In 9 casi è stato attivato il servizio di Ascolto/Mediazione all'interno del "Progetto regionale gestione del rischio", a cura dei due mediatori aziendali e dei colleghi del Progetto interaziendale (MRI, Domus Nova, ASL Imola).

Da segnalare, anche, l'attività di ascolto degli operatori interni che l'Ufficio relazioni con il pubblico svolge laddove un professionista segnali conflitti con l'utenza, indirizzando il collega al CUG o ad altri organismi aziendali specifici. Si tratta di una attività importante, che rientra peraltro nelle strategie integrate di *diversity management* in quanto garantisce attenzione al professionista e supporta la sicurezza in ambito lavorativo. Nel 2014 sono state 27 le segnalazioni di questo tipo (45 nel 2013) mentre in 16 hanno segnalato criticità relazionali con l'utente/familiare e aggressioni verbali (22 nel 2013)

### 5.2.2 Incontri pubblici, campagne e materiali informativi

Nel 2014 sono stati organizzati oltre 27 eventi, tra incontri pubblici su temi di salute di interesse per la comunità (anche in collaborazione con Associazioni di Volontariato e di Promozione sociale o con le Amministrazioni Comunali), inaugurazioni, seminari e convegni ed un *flash mob* di promozione dell'igiene delle mani. L'azienda si è come sempre fatta terminale delle campagne di comunicazione regionali, ed ha attivato in proprio alcune campagne informative e di raccolta fondi.

Tabella 5.4 - Campagne informative: eventi e convegni aziendali. Anno 2014



Tabella 5.5 - Campagne informative aziendali: materiali informativi. Anno 2014



### 5.2.3 Mass-media e social media

L'ufficio stampa nel 2014 ha prodotto 144 comunicati stampa (156 nel 2013), di cui 128 attivi (88,8%) e 16 in risposta ad articoli apparsi su quotidiani o settimanali locali. Sono inoltre state organizzate 14 conferenze stampa.

Tabella 5.6 - Conferenze e comunicati stampa per mese di emissione. Anno 2014

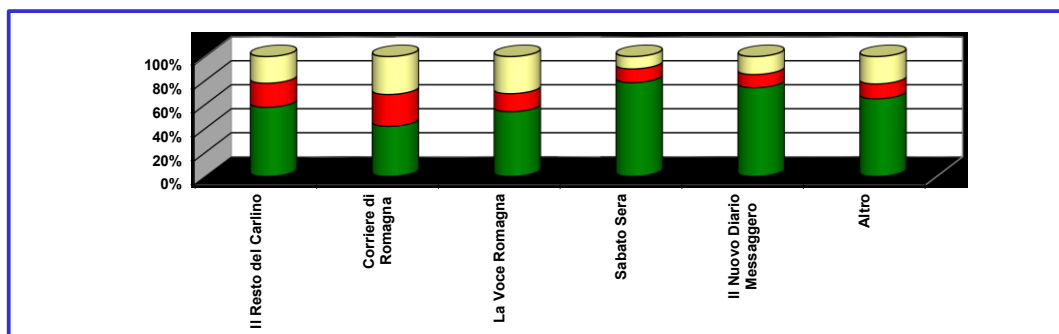
2014	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	totale
Conferenze stampa	2	1	1	1	1	1	1		1	2	2	1	14
Comunicati stampa	9	9	14	14	13	15	12	3	10	15	16	14	144
di cui attivi	7	9	13	11	11	13	11	3	10	13	13	14	128
di cui risposta	2	0	1	3	2	2	1	0	0	2	3	0	16

La percentuale di pubblicazione da parte delle testate dei comunicati aziendali è stata del 88,9%, con il 65% di uscite su più di tre testate. Gli articoli che riguardano l'azienda sono in diminuzione rispetto agli anni precedenti (934 nel 2014 vs 973 del 2013 e 955 del 2012) con un lieve rialzo di quelli negativi (159 pari al 17%) rispetto al 2013 (138, pari al 14%). In crescita di 3 punti percentuali anche i positivi, pari al 61% ed in calo i neutri (22% vs 28%).

Figura 5.7 - Articoli sull'AUSL di Imola, per testate e per posizioni assunte. Anno 2014

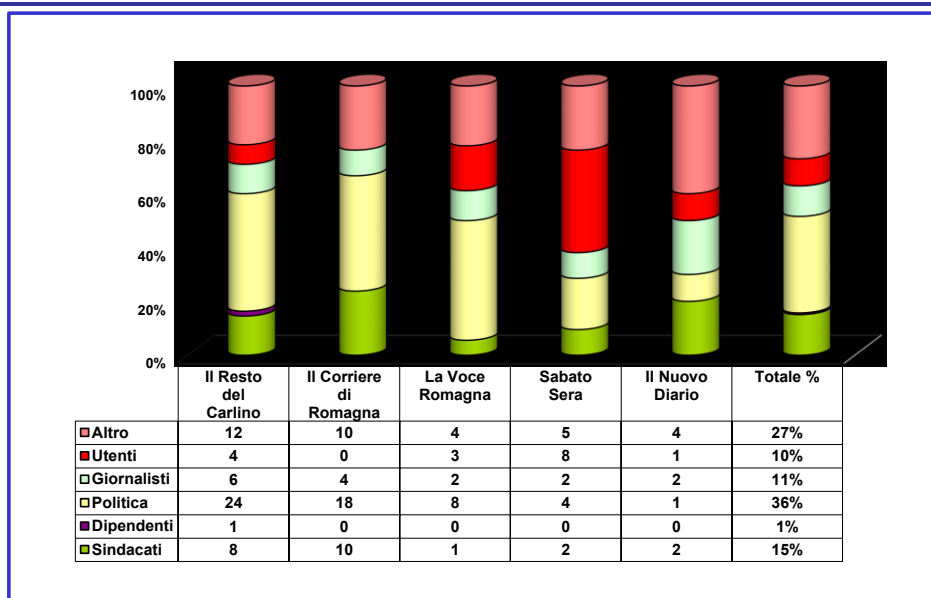
Giornali	Positivi	Negativi	Neutri	Totali	%	% Positivi	% Negativi	% Neutri
Il Resto del Carlino	158	55	61	274	29%	58%	20%	22%
Corriere di Romagna	66	42	50	158	17%	42%	27%	32%
La Voce Romagna	61	17	35	113	12%	54%	15%	31%
Sabato Sera	144	21	19	184	20%	78%	11%	10%
Il Nuovo Diario Messaggero	74	11	15	100	11%	74%	11%	15%
Altro	68	13	24	105	11%	65%	12%	23%
<b>Totale</b>	<b>571</b>	<b>159</b>	<b>204</b>	<b>934</b>	<b>100%</b>	<b>61%</b>	<b>17%</b>	<b>22%</b>

## Sezione 5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione



L'analisi delle fonti di articoli negativi (Grafico 5.8) conferma il primato della politica e dei sindacati che rappresentano il 51%, oltre il doppio dell'anno precedente (23%). In controtendenza gli interventi diretti dei cittadini, che rappresentano solo il 10% (vs il 22% nel 2013 ed il 15% del 2012). Correlando il dato alla crescita dei reclami URP, si può ipotizzare un minor ricorso al canale mass mediatico ed una preferenza per quello istituzionale, ma è pur vero che chi vuole esplicitare un'insoddisfazione per renderla pubblica, più che per trovare la soluzione al proprio problema, lo fa soprattutto attraverso i *social network* e *face book* in particolare.

**Grafico 5.8 - Articoli negativi suddivisi per testata e fonte. Anno 2014**



La decennale collaborazione con il Resto del Carlino Imola ha portato alla pubblicazione di 50 brevi articoli su temi di educazione alla salute anche nel 2014 (rubrica "Carlino Salute"), a cui si è aggiunta la produzione di 34 redazionali su tre diverse testate locali.

Anche nel 2014 l'azienda ha utilizzato i *social network* (*Facebook*, *Twitter* e *YouTube*) per la comunicazione delle informazioni di servizio e delle *news* aziendali di maggior impatto pubblico. E' proseguita la formazione degli operatori interni sull'utilizzo degli strumenti del web 2.0, partita nel 2013.

## 6. Governo della ricerca e innovazione

### 6.1 Attività di ricerca

Nell'ambito dei programmi di ricerca e innovazione finanziati dalla Regione Emilia-Romagna, l'AUSL di Imola ha collaborato, da sola o in partnership con altre aziende sanitarie, ai progetti di ricerca e di innovazione clinico-organizzativa riepilogati in Tabella 6.1.

