

Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna

Una lettura di sintesi
dei Bilanci di missione 2005 e 2006

ISSN 1591-223X
DOSSIER
163-2008



Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna

Una lettura di sintesi
dei Bilanci di missione 2005 e 2006

La redazione del volume è stata curata da

Laura Testi già direttore amministrativo dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Marco Tieghi ordinario di economia aziendale - consulente scientifico
Marco Biocca Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Con la collaborazione di

Marzia Cavazza Direzione generale Sanità e politiche sociali, Emilia-Romagna
Eleonora Verdini
Michele Baccarini Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Nicola Caranci
Luca Cisbani
Giulia Guerzoni
Marina Innorta
Vanessa Vivoli
Maria Gamberini Azienda USL di Piacenza

Presentazione dell'Assessore regionale alle politiche per la salute Giovanni Bissoni.

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione, impaginazione e traduzione in inglese del Sommario Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, agosto 2008

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss163.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

| | |
|--|-----------|
| Sommario | 5 |
| <i>Abstract</i> | 7 |
| Presentazione | 9 |
| Introduzione | 13 |
| Finalità e obiettivi del Dossier | 13 |
| Aspetti metodologici | 15 |
| Articolazione del documento | 16 |
| Parte I. I Bilanci di missione 2005 e 2006. | 17 |
| Schede di sintesi | |
| Azienda USL di Piacenza | 19 |
| Azienda USL di Parma | 41 |
| Azienda USL di Reggio Emilia | 63 |
| Azienda USL di Modena | 85 |
| Azienda USL di Bologna | 107 |
| Azienda USL di Imola | 125 |
| Azienda USL di Ferrara | 141 |
| Azienda USL di Ravenna | 161 |
| Azienda USL di Forlì | 179 |
| Azienda USL di Cesena | 201 |
| Azienda USL di Rimini | 219 |

(continua)

| | |
|---|------------|
| Parte II. Aspetti di contesto e di profilo delle Aziende USL della regione | 239 |
| Condizioni di contesto | 239 |
| 1. Territorio | 240 |
| 2. Ambiente | 243 |
| 3. Popolazione | 244 |
| 4. Condizioni socio-economiche | 260 |
| 5. Osservazioni epidemiologiche | 266 |
| 6. Stili di vita | 281 |
| 7. Sicurezza | 283 |
| Elementi dei profili aziendali | 287 |
| 1. Aspetti economici, finanziari e patrimoniali | 287 |
| 2. Livelli essenziali di assistenza | 293 |

Sommario

Il Bilancio di missione, che le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna sono tenute per legge a presentare ogni anno unitamente al Bilancio di esercizio (LR n. 29, dicembre 2004), è uno strumento finalizzato a collegare i risultati economici a quelli di salute, e a permettere la verifica periodica del grado di realizzazione degli obiettivi assegnati alle singole Aziende dalla Regione e a livello locale.

La fase sperimentale di questo progetto impegnativo, iniziata nella seconda metà del 2004 con cinque Aziende USL pilota, si è poi estesa alle altre Aziende USL e si è ora completata interessando anche tutte le Aziende ospedaliero-universitarie e gli Istituti ortopedici Rizzoli.

Il Bilancio di missione si caratterizza in particolare come uno strumento tecnico, annuale, obbligatorio, pubblico e redatto sulla base di un modello regionale condiviso. Contiene un'ampia messe di informazioni, fra cui un set minimo di indicatori comuni per tutte le Aziende. Rispetto al Bilancio sociale ha finalità a un tempo più ampie e più mirate: serve infatti non solo a illustrare gli esiti dell'azione istituzionale svolta dall'Azienda, ma anche (e forse in primo luogo) a supportare in modo attivo e dinamico il sistema delle relazioni fra l'Azienda e i suoi principali interlocutori istituzionali: la Regione e gli Enti locali (nello specifico le Conferenze territoriali sociali e sanitarie).