**Tabella 6.1 - Progetti di ricerca e innovazione regionali in corso. Anno 2014**

Titolo del progetto	Tipo progetto	Finanziamento Ausl Imola
Il neonato e il bambino ad alta complessità assistenziale. Implementazione e valutazione delle dimissioni protette e dei percorsi integrati ospedale-territorio nella Provincia di Bologna. Progetto SpeNK.	Programma Regione Università (PrRU) 2010-2012	€ 10.000
Controllo intensivo della fosforemia, mediante dieta ipofosforica e chelanti nei confronti di progressione del danno cerebrale e sopravvivenza, nei pazienti con malattia renale cronica (MRC). IPeR Study.	Programma Regione Università (PrRU) 2010-2012	€ 18.000
Studio randomizzato multicentrico di CONFRONTO tra ERlotinib e Monochemioterapia nel trattamento di terza linea del tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) con EGFR non-mutato o sconosciuto. Prot. CONFERMER	Programma Regione Università (PrRU) 2013	€ 11.880
L'introduzione sistematica del braccialetto identificativo in un'Azienda Ospedaliera ed il confronto con le esperienze esistenti in Area Vasta Emilia Centro.	Fondo per la Modernizzazione (FRM) 2010-2012	€ 10.000
Definizione di un percorso di continuità assistenziale per i minori in carico alla Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza che accedono ad altri servizi sanitari al conseguimento della maggiore età.	Fondo per la Modernizzazione (FRM) 2010-2012	€ 55.000
Sviluppo di un modello clinico-assistenziale per intensità / complessità delle cure in area critica (area intensiva, semintensiva, terapia intensiva cardiologica).	Fondo per la Modernizzazione (FRM) 2010-2012	€ 30.000
Funzione di accoglienza, ascolto e consulenza a gestione infermieristica per cittadini assistiti nei NCP-Case della Salute.	Fondo per la Modernizzazione (FRM) 2010-2012	€ 100.000

#### 6.1.1 Programma Regione-Università (PrRU)

L'AUSL di Imola ha avviato nel 2012 due progetti nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università 2010-2012 (Area 2 "Ricerca per il governo clinico"), la cui conclusione è prevista nel corso del 2015. Nel 2014 è stato, inoltre, avviato uno studio sperimentale, in collaborazione con l'AOU di Parma, finanziato nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università 2013 (Area 2 "Ricerca per il governo clinico").

### **Progetto SpeNK "Il neonato e il bambino ad alta complessità assistenziale. Implementazione e valutazione delle dimissioni protette e dei percorsi integrati ospedale-territorio nella Provincia di Bologna".**

Il progetto è stato condotto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (ente capofila; responsabile scientifico: Prof. Giacomo Faldella), l'AUSL di Bologna e l'Università di Bologna. Si è concluso il 16/04/2015, a seguito della concessione della proroga di un anno da parte della Regione. A livello locale, il progetto è stato coordinato dal Direttore della UOC Pediatria e Nido dell'AUSL di Imola (Dott. Marcello Lanari). Il progetto mirava ad accrescere le conoscenze sul tema della continuità assistenziale in ambito neonatale e pediatrico. Le dimissioni protette e i piani di assistenza richiedono una forte integrazione ospedale-territorio con l'obiettivo di assicurare coordinamento tra i diversi servizi di cura per evitare duplicazioni assistenziali e garantire una migliore qualità di vita al bambino e alla sua famiglia. Nonostante siano ormai numerose le evidenze scientifiche sull'argomento e sebbene non manchino i documenti di programmazione, ancora poco si è fatto per la messa in opera effettiva dei percorsi integrati e per la loro valutazione. Il progetto si proponeva di evidenziare punti di forza, punti di debolezza e aree di miglioramento delle procedure in essere in una realtà articolata quale quella della provincia di Bologna, descrivendo il grado di coordinamento fra *setting* assistenziali e professionisti sanitari, il ruolo del Pediatra di Libera Scelta (PLS) e il punto di vista delle famiglie, nonché di definire i consumi assistenziali dei neonati/bambini con particolari bisogni di assistenza e la loro valorizzazione economica.

Nell'ambito del progetto, è stato validato nel contesto della pediatria di libera scelta uno strumento ("Scheda Rilevazione Attività Coordinamento") sviluppato per descrivere e quantificare l'attività dedicata al coordinamento delle cure di bambini con particolari bisogni assistenziali; la scheda è stata adattata dal *Medical Home Care Coordination Measurement Tool* © (Antonelli et al. 2008). Si richiedeva ai PLS coinvolti di registrare ogni contatto avvenuto per il paziente nei 9 mesi successivi alla dimissione, in una maschera online della scheda, appositamente predisposta. La scheda è stata compilata da 40 PLS sui 62 coinvolti (64,5%), che hanno inserito 378 contatti per 47 soggetti sugli 82 arruolati (57,3%). Per l'AUSL di Imola nel dettaglio, 10 PLS (71,4%) su 14 hanno compilato la scheda di rilevazione per 13 (68,4%) su 19 bambini assistiti dell'AUSL di Imola e arruolati nello studio.

Per valutare la continuità delle cure percepita dal punto di vista delle famiglie riguardo all'assistenza fornita al bambino dopo la dimissione, il "Questionario SpeNK-Q", che è stato validato su un campione di 82 genitori di 102 neonati pretermine, è stato quindi somministrato ai genitori di 56 soggetti inclusi nel campione ad almeno 9 mesi dalla dimissione. Il questionario auto-somministrato SpeNK-Q è uno strumento facile da somministrare e con buone proprietà psicometriche per valutare la percezione delle famiglie rispetto alla continuità delle cure per il loro bambino con bisogni speciali di salute (studio di validazione in corso di pubblicazione).

Ad aprile 2015 si è tenuto a Bologna un seminario sul tema della *continuity of care* per bambini con bisogni di salute speciali, in cui sono stati presentati i risultati preliminari del progetto SpeNK e si è svolta la *lectio magistralis* della Prof.ssa Kathryn McDonald (*Stanford University*).

Il seminario, dedicato ai PLS partecipanti al progetto, includeva l'aggiornamento e diffusione delle conoscenze scientifiche sulle tematiche oggetto del progetto (assistenza ai pazienti pediatrici ad alta complessità assistenziale, continuità delle cure e integrazione ospedale-territorio). Pubblicazioni su riviste internazionali con Impact Factor, prodotte nell'ambito del progetto:

- Zanello E, Calugi S, Rucci P, Pieri G, Vandini S, Faldella G, Fantini MP. *Continuity of care in Children with Special Healthcare Needs: a qualitative study of family's perspectives. Italian Journal of Pediatrics*. 2015; 41: 1-9.
- Rucci P, Zanello E, Roccaro D, Calugi S, Pieri G, Fantini MP. *Quality of care in children with chronic diseases. Italian Journal of Pediatrics*. 2014; 40 (1): A36.

**IPeR Study "Controllo intensivo della fosforemia, mediante dieta ipofosforica e chelanti nei confronti di progressione del danno cerebrale e sopravvivenza nei pazienti con malattia renale cronica (MRC)".** Il progetto è stato condotto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (ente capofila; responsabile scientifico: Dott. Antonio Santoro), l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e l'Università di Bologna. A livello locale, il progetto è stato coordinato dal Direttore della UOC Nefrologia e Dialisi dell'AUSL di Imola (Dott.ssa Marcora Mandreoli). La durata prevista per le attività del progetto era di 24 mesi, ma è stata richiesta ed ottenuta dalla Regione la proroga di un anno fino al 31/12/2015 e l'arruolamento dei pazienti è tutt'ora in corso.

Obiettivo dello studio è verificare se, nei pazienti con MRC non ancora in dialisi, raggiungere e mantenere in una fase relativamente precoce della MRC dei livelli di fosforemia ai limiti inferiori della norma e comunque al di sotto di quanto raccomandato dalle attuali Linee Guida, comporta una riduzione della velocità di progressione della MRC e quindi del numero di soggetti che arrivano alla dialisi e della mortalità cardio-vascolare, che grava pesantemente sui pazienti con MRC. Si tratta di uno studio interventistico con farmaco, di fase III, multicentrico, prospettico, randomizzato, in aperto, con due gruppi paralleli ("Gruppo A *usual care*"; "Gruppo B trattamento intensivo della fosforemia").

**CONFEMER "Studio randomizzato multicentrico di CONFronto tra ERlotinib e Monochemioterapia nel trattamento di terza linea del tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) con EGFR non-mutato o sconosciuto".** Lo studio (Prot. CONFEMER) è stato approvato e finanziato nell'ambito del PrRU 2013 e ha ricevuto il parere favorevole del Comitato Etico in data 24/07/2014. Lo studio è condotto in collaborazione con l'AOU di Parma (ente capofila; responsabile scientifico: Dott. Marcello Tiseo). A livello locale, il progetto è coordinato dal Direttore della UOC Oncologia dell'AUSL di Imola (Dott. Antonio Maestri). La durata prevista dello studio è di 24 mesi. Obiettivo della ricerca è valutare (attraverso la conduzione di uno studio clinico di fase III, multicentrico, in aperto, randomizzato) l'efficacia di una chemioterapia

(*gemcitabina* o *vinorelbina* a seconda dell'istologia) rispetto a *erlotinib* nel trattamento di pazienti con NSCLC avanzato EGFR *wild-type* o sconosciuto in progressione dopo 2 linee di chemioterapia, descrivendo l'effetto della terapia in termini di: a) qualità della vita; b) sicurezza; c) costo per il Servizio Sanitario Regionale; d) attività anti-tumorale.

### 6.1.2 Programma Fondo regionale per la modernizzazione (FRM)

Nell'ambito del Fondo regionale per la modernizzazione 2010-2012, l'AUSL di Imola è impegnata in quattro progetti (di cui tre come ente capofila), in collaborazione con altre Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

**"L'introduzione sistematica del braccialetto identificativo in un'Azienda Ospedaliera ed il confronto con le esperienze esistenti in Area Vasta Emilia Centro"**. Sul tema della gestione del rischio di errori legati alla non corretta identificazione del paziente, il progetto aveva come obiettivo primario quello di introdurre l'utilizzo del braccialetto identificativo nelle Unità operative di degenza ordinaria dell'AOU di Ferrara per aumentare la precisione nell'identificazione del paziente e migliorare la sicurezza nel percorso globale del trattamento terapeutico-assistenziale. Lo studio prevedeva quindi un confronto fra le 5 aziende dell'AVEC partecipanti per la rilevazione di:

- costi diretti ed indiretti generati dall'introduzione del braccialetto;
- impatto sul lavoro dei professionisti ed il grado di accettazione da parte loro (tramite un questionario già collaudato in Regione Toscana);
- *compliance* dei pazienti;
- analisi di affidabilità del processo, tramite verifiche in loco del numero di braccialetti applicati sul totale dei pazienti ricoverati e raccolta della scheda di rilevazione "criticità braccialetti".

Lo studio ha richiesto e ottenuto dalla Regione Emilia-Romagna la proroga al 26/05/2015 e le analisi dei questionari raccolti sono tutt'ora in corso.

**"Definizione di un percorso di continuità assistenziale per i minori in carico alla Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza che accedono ad altri servizi sanitari al conseguimento della maggiore età"**. Il progetto tutt'ora in fase di sviluppo, vede coinvolti i Dipartimenti di Salute Mentale di Bologna, Imola e Ferrara, con l'AUSL di Imola come ente capofila (responsabile scientifico: Dott.ssa Alba Natali).

Gli obiettivi del progetto prevedevano la costruzione di un percorso assistenziale rivolto alla popolazione in carico alla NPIA nella fascia di età 14-22 anni con bisogni di salute che richiedono interventi di carattere socio-sanitario o sanitario che garantisca continuità nel passaggio di presa in carico verso i servizi rivolti agli adulti, la promozione dell'integrazione socio-sanitaria tra i servizi di riferimento e la qualificazione dell'accesso ai servizi nel percorso di continuità assistenziale.

Nell'ambito delle diverse fasi attuative previste dal progetto, ogni azienda ha analizzato la propria configurazione organizzativa e i punti di forza e di debolezza della modalità di gestione della continuità assistenziale tra NPIA e i servizi di tutela per gli adulti. Sono state condivisi i documenti

che regolamentano le diverse attività presso le rispettive aziende, con particolare riferimento alla UVM ed è stata realizzata l'interconnessione delle diverse componenti software per supportare la condivisione delle informazioni. L'ulteriore sviluppo del progetto, per il quale è stata richiesta e ottenuta dalla Regione la proroga di un anno fino al 01/04/2016, prevede quindi il consolidamento del percorso anche attraverso la formazione degli operatori e l'analisi degli indicatori di monitoraggio individuati.

**“Sviluppo di un modello clinico-assistenziale per intensità / complessità delle cure in area critica (area intensiva, semintensiva, terapia intensiva cardiologica)”**. Nell'ambito del FRM per il triennio 2010-2012, sono stati previsti progetti di sostegno alle iniziative di cambiamento, valorizzazione degli operatori e realizzazione di modelli organizzativi di ospedali per intensità di cura/complessità assistenziale. Nove Aziende hanno presentato progetti in questo ambito, tra cui l'AUSL di Imola, dove l'intensità di cura si è sviluppata nell'ambito dell'area critica del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA).

Obiettivo del progetto era portare a regime nell'Area Critica del Dipartimento di Emergenza e Accettazione dell'AUSL di Imola l'organizzazione per intensità delle cure/complessità assistenziale. Come previsto dal tempogramma, le attività di riorganizzazione dell'Area Critica (sviluppo dei percorsi integrati, implementazione dei sistemi di valutazione della stabilità/instabilità clinica, formazione dei professionisti coinvolti, elaborazione di procedure a supporto dei percorsi, acquisizione degli strumenti informatici ed informativi a supporto del modello organizzativo) sono state in gran parte realizzate nel corso del primo anno di sviluppo del progetto, mentre nel secondo anno sono continuate le attività formative e di monitoraggio.

Il progetto prevedeva, inoltre, di individuare criteri di ingresso e di uscita dei pazienti nei vari settori, curando quindi le interfacce con l'area medica e chirurgica. Nel settore dell'Area medica è stato pertanto sperimentato un modello organizzativo delle degenze internistiche per intensità di cura e complessità assistenziale imperniato sulle necessità clinico assistenziali dei pazienti che vengono ricoverati in aree di degenza connotate per patologia e/o per complessità. Tale riorganizzazione delle degenze del Dipartimento medico ha, quindi, applicato i criteri della gradualità delle cure all'UO Medicina 1, individuando 3 aree a diversa gradualità di cura indicate con i termini MEDIA, MEDIO-ALTA e MEDIO-BASSA intensità clinica, ciascuna con la propria dotazione di Posti Letto. La diversa intensità è stata individuata attraverso la definizione delle caratteristiche cliniche ed assistenziali dei pazienti destinati all'area. In particolare il settore a MEDIO-ALTA intensità è destinato ad accogliere i pazienti con patologie neurologiche (*stroke*) e pneumologiche in fase acuta, mentre il settore a MEDIO-BASSA intensità accoglie pazienti caratterizzati da bisogni assistenziali di base, anche elevati, a fronte di un impegno clinico minore. A due anni dallo *start up*, la sperimentazione per gradualità delle cure ha dimostrato una buona efficacia sulla disponibilità dei posti letto richiesti sia da PS che dalle Unità operative per eventuali trasferimenti. La realizzazione del progetto ha visto la costituzione della struttura semplice di Unità operativa *Stroke Care*, per il ricovero e trattamento delle patologie vascolari ischemiche

cerebrali, e della struttura semplice dipartimentale Area Medica a Minore Intensità Clinica per il ricovero e il trattamento dei pazienti affetti da patologie con caratteristiche a medio-bassa intensità assistenziale. Il progetto ha previsto, inoltre, la formazione degli operatori e l'implementazione (con adattamento dei necessari supporti informatici) in PS e OBI della scala *MEWS (Modified Early Warning Scoring)* a generazione automatica alimentata dai dati inseriti in *First Aid*, per la valutazione da parte degli operatori del livello (basso, medio o alto) di probabilità di deterioramento clinico.

Il proseguimento della collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare in area critica ha consolidato la possibilità di ricovero di pazienti seguiti da una determinata disciplina in qualsiasi posto resosi disponibile in area critica, abbattendo di fatto il concetto di posto letto appartenente ad una sola specialità. In questi casi il paziente è degente in una determinata area, seguito dal punto di vista assistenziale dagli infermieri che sono preparati in modo uniforme e dal punto di vista clinico dal medico competente per disciplina.

L'obiettivo futuro sarà quello di estendere il modello dell'intensità di cura a tutta l'azienda, collaborando allo sviluppo di percorsi clinico-assistenziali aziendali relativi alla presa in carico e al trattamento delle principali patologie che attualmente necessitano di ricovero ospedaliero.

Nell'ottobre 2014 l'AUSL di Imola ha, inoltre, partecipato all'indagine, promossa dalla Regione Emilia-Romagna, sul monitoraggio delle modalità organizzative implementate dalle diverse aziende nell'ambito dei progetti sulla sperimentazione di modelli per intensità di cura finanziati attraverso il FRM 2010-2012.

**“Funzione di accoglienza, ascolto e consulenza a gestione infermieristica per cittadini assistiti nei NCP-Case della Salute”.** L'AUSL di Imola è ente capofila per il progetto “Funzione di accoglienza, ascolto e consulenza a gestione infermieristica per cittadini assistiti nei NCP-Case della Salute”, svolto in collaborazione tra i Dipartimenti di Cure Primarie di Imola, Bologna e Ferrara. Il progetto, per il quale è stata richiesta ed ottenuta dalla Regione la proroga al 30/09/2015 e che è tutt'ora in corso di realizzazione, aveva l'obiettivo di implementare l'erogazione di un servizio di accoglienza-ascolto-consulenza su problematiche sanitarie nell'ambito del modello organizzativo del NCP/Casa della Salute, al fine di migliorare l'accessibilità da parte degli assistiti al proprio Medico di Medicina Generale e agli altri servizi presenti presso il NCP/Casa della Salute.

### 6.1.3 Sperimentazioni cliniche

Nel corso del 2014 sono state avviati diversi studi clinici, sia sperimentali che osservazionali, che hanno visto coinvolte le UUOO dell'Azienda USL di Imola insieme ad altri centri nazionale ed internazionali. La Tabella 6.2 riporta in sintesi le sperimentazioni attive.



Tabella 6.2 - Sperimentazioni avviate. Anno 2014

Titolo dello studio	Tipo di studio	UOOO coinvolte	Data avvio	Data fine
Registro prospettico di pazienti con diagnosi confermata di carcinoma prostatico metastatico resistente alla castrazione.	Studio osservazionale	UOC Oncologia e Hospice	feb-14	giu-16
Studio in aperto con AFATINIB nel trattamento di pazienti naïve (in prima linea) o precedentemente trattati con chemioterapia affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico portatori di mutazioni EGFR.	Studio sperimentale	UOC Oncologia e Hospice	gen-14	giu-15
Studio scientifico osservazionale "LUNG-SAFE".	Studio osservazionale	UOC Anestesia e Rianimazione	n.v.	n.v.
Studio multicentrico, randomizzato controllato, in doppio cieco, basato sugli eventi, controllato con placebo riguardante gli effetti di CANAGLIFLOZIN sugli esiti cardiovascolare e renali in soggetti affetti da diabete mellito di tipo 2 e nefropatia diabetica – CREDESCENCE.	Studio sperimentale	UOC Nefrologia e Dialisi	set-14	ago-19
Studio scientifico osservazionale "MILESTONE".	Studio osservazionale	UOC Nefrologia e Dialisi	n.v.	n.v.

### 6.1.4 Altre innovazioni organizzative a livello locale

**Progetto cronicità.** In data 25.06.2014 è stato siglato dall'AUSL di Imola e dalle OO.SS. della Medicina Generale il nuovo Accordo Integrativo Locale (AIL) con la Medicina Generale valevole per il biennio 2014-2015. Il nuovo accordo delinea obiettivi innovativi relativamente allo sviluppo di un nuovi modelli organizzativi in particolare per la presa in carico del paziente cronico e prevede il potenziamento e consolidamento di modelli e progettualità già in essere a livello aziendale (Progetto Diabete, assistenza domiciliare, dimissioni protette, etc.).

Nello specifico, è stata avviata la sperimentazione di un modello organizzativo per la presa in carico multiprofessionale e interdisciplinare proattiva del paziente cronico complesso, secondo la logica della "medicina di iniziativa". Il modello multiprofessionale che si voleva implementare con questo progetto prevedeva che, a garanzia della continuità (anche nella sua dimensione "relazionale", cfr. Haggerty 2003) delle cure, fosse istituito un rapporto fiduciario tra il paziente e i professionisti coinvolti, salvaguardando quindi innanzitutto il rapporto fiduciario MMG-assistito e costruendo un analogo relazione di fiducia con l'equipe che prende in carico il paziente.

La popolazione target del Percorso Cronicità che si intende attivare comprende, in una prima fase di sperimentazione, i soggetti deambulanti e non istituzionalizzati ad elevata vulnerabilità sanitaria e sociale, con elevati livelli di dipendenza, di multimorbosità e di utilizzo dei servizi: storia di ricoveri ripetuti, accessi multipli in Pronto Soccorso, polifarmacoterapia (definita come impiego simultaneo di 5 o più principi attivi diversi per un periodo uguale o superiore a 15 giorni nell'anno di riferimento, secondo la definizione già in uso a livello regionale nei Profili di Nucleo (*Slabaugh SL et al. Prevalence and Risk of Polypharmacy among the Elderly in an Outpatient Setting: a retrospective cohort study in the Emilia-Romagna Region, Italy. Drugs & Aging 2010; 27:1019-1028*) affetti dalle seguenti condizioni croniche:

- malattie respiratorie croniche (BPCO oppure pazienti in ossigenoterapia);
- malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco);

- diabete mellito "complesso" (pazienti diabetici con multimorbidità, polifarmacoterapia, eventuale vulnerabilità socio-sanitaria e/o frequente utilizzo dei servizi).

La presa in carico del paziente cronico complesso ha previsto nel 2014 l'avvio della sperimentazione nei due NCP di Imola, con l'inserimento di questa attività all'interno del modello di Continuità Assistenziale Diurna (dalle ore 12 alle ore 17 dei giorni feriali nella sede internucleo sono attivi 2 ambulatori, uno dedicato alla continuità assistenziale, ad accesso diretto ed uno dedicato alla gestione del paziente cronico, su chiamata).

La presa in carico interdisciplinare è effettuata presso l'ambulatorio di NCP, secondo modalità definite nell'ambito del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (GLaM) di progetto che ha predisposto un documento di dettaglio del percorso clinico-assistenziale per la presa in carico integrata multiprofessionale del paziente cronico complesso: **"Progetto: la presa in carico multiprofessionale del paziente cronico complesso nell'azienda UsI di Imola"** e condivise tra i professionisti coinvolti.

## 6.2 Alta formazione

Il rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna (Facoltà di Medicina e Chirurgia) attiene a 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. Per i primi due corsi l'azienda è sezione formativa (sede lezioni teoriche relative alla parte professionalizzante e delle ore di attività integrativa e di tirocinio) e per i restanti due è sede didattica (sede lezioni teoriche e di tirocinio). Gli studenti frequentanti l'A.A. 2014/2015 hanno subito un incremento pari a di 20 unità rispetto all'analogo periodo preso a riferimento nell'A.A. precedente.

**Tabella 6.2 - Sezioni attive e numero studenti dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2014**

Corsi di laurea	Anno di Corso	N. studenti A.A. 2013/2014	N. studenti A.A. 2014/2015
Corso di Laurea in Infermieristica	1°	62	60
	2°	57	58
	3°	76	76
<b>Totale</b>		<b>195</b>	<b>194</b>
Corso di Laurea in Fisioterapia	1°	24	20
	2°	28	25
	3°	20	32
<b>Totale</b>		<b>72</b>	<b>77</b>
Corso di Laurea in Educazione Professionale	1°	37	38
	2°	34	36
	3°	37	44
<b>Totale</b>		<b>108</b>	<b>118</b>
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	1°	28	28
	2°	27	23
	3°	35	45
<b>Totale</b>		<b>90</b>	<b>96</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>465</b>	<b>485</b>

In Tabella 6.3 i dati relativi agli incarichi didattici assegnati per i corsi di Laurea attivati per ciò che attiene i Responsabili delle attività didattiche professionalizzanti ed i Tutor di Corso.

**Tabella 6.3 - - Incarichi didattici nell'ambito dei corsi universitari dell'AUSL di Imola. Anno 2014**

Corsi di laurea	Incarichi didattici	N.ro incarichi didattici	Impegno nell'attività
Corso di Laurea in Infermieristica	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	36 ore/settimana
Corso di Laurea in Fisioterapia	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	36 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	1	36 ore/settimana ( dipendente M.R.I.)
Corso di Laurea in Educazione Professionale	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	12 ore/settimana
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	12 ore/settimana

I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono 29, affiancati da 11 di Montecatone *R.I.* ed ulteriori 54 professionisti coinvolti nella gestione delle attività seminariali o di laboratorio in qualità di esperti della materia.

I dipendenti incaricati della Funzione di Guida di tirocinio (Tutor Aziendali di Tirocinio) sono stati 635 (+60 unità rispetto all' A.A. precedente) di cui 236 dipendenti aziendali (+15 unità rispetto all' A.A. precedente). L'aumento complessivo delle unità di tutor di tirocinio reclutati sulla funzione è generato dalla piena e completa applicazione nell'anno 2014, del DM 270/2004 che ha comportato anche una riorganizzazione delle esperienze di tirocinio curricolare.

**Tabella 6.4 - Guide attive per i tirocini curricolari dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2014**

Corsi di laurea	N. Guide di Tirocinio c/o AUSL di Imola	N. Guide di Tirocinio c/o altre Aziende / Strutture Private Convenzionate / ASP / Privato Sociale / Aziende	N. totale Guide di Tirocinio attivate
Corso di Laurea in Infermieristica	184	14	198
Corso di Laurea in Fisioterapia	19	147	166
Corso di Laurea in Educazione Professionale	11	137	148
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	22	101	123
<b>Totale</b>	<b>236</b>	<b>399</b>	<b>635</b>

Nel 2015 sono stati realizzati da parte del Corso di Laurea in Fisioterapia, in collaborazione con l'U.O. di Medicina Riabilitativa: uno studio osservazionale prospettico su test diagnostici intitolato

"Relazione tra i test clinici per l'instabilità, il dolore e la disabilità in soggetti con LBP aspecifico subacuto o cronico"; una RCT studio multicentrico intitolata "Efficacia di un programma di applicazione di *Taping* Neuromuscolare su una popolazione di pazienti emiplegici affetti da Sindrome di Spalla dolorosa".

Oltre ai Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie, nel 2014, è stato attivato in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna: un corso di Alta Formazione Universitaria in "Assistenza Infermieristica in Endoscopia digestiva" e un corso di Alta Formazione Universitaria "Relazioni, Organizzazione e Gestione della Sicurezza nei luoghi di lavoro - ROGS", nell'ambito della formazione Regionale ed Universitaria rivolta al personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL emiliano-romagnole.

Nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali, l'attività formativa vede nel 2014 presenti 9 medici in formazione specialistica, anche se in presenza alternata e non continuativa, provenienti dalla Scuola di Specializzazione in Urologia e Gastroenterologia dell'Ateneo di Bologna e Medicina di Emergenza dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

Le strutture aziendali sono state sede di altri tirocini universitari (+17 esperienze attivate rispetto all'anno precedente), dettagliate in Tabella 6.5.

**Tabella 6.5 - Tipologia di tirocinio e numero studenti per altri corsi di Laurea. Anno 2014**

Altri corsi di laurea	Tipologia tirocinio	N.ro studenti
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche	Curricolare presso Staff Formazione	2
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche	Curricolare presso Direzione DIT	2
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche	Curricolare presso Servizio Controllo e programmazione direzionali	1
Laurea Magistrale in Scienze della Riabilitazione	Curricolare presso Staff Formazione	1
Laurea Magistrale in Scienze della Riabilitazione	Curricolare presso Unità Operativa Dipendenze Patologiche	1
Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche diagnostiche	Curricolare presso Unità Operativa Radiologia	1
Master in Management	Curricolare presso Area Critica	4
Master in Management	Curricolare presso DIT	5
Master di I livello in Cure Palliative	Curricolare presso Hospice	1
Laurea Scienze Biologiche	Curricolare presso Laboratorio Analisi	2
Master in Care/Case Management	Curricolare presso DEA	2
Corso di Laurea in Dietistica	Curricolare presso Servizio Dietiste	2
Master di I livello in Diagnost. Clin, strum e di lab. A supporto delle decisioni dell'ostetrica/o	Curricolare presso U.O. Ginecologia Ostetricia	1
Corso di Laurea in Infermieristica da altre Università: Berna e Saragozza	Curricolare presso Pronto Soccorso/ Emodialisi/Ass.za domiciliare	2
Corso di Laurea in Infermieristica da altre sezione formativa	Curricolare presso U.O. Medicina	3
<b>Totale</b>		<b>30</b>

Anche i medici convenzionati, in particolare i Medici di Medicina Generale (MMG), hanno svolto un ruolo importante per quanto attiene la formazione universitaria (+ 5 tirocinanti rispetto all'anno precedente), con funzione di tutoraggio: nel 2014 sono 5 i MMG che hanno esercitato tale ruolo.

Il numero dei tirocinanti frequentanti il corso di formazione specialistica in Medicina Generale è concordato direttamente con il MMG. In Tabella 6.6 l'attività di tutor dei MMG e numero tirocinanti.

Tabella 6.6 - Attività di Tutor dei MMG e numero tirocinanti in carico. Anno 2014

Corsi di Laurea	Tipologia Tirocinio	n. tirocinanti
Corso di Medicina Generale	Curriculare presso diverse UU.OO del Presidio Ospedaliero	6
Laurea in Medicina e Chirurgia	Preabilitazione per esame di Stato in diverse UU.OO. Del Presidio Ospedaliero	11
<b>Totale</b>		<b>17</b>

### 6.3 Information and Communication Technology

Le tecnologie innovative come la telemedicina, la teleassistenza, l'informatica e più in generale l'ICT (*Information and Communication Technology*) costituiscono l'infrastruttura *hardware* e *software* che, in sanità, garantisce gestione e continuità assistenziale a tutti i livelli di erogazione: ospedaliero, territoriale e di sanità pubblica.

Gli sviluppi prioritari del sistema informativo si collocano nella gestione del processo di ricovero, nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e nello scambio informativo ospedale/territorio tra professionisti, in coerenza con le soluzioni tecnologiche realizzate a livello regionale.

Tali processi (ricovero in accesso programmato o in urgenza e l'attività ambulatoriale) devono essere sempre più integrati tra loro e con gli strumenti elettromedicali.

Nel 2014, nell'ambito del *turn-over* delle postazioni di lavoro, sono stati sostituiti oltre 150 PC (fissi e portatili), 100 stampanti ed altre attrezzature (*scanner*, *barcode*, stampanti termiche, ecc.); anche l'infrastruttura server e *storage* ha subito importanti aggiornamenti con la sostituzione di 4 Sistemi Server, la sostituzione del Cluster Oracle e dello *Storage VWARE* ormai obsoleti. Nel 2014, l'AUSL di Imola ha, inoltre, posto in essere la realizzazione dei progetti di *Information e Communication Technology* coerenti, in termini di priorità ed architettura, con le linee di indirizzo definite nell'ambito delle pianificazioni pluriennali e dei piani operativi annuali per lo sviluppo della infrastruttura ICT regionale, tra i quali:

- avvio del nuovo Sistemi Informatico di gestione del Laboratorio Analisi di Area Vasta;
- attivazione dell'integrazione tra Anagrafe Aziendale e Anagrafe di Area Vasta;
- sviluppo della cartella clinica informatizzata, con l'estensione ai reparti chirurgici di Ortopedia e Otorinolaringoiatria, l'avvio della prescrizione farmaceutica, della componente ostetrica e della valutazione della complessità assistenziale;
- attività per il registro unico delle fatture e della fatturazione elettronica.

E' stato anche fornito un importate contributo al gruppo regionale per lo sviluppo degli indirizzi della cartella clinica integrata informatizzata.

Nell'ambito della pianificazione, del monitoraggio e della valutazione delle attività svolte dalle società in *House*, l'azienda ha garantito la coerenza con le linee di indirizzo regionali, attraverso:

- ampliamento dell'offerta della prenotazione tramite Cup Web, in particolare per le prenotazioni di laboratorio analisi;

- attivazione della scelta e revoca del MMG e PLS tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico;
- invio al Fascicolo Sanitario Elettronico dei referti di psichiatria.

L' AUSL di Imola ha, inoltre, garantito l'evoluzione dei sistemi ICT aziendali, le integrazioni con le tecnologie biomedicali, l'omogeneizzazione dei sistemi informatici nell'ambito dell'Area Vasta di appartenenza, tramite:

- il completamento dello sviluppo della gestione informatizzata dell'Elettrocardiogramma nell'ambito della Telecardiologia intra-ospedaliera e territoriale (anche con alcuni MMG);
- l'attivazione del nuovo sistema informatico di gestione della [Anatomia Patologica](#) e screening collegati, nell'ambito di omogeneizzazione di Area Vasta;
- l'attivazione del nuovo sistema informatico di gestione delle vaccinazioni con la soluzione in riuso della Regione Veneto in omogeneità con alla scelta dell'AUSL di Bologna;
- le attività necessarie per l'attivazione del SW per la gestione della richiesta, preparazione e somministrazione dei farmaci antiblastici presso l'Ospedale Bellaria dell'AUSL di Bologna.

Con l'apporto del Servizio Tecnologie Informatiche e di Rete, l'azienda ha garantito, nel corso del 2014, la partecipazione ai gruppi di lavoro regionali in merito ai progetti di razionalizzazione dei Sistemi SW di Gestione Risorse Umane e Area Amministrativa sistemi contabili.

Nel 2014, in coerenza con l'obiettivo di messa a regime della prescrizione dematerializzata in applicazione dell'art. 13 del D.lgs 179/2013, sono state acquistate le integrazioni ai SW aziendali per la fase di conferma/erogazione della ricetta dematerializzata.

L'AUSL di Imola ha, inoltre, individuato la soluzione SW applicativa aziendale per la gestione della fase di prescrizione della ricetta dematerializzata. Ha collaborato con la società Cup2000 nella verifica delle integrazioni dei SW applicativi aziendali per la gestione della fase di prenotazione/accettazione relativamente alla ricetta dematerializzata.

La prescrizione dematerializzata dei farmaci è stata progressivamente attivata per i Medici di Medicina Generale a partire da luglio 2014: al 31 dicembre erano stati attivati il 40% dei MMG; l'attivazione di tutti i MMG è prevista a maggio 2015.

Nel 2014 è continuata la campagna informativa e di attivazione proattiva del [Fascicolo Sanitario Elettronico \(FSE\)](#). Operatori dell'AUSL di Imola e di CUP2000 hanno effettuato 3 incontri nelle scuole del territorio rivolti a ragazzi delle 4° e 5° superiori, spiegando le potenzialità dello strumento e rilasciando ai maggiorenni le credenziali di attivazione.

Nel corso dell'anno, inoltre, ci si è avvalsi dei mezzi di stampa e dei *social network* per ricordare periodicamente ai cittadini i vantaggi di attivazione del FSE. Ad oggi sono 4.502 i fascicoli attivati e 5.100 le credenziali attivate, mentre oltre 2.600 cittadini hanno registrato le credenziali, ma non le hanno in seguito attivate. L'AUSL di Imola ha, inoltre, impegnato risorse per definire gli adeguamenti necessari dei sistemi aziendali per la produzione di referti di laboratorio, di radiologia e di specialistica ambulatoriale pubblicati sul Fascicolo, al fine di garantire il valore legale della consegna *Online* (firma digitale e conservazione sostitutiva).

Per quanto riguarda il Laboratorio è stato realizzato l'adeguamento richiesto che si attiverà nel corso del 2015 secondo quanto previsto nel piano di attivazione del nuovo applicativo di laboratorio di AVEC. Per la radiologia l'adeguamento potrà essere attivato nel corso del 2015. Per la specialistica la prima sperimentazione è iniziata alla fine del 2014.

### **6.4 Accreditemento istituzionale**

Il percorso di accreditemento istituzionale ha visto ad ottobre 2014 l'effettuazione della verifica ispettiva correlata all'accreditemento dei Servizi Trasfusionali provinciali e delle Unità di raccolta sangue. Ad Imola sono stati oggetto di verifica la SSD [Centro Raccolta Sangue e Immunoematologia](#), già accreditata nel 2009, nel contesto dell'accreditemento del Dipartimento dei Servizi, nonché dell'Unità di Raccolta Sangue ubicata presso la Casa della Salute di Medicina. Entrambe le verifiche si sono concluse positivamente, con grande soddisfazione degli operatori coinvolti.

Le Unità Operative afferenti al Dipartimento Materno Infantile (Genetica medica, Pediatria e Nido, Ostetricia e Ginecologia), hanno ricevuto la commissione per il rinnovo dell'accreditemento a giugno 2014, dopo la precedente visita del 2009.

Il mantenimento dei requisiti per l'accreditemento istituzionale dei Dipartimenti aziendali è stato verificato nel corso 2014 attraverso l'utilizzo dello strumento delle verifiche ispettive interne.

La Regione Emilia-Romagna chiede, infatti, alle strutture sanitarie pubbliche e private di organizzare attività di verifica del mantenimento dello *status* di accreditemento nell'arco temporale che intercorre tra una visita di verifica effettuata dai valutatori esterni selezionati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e la successiva.

Le verifiche ispettive interne di medio periodo vengono effettuate da un *pool* di valutatori interni, appositamente formati, che utilizzano gli stessi strumenti e le stesse modalità utilizzate dai valutatori regionali. Tra i valutatori interni sono presenti anche operatori dell'AUSL di Imola certificati per il ruolo di valutatore regionale per l'accreditemento.

Nel 2014 le unità operative oggetto di verifica ispettiva interna sono state tutte quelle afferenti al Dipartimento Chirurgico. Le verifiche hanno generato un ottimo spirito di collaborazione tra gli operatori, valutati e valutatori, stimolando l'applicazione degli strumenti tipici del modello di gestione in qualità, in particolare sui principali percorsi clinico assistenziali comuni ai diversi Dipartimenti, facilitando l'individuazione, la pianificazione e la messa in atto, ove necessario, di azioni e progetti di miglioramento.





## **7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale**

### ***7.1 Modelli di collaborazione interaziendale: Area Vasta Emilia Centro ed Area Metropolitana***

Negli ultimi anni è proseguito il lavoro a livello di Area Vasta rivolto alla definizione e costruzione di un nuovo modello organizzativo di offerta dei servizi sanitari. Nel nostro contesto sanitario si avverte, infatti, la crescente necessità di avere a disposizione nuovi modelli organizzativi e strumenti che sappiano integrare armonicamente le esigenze dell'utenza con la qualità delle prestazioni richieste e con la quantità delle risorse disponibili.

E' in questa logica che le aziende sanitarie della Provincia di Bologna e Ferrara hanno avviato un percorso di maggiore integrazione per far fronte alle trasformazioni introdotte da innovazioni tecnologiche e scientifiche e per offrire ai cittadini risposte più flessibili ed appropriate.

Nell'ottica del perseguimento di una maggiore efficienza ed efficacia in ambito sanitario, l'introduzione di forme di collaborazione tra aziende sanitarie rappresenta sempre più la risposta privilegiata alla complessità dei processi produttivi e alle modificazioni istituzionali.

Il presente capitolo intende rendicontare l'attività svolta sia a livello di Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) e sia a livello di Area Metropolitana, nel corso degli ultimi anni ed in particolare nel 2014.

#### **7.1.1 Progetti AVEC area sanitaria**

L'attività in AVEC, nel 2014, si è articolata in applicazione delle linee di programmazione regionali, approvate con DGR 217/2014. Di seguito vengono indicate le principali aree di intervento per quanto concerne l'Area Vasta Emilia Centrale.

**Laboratorio Unico.** Con DGR 686 del 14/05/2007 la Regione Emilia Romagna ha esplicitato l'esigenza di concentrare la produzione analitica, non solo per le analisi di alto impegno tecnologico, ma anche per la produzione analitica di base, con l'obiettivo di consolidare e migliorare la qualità del servizio reso, migliorare l'efficienza produttiva e l'efficacia allocativa.

Con il Piano Sociale e Sanitario 2008 – 2010, in merito all'integrazione sovraziendale in Aree Vaste, si individua soprattutto la funzione laboratoristica quale funzione fattibile di concentrazione ed integrazione.

Con determinazione dell'assemblea dei Direttori Generali dell'AVEC del 29 aprile 2011 si è deciso, in coerenza con gli indirizzi regionali, di programmare in tale ambito territoriale la realizzazione di un laboratorio unico secondo un progetto pluriennale che nel 2015/2016 vedrà il pieno completamento. Nel 2014, il progetto di Laboratorio Unico di Area Vasta Centro, che prevede una struttura organizzativa incentrata su 2 *HUB* - LUM (Laboratorio Unico Metropolitan) con sede presso l'Ospedale Maggiore di Bologna e LUP (Laboratorio Unico Provinciale) con sede presso

l’Ospedale di Cona a Ferrara – e diversi *Spoke* (il principale collocato al S. Orsola di Bologna), si è concentrato sulle fasi relative alle procedure di gara e sugli aspetti di realizzazione strutturale e organizzativa. L’impegno prevalente ha riguardato le procedure di gara per l’acquisizione dei sistemi diagnostici: Autoimmunità, Corelab di Biochimica, Corelab di Ematologia, Coagulazione.

Sotto il profilo organizzativo sono state riviste le attività dei laboratori *Spoke* della AUSL di Bologna, concentrando molti degli esami da loro eseguiti presso il laboratorio *HUB* di Bologna sito all’Ospedale Maggiore (OM) e riducendo la quota di personale operativa negli *Spoke*.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi informatici, al termine delle singole gare, si è provveduto a configurare il “sistema” per adeguarlo alle caratteristiche degli strumenti analitici e di distribuzione delle provette. In riferimento al personale, già a giugno 2014, è stato raggiunto l’obiettivo previsto dal progetto relativo al numero di TLBS e dirigenti che opereranno nel nuovo LUM. Per quanto riguarda l’AUSL di Imola, il progetto prevede, a partire da fine 2015 - inizio 2016, l’allocazione presso la sede *HUB* di tutte le prestazioni per esterni, con il mantenimento presso il Laboratorio di Imola della produzione per interni (ospedale) ed urgenze.

**Centrale Operativa 118.** Nel 2014 è stato realizzato per l’Area Omogenea Emilia Est (AO EE) - Aziende AVEC più AUSL di Modena - il “Progetto di adeguamento strutturale, organizzativo e tecnologico delle Centrali Operative di soccorso sanitario conseguente alle modifiche dei punti di consegna delle chiamate al 118 e 112”. Il processo di accorpamento delle funzioni di CO 118 ha preso il via con l’ingresso delle ex CO 118 di Bologna e Ferrara nella nuova CO AO EE e con l’ingresso della ex CO di Modena. Tutte le postazioni della Centrale utilizzano un applicativo di gestione su cui è stata realizzata una completa integrazione con i sistemi di comunicazione radio, telefonici, cartografici e dati. Ciò consente all’operatore di interagire con i diversi sistemi di comunicazione utilizzando un unico computer ed un’unica cuffia microfonica, ottimizzando i tempi di risposta, limitando l’inquinamento acustico e riducendo gli errori di localizzazione dei chiamanti. L’integrazione delle reti dati con le altre Centrali 118 (DUMP) è completata dall’integrazione dei dati dell’applicativo di gestione della Centrale, sia in uscita che in ingresso, verso i computer di bordo dei mezzi di soccorso. Ciò consente di monitorare le risorse di soccorso sulla base cartografica della Centrale, visualizzando la posizione/velocità/stato del mezzo ed individuando immediatamente il mezzo migliore più vicino al luogo di intervento.

La Centrale Operativa 118 impiega a tutt’oggi, come pianificato per la fase di transizione, personale infermieristico proveniente dalle 3 ex centrali, che coprono 8 postazioni operatore in fascia oraria diurna (07.00 – 20.00) e 7 postazioni operatore in fascia oraria notturna (20.00 – 07.00). Il numero di interventi gestiti è di circa 575 al giorno. La funzione di Coordinamento, 12 ore diurne in presenza e 12 notturne in reperibilità, è assicurata da un *pool* di Coordinatori provenienti dalle ex CO di Bologna e Modena.

**Integrazione Servizi Trasfusionali.** Il progetto prevede la concentrazione delle attività produttive degli emocomponenti presso un’unica struttura Trasfusionale di Area Vasta. Nel 2013 si è già realizzata presso il SIMT dell’AUSL di Bologna la concentrazione per l’esecuzione delle

procedure di validazione biologica degli emocomponenti provenienti dalla raccolta dei SIMT delle AUSL di Bologna, Imola, Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

Per il primo semestre del 2014 le aziende coinvolte hanno predisposto il progetto esecutivo per la concentrazione della lavorazione, presso il SIMT dell'AUSL di Bologna, degli emocomponenti provenienti dalla raccolta di tutte le aziende dell'AVEC ed, inoltre, degli emocomponenti provenienti dalla raccolta dell'area di Modena (afferenza all'AVEC per le attività di qualificazione biologica, lavorazione e gestione delle scorte).

Il progetto di integrazione dei Servizi Trasfusionali dell'Area Metropolitana Bolognese e di AVEC è stato approvato il 16/1/2014 dalle Direzioni Aziendali AVEC. Il 28/1/2014 la Direzione di AVEC ha formalmente incaricato il Responsabile di progetto di procedere alla fase operativa, mentre dal 1/2/2014 la Direzione delle Strutture trasfusionali AUSL e AOSP è unificata.

Si riassumono di seguito i progetti divenuti operativi nel corso del 2014.

1. È stata completata l'unificazione del sistema SW gestionale trasfusionale *Eliot* per AUSL - S. Orsola - IOR. A livello regionale è stato completato il capitolato tecnico, predisposta la procedura di gara regionale con Intercenter ed avviato il bando per il nuovo sistema regionale. È stato riavviato l'intero percorso di bando che si concluderà presumibilmente entro il secondo semestre 2015. Sono state avviate ipotesi di interfacciamenti temporanei con Ferrara e Modena.
2. Sono stati definiti i requisiti tecnici inerenti le modalità del trasporto di emocomponenti per la raccolta e l'avvio degli stessi al Polo Unico di Validazione biologica e di Lavorazione dell'Ospedale Maggiore.
3. È stato avviato il percorso di revisione ed affiancamento dell'intero Sistema della Qualità. In particolare, le due Unità operative AUSL e AOSP hanno definito il *lay-out* delle nuove procedure unificate ed hanno prodotto e reso operative le prime procedure generali integrate. Inoltre, viene sistematicamente attuata la revisione di tutte le procedure e la produzione appaiata delle nuove versioni, l'organigramma, il funzionigramma e tutti i documenti previsti dall'accreditamento. È stata, anche, avviata la revisione delle procedure di richiesta e assegnazione di sangue ed emocomponenti attraverso i COBUS. Il riesame della direzione viene ormai effettuato in modo integrato. Dall'inizio del 2015 sono stati coinvolti anche i referenti di AUSL di Imola e dello IOR.
4. È stata conclusa la raccolta dei dati inerenti all'assetto delle risorse umane in area metropolitana, a Ferrara e Modena ed è oggi possibile formulare una proposta di assetto a regime del personale.
5. È stata completata la ricognizione degli inventari dei beni e delle apparecchiature - Analisi e Programmazione delle Gare. Sono state avviate e concluse le gare per l'acquisizione dei sistemi per il controllo e la convalida del plasma ad uso industriale, l'acquisizione delle apparecchiature per il congelamento rapido, per la dotazione di spazi freddi per il Polo di Lavorazione e Validazione Unico di AVEC.

6. Dopo un progetto sperimentale di fattibilità di un nuovo ed innovativo metodo di lavorazione degli emocomponenti, è stata conclusa la gara per l'acquisizione del materiale per la raccolta e la lavorazione. Nel frattempo è stato predisposto nel primo semestre del 2014 il progetto esecutivo per la concentrazione della lavorazione, presso il SIMT dell'AUSL di Bologna, degli emocomponenti provenienti dalla raccolta dei SIMT di tutte le Aziende dell'AVEC ed, inoltre, degli emocomponenti provenienti dalla raccolta dell'area di Modena (afferenza all'AVEC per le attività di qualificazione biologica, lavorazione e gestione delle scorte, e afferenza all'AVEN per tutte le altre attività). Dal 4 settembre 2014 il progetto è divenuto operativo con il trasferimento al SIMT della AUSL di Bologna della lavorazione degli emocomponenti raccolti presso la AOSP (90%).
7. È stato rivisto il progetto di ristrutturazione degli spazi al 3° piano dell'ala lunga dell'Ospedale Maggiore per la ricollocazione delle attività trasfusionali e in particolare del Polo Unico di Validazione biologica e di Lavorazione degli emocomponenti: la consegna degli spazi, originariamente prevista per settembre 2014, è stata rinviata ai primi mesi 2015 a causa delle modifiche di progetto necessarie ad ospitare l'intera produzione degli emocomponenti di AVEC e di Modena.
8. È stata avviata la definizione dei meccanismi di controllo, valutazione e compensazione dei costi di gestione dei vari settori della Medicina TrASFusionale che l'unificazione dei SIMT AUSL e AOSP hanno indotto. È stata definita la griglia analitica dei fattori economici per le attività di validazione e lavorazione (oggetto della centralizzazione presso il Polo), ma anche delle restanti attività trasfusionali al fine di ottenere parametri per monitorare anche aspetti che in corso d'opera potranno subire ricollocazioni operative.
9. È stata conclusa l'installazione delle nuove apparecchiature per le attività di Immunoematologia a Bologna (Ospedale Maggiore, S. Orsola, Bellaria), Ferrara e Imola. Per Bologna (Ospedale Maggiore e S. Orsola) e Imola è stata completata l'installazione delle apparecchiature e del software per il collegamento a distanza (premessa per l'attivazione della guardia medica unica). Sono stati completati corsi di formazione congiunti AUSL - S. Orsola per medici, tecnici e infermieri per definizione procedure comuni.
10. È stata conclusa l'installazione delle apparecchiature necessarie all'avvio del Laboratorio di Immunoematologia Avanzata (progetto di interesse regionale). Da febbraio 2015 il progetto è operativo in AVEC: prevista la successiva estensione al resto della Regione.
11. Le unità operative della AUSL e della AOSP hanno concordato un unico percorso per le attività formative inerenti al SIMT AMBO: presentazione del programma formativo, dossier, immissione informatica. È stato scelto di comune accordo il software in uso presso la AUSL.
12. In seguito alle visite ispettive condotte dalla Agenzia regionale è stato completato nei tempi previsti (31.12.2014) il percorso di accreditamento istituzionale di tutte le sedi ospedaliere (Ospedale Maggiore, Bellaria e Imola) e di 8 sedi territoriali, delle 11 concordate con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue. Per le restanti 3, per le quali non era

possibile prevedere una idonea ristrutturazione nelle sedi attuali, è stato predisposto un piano di ricollocazione e di relativi investimenti.

**Integrazione Servizi Anatomia Patologica.** Il progetto ha visto la costituzione, nel 2014, di quattro gruppi di lavoro con specifici obiettivi. Di seguito si riporta l'avanzamento delle attività a fine anno.

1. Definizione di un catalogo comune delle prestazioni. Si è proceduto ad una comparazione delle tabelle delle prestazioni di AUSL BO ed AOSP BO per allineare i termini che risultano differenti.
2. Refertazione standardizzata secondo le indicazioni della Commissione Oncologica Regionale. Sono state approntate le *check list* per la refertazione standardizzata del melanoma, delle biopsie, polipectomie e resezione del colon-retto, di biopsie, mammotomie e resezione della mammella. Sono in via di completamento quelle relative ai biomarcatori oncologici, alle agobiopsie prostatiche ed alle neoplasie dell'apparato genitale femminile.

Anche il *repository* dei referti è uno strumento indispensabile: la possibilità di recapitare i documenti di Anatomia Patologica in forma digitale e non cartacea è un passaggio non più differibile ma al momento disponibile solo per gli esami richiesti con OE.

**Integrazione attività di Epidemiologia.** Nel 2014 è proseguito il percorso di integrazione delle attività di epidemiologia dei Dipartimenti di Sanità Pubblica dell'Area Vasta Emilia Centro, come da progetto approvato a settembre 2012. In particolare, sono proseguite le attività formative rivolte al personale, sono state realizzate comuni banche dati e redatti alcuni documenti mettendo a disposizione di tutti gli operatori coinvolti uno spazio dedicato sul server dell'AUSL di Bologna.

### 7.1.2 Progetti AVEC area tecnico amministrativa

**Integrazione logistica.** L'esigenza di sviluppare nuove forme di collaborazione e di integrazione a livello provinciale e di area vasta ha coinvolto negli ultimi anni i "servizi di supporto", con una particolare attenzione alla logistica di beni farmaceutici ed economici. Quindi, le aziende di AVEC hanno predisposto un progetto per l'integrazione strutturale di centralizzazione delle attività logistiche che si basa sui seguenti obiettivi strategici, individuati dai Direttori Generali di AVEC:

- gestione unificata dei vari punti logistici disponibili, anche attraverso l'adozione di applicativi informatici unici che consentano la modularità e piena integrazione dei processi di logistica operativa (unificazione degli ordini, ottimizzazione delle scorte, ecc.);
- individuazione di un percorso che nel tempo assicuri la progressiva riduzione del numero dei magazzini e che tenga conto dei vincoli esistenti con fasi successive e che ne consentano il superamento.

Nel corso del 2014 si è dato ulteriore impulso al progetto.

**Integrazione funzioni tecnico amministrative.** Per quanto attiene all'unificazione dei servizi amministrativi, la scelta delle direzioni ha preso atto che i percorsi di integrazione a Bologna e Ferrara nei servizi tecnico-amministrativi si sono sviluppati con finalità analoghe (ottimizzazione e

miglior specializzazione delle risorse, adozione di processi operativi omogenei, ecc.) seppur con modalità operative differenti, che consentono ulteriori sviluppi. Rispetto a tale percorso non si è ritenuto opportuno ricercare in questa fase livelli di integrazione di area vasta, in quanto risulta preferibile proseguire con un ulteriore consolidamento delle esperienze già avviate a livello provinciale, in modo da sviluppare i possibili benefici da convergere successivamente nelle progettualità comuni di Area Vasta.

Le funzioni amministrative centrali sono tradizionalmente in capo ad ogni singola azienda (AUSL, AOU e IOR) che le gestiscono in modo autonomo. Nel 2011 è stata avviata la prima concreta esperienza di unificazione di alcuni servizi amministrativi in ambito metropolitano ed in particolare: "Servizio acquisti", con sede presso l'AUSL; "Settore previdenza", con sede presso lo IOR. In attuazione delle specifiche indicazioni regionali, nel 2013, le tre aziende hanno inteso avviare un processo di ulteriore fusione che coinvolga sostanzialmente tutte le funzioni amministrative centrali, in modo da conseguire importanti economie di scala e di scopo. Si intende infatti coinvolgere: bilancio, acquisti, economato e gestione logistica, personale, affari generali, gestione del patrimonio, sistemi informatici, gestione amministrativa della ricerca, prevenzione corruzione e trasparenza

**Settore acquisti.** Anche per il 2014 è stata presentata e approvata una programmazione unica di AVEC. Tale approvazione è avvenuta dopo che l'Agenzia Regionale Intercent-ER ha confrontato le "proposte" di programmazione delle tre Aree Vaste della Regione ed ha quindi stilato la propria programmazione. I due provveditorati dell'AVEC, compresa la struttura presso AO FE – Ospedale di Cona - hanno espletato 397 procedure (339 Bologna e 58 Ferrara): 112 relative a beni sanitari; 61 relative a beni e servizi economici; 163 relative a servizi sanitari, attrezzature sanitarie, informatiche, tecnico economici e servizi di manutenzione; 5 relative a servizi sociali; e 56 rinnovi. Il valore complessivo annuo di dette procedure è stato di € 147.154.530,12, iva compresa, valore inferiore per € 6.365.689,40 rispetto agli importi indicati nel bando di gara (-4,3%). Prendendo a riferimento gare come quelle dedicate al Laboratorio Unico o al servizio di Help Desk informatico che prevedevano importi a base d'asta inferiori mediamente al 10% rispetto alla spesa sostenuta, si può facilmente rilevare come i risultati ottenuti siano andati ben oltre il 10%.

**Applicazione normativa prevenzione corruzione e trasparenza.** Il notevole impatto delle novità introdotte dalla normativa sulla prevenzione della corruzione e sugli obblighi di trasparenza per la Pubblica Amministrazione (L. 190/2012, D.Lgs 33/2013, delibere CIVIT/ANAC, Piano Nazionale Anticorruzione, DPR 62/2013 ecc.) difficilmente gestibile a livello di singola azienda, ha indotto i Direttori Generali delle Aziende sanitarie delle province di Bologna e di Ferrara ad attivare, nel dicembre 2013, un tavolo permanente AVEC su tali temi. Lo scopo era quello di assicurare, pur nel rispetto delle autonomie delle aziende, il coordinamento delle attività e lo scambio di esperienze e di informazioni utili a favorire il confronto tra i Responsabili delle aziende impegnati nella redazione dei singoli Piani e la condivisione delle iniziative e delle azioni necessarie all'implementazioni dei Piani stessi. Il Tavolo AVEC, nel corso del 2014, ha operato

mediante riunioni con cadenza sostanzialmente mensile, ma soprattutto attraverso una continua interlocuzione tra i dirigenti preposti, sugli aspetti normativi di immediata applicazione e sulle novità via via emerse; sono stati coinvolti, su temi specifici, anche altri servizi aziendali (Servizi personale, Servizi acquisti, ecc.). Oltre all'approfondimento delle singole tematiche, l'iniziativa ha consentito di attivare un qualificato canale di confronto con la Regione Emilia Romagna che si è fatta carico di trasferire all'ANAC (Autorità nazionale Anticorruzione) alcune istanze di chiarimento e di approfondimento, oltre che di formalizzare in proprie circolari alcuni aspetti discussi nell'ambito del Tavolo.

**Applicazione normativa Privacy.** Nel 2014, dopo un periodo di sostanziale sospensione dei lavori del gruppo di lavoro privacy di area vasta, insediato a dicembre 2012, il tema ha ripreso un livello di attenzione elevatissimo in seguito all'ispezione del Garante che ha avuto luogo presso l'Azienda Ospedaliera di Bologna. L'azienda si è fatta pertanto promotrice di un approfondimento sulla tematica del *repository* di eventi clinici e delle relative regole di accesso, contribuendo alla ridefinizione del tavolo AVEC a fine 2014 che ha lavorato anche per mettere ordine alla numerosità dei progetti interaziendali dove il tema del rispetto della normativa sulla privacy è presente in maniera rilevante. In considerazione delle diverse criticità e difficoltà operative emerse i componenti del gruppo di lavoro hanno confermato la necessità di richiedere il contributo di un esperto per analizzare in maniera tecnica e operativa le soluzioni prospettate.

**Progetti ICT.** Come previsto dal piano strategico ICT AVEC, presentato sia alla Direzione Operativa AVEC sia alle Direzioni aziendali, nel 2014, è proseguita la realizzazione di progetti avviati negli anni precedenti. Tra questi il più rilevante è il progetto di adozione di una Anagrafe Unica di Area Vasta che a oggi vede collegati l'AUSL e l'AOSP di Bologna, l'AUSL di Imola e lo IOR, mentre sono in fase di attivazione le Aziende USL e OSP di Ferrara. Prosegue, inoltre, il progetto di un sistema unico AVEC di Anatomia Patologica che ha visto una sua concreta realizzazione nel 2014 con il consolidamento delle realizzazioni già attive per AUSL Bologna e Imola e con l'avvio del progetto AOSP di Bologna. Altro progetto previsto negli anni precedenti, e che ha preso un nuovo impulso nell'ultimo biennio, è il progetto di unificazione logica dei sistemi PACS (o PACS federato) che prevede, in una prima fase, l'unificazione dei sistemi in area metropolitana. Nel 2014 è avvenuta la migrazione dello IOR al sistema RIS *Polaris*, già attivo nelle AUSL di Bologna, Imola e Ferrara e nell'AOSP di Ferrara. Tale estensione è in fase di consolidamento.

Sempre in continuità con gli anni precedenti si situano i progetti regionali in ambito ICT AVEC ai quali si cerca di dare una risposta il più possibile uniforme, compatibilmente con le diverse strategie aziendali. Due sono invece i progetti che hanno una loro peculiare collocazione nell'anno 2014, ovvero il nuovo progetto di un laboratorio analisi unico e il progetto di un sistema trasfusionale unico (di cui si è ampiamente parlato ai punti precedenti). Sempre nel 2014, infine, ha visto la conclusione, secondo le aspettative, la gara per il nuovo servizio di help desk, manutenzione e assistenza delle stazioni di lavoro che sarà progressivamente avviato nei primi mesi del 2015.



### 7.1.3 L'integrazione in Area metropolitana

Di significativa valenza, nel corso del 2014, vanno segnalati gli accordi intervenuti tra l'AUSL di Imola e altre aziende dell'Area metropolitana bolognese che, nell'ottica di cui si è detto in premessa, hanno dato avvio ad un nuovo modello organizzativo basato su una più forte integrazione e un maggior coordinamento tra aziende in ambito territoriale bolognese.

D'altronde i sempre più stringenti obiettivi di sostenibilità, i crescenti livelli di complessità, la continua innovazione tecnologica, richiedono al Servizio Sanitario di dare risposte ai bisogni di salute della popolazione, attraverso una diversa articolazione organizzativa che garantisca un'offerta di servizi a costo/beneficio compatibile con le risorse disponibili, quindi in contesti organizzativi più appropriati rispetto al livello di specializzazione richiesto. Ed è proprio in tale ottica che l'AUSL di Imola si è mossa per migliorare e rafforzare le potenzialità e le capacità organizzative delle proprie strutture e funzioni, nonché delle proprie specializzazioni, tramite una maggiore integrazione con gli altri operatori dell'Area bolognese.

Con questo impulso, nel 2014, sono state create nuove forme di cooperazione ed integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna per la gestione dell'**Unità Operativa di Chirurgia Generale** che ha visto l'istituzione di un'unica **Unità Operativa Interaziendale**, con l'inclusione della nostra Unità operativa semplice di Chirurgia all'interno della Struttura Complessa dell'azienda ospedaliera bolognese, che si aggiunge all'accordo, sempre con l'AOU di Bologna, riguardante l'attività di consulenza e collaborazione, presso il presidio ospedaliero imolese, di **chirurgia vascolare** e di **chirurgia plastica**. Va, inoltre, segnalato l'importante accordo definito ed attivato con gli Istituti Ortopedici Rizzoli per quanto riguarda gli interventi specialistici di chirurgia protesica e ricostruttiva della spalla e di chirurgia ortopedica pediatrica.

Lo sviluppo di **modelli organizzativi orientati alle reti cliniche** che, oltre a quanto sopra segnalato vedrà impegnata anche l'area pediatrica e neonatale, nei prossimi anni permetterà una riqualificazione del nostro Servizio sanitario regionale in un'ottica di:

- migliore accessibilità ai servizi ospedalieri da parte della collettività (in particolare per le popolazioni più distanti dai centri di alta specializzazione), mantenendo negli ospedali di prossimità alcune importanti funzioni e nello stesso tempo garantendo un collegamento diretto con i restanti nodi specialistici della rete;
- garanzia di sicurezza e di qualità delle prestazioni, sostenendo la concentrazione della casistica più complessa in modo da favorire la specializzazione medica e le innovazioni tecnologiche d'avanguardia;
- recupero di efficienza con investimenti mirati alla riorganizzazione delle specialità e dell'assistenza all'interno della rete ospedaliera, ma anche attraverso una migliore organizzazione delle degenze e dello sviluppo dell'assistenza post-ospedaliera;
- flessibilità organizzativa e produttiva che sappia rispondere in modo maggiormente proattivo ai cambiamenti dei bisogni sanitari e dell'offerta.





Azienda Unità sanitaria Locale di Imola  
Viale Amendola, 2 – 40026 Imola (BO)  
tel. +39 0543 604111 – fax. +39 0542 604013  
e-mail: [ausl@ausl.imola.bo.it](mailto:ausl@ausl.imola.bo.it)  
[www.ausl.imola.bo.it](http://www.ausl.imola.bo.it)