Con il Bilancio di missione è stata fatta la scelta di accompagnare (e contestualizzare) indicatori quantitativi con una descrizione e narrazione strutturata delle scelte e delle conseguenti attività aziendali. In questo contesto quindi, l'Azienda sanitaria è soggetto che si descrive e, per così dire, si racconta, rappresentando il modo in cui ha concretamente interpretato il proprio ruolo nel contesto delle politiche regionali e locali.

Si mirava in tal modo a rafforzare in modo strutturato il rapporto fra le Aziende e gli altri principali soggetti che in ambito regionale e locale hanno le responsabilità istituzionali in tema di sanità. Per tale via è possibile la verifica da parte della Regione e delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie degli esiti prodotti rispetto a quelli previsti e – di conseguenza – la riattivazione di processi di pianificazione e programmazione esterni e interni all'Azienda. E si dà infine la possibilità alle Aziende di rendere conto della propria azione istituzionale anche ad altri soggetti esterni e interni (terzo settore, comitati misti, organizzazioni sindacali, professionisti, responsabili del governo clinico, associazioni di tutela dei malati, ecc).

L'uso locale dei Bilanci di missione è più diretto e già largamente sviluppato. La lettura e l'utilizzazione su scala regionale, che pure è uno degli obiettivi principali previsti, sono più complesse e richiedono un lavoro supplementare di sintesi e presentazione. Questo volume rappresenta un primo esperimento di tale lavoro supplementare. È strutturato in due parti che offrono due complementari ottiche di lettura.

La prima parte contiene le undici schede di sintesi relative ai Bilanci di missione 2005 e 2006 (redatti nel 2006 e nel 2007) di ciascuna Azienda USL dell'Emilia-Romagna.

La struttura delle schede rispecchia l'articolazione prevista dalle linee guida regionali, al fine di rendere più agevole una lettura trasversale alle aziende dei diversi temi sviluppati nell'ambito dei documenti. Le schede non intendono proporre un sunto dei documenti esaminati, quanto piuttosto un'esposizione sintetica e soggettiva dei tratti ritenuti qualificanti per la raffigurazione dell'Azienda.

La seconda parte si sviluppa in due capitoli, rispettivamente per illustrare i contesti di riferimento delle Aziende e i tratti più salienti dei profili aziendali, con particolare riferimento agli aspetti connessi con lo svolgimento dell'attività istituzionale.

È un volume rivolto a un lettore interessato soprattutto alla dimensione regionale dell'esperienza, e vuole promuovere la conoscenza non tanto dell'esistenza del nuovo strumento in sé, quanto piuttosto dei suoi contenuti specifici e delle diverse configurazioni che esso ha assunto nelle particolari declinazioni aziendali.

Il volume consente al lettore di seguire propri percorsi, centrati sulla singola Azienda piuttosto che sulla consequenzialità dei diversi Capitoli. Anche se molto denso di dati e informazioni (sono inclusi tra l'altro 139 grafici e tabelle), lo scopo della pubblicazione resta quello già rimarcato di facilitare l'introduzione alla lettura (o almeno alla consultazione) dei documenti originali e di fornire un quadro d'insieme.

Fa seguito a due precedenti Dossier, il n. 107 del 2005 con il quale si sono presentate le linee guida regionali per la redazione del Bilancio di missione, e il n. 148 del 2007 con il quale sono state presentate le caratteristiche delle prime edizioni del Bilancio di missione.

Abstract

Local Health Trusts in Emilia-Romagna: a synthesis of the 2005 and 2006 Mission reports

Since 2004 Local Health Trusts in Emilia-Romagna have to prepare each year the so called Mission report, together with the Annual financial balance (regional Law 29/2004). This document is aimed at reporting both economical and health outcomes related with the health objectives proposed by the Region and the local governments, so that periodical verifications of results reached by the Health Trusts are possible.

The experimental phase of this demanding project started in the second half of 2004 with 5 pilot Health Trusts; it was later extended to all regional Local Health Trusts and in the last year also to Hospital Trusts and to the Rizzoli Research Hospital in Bologna.

Mission report is a yearly, compulsory, public, technical document, corresponding to a regional shared model. It presents many information, including a set of indicators that are common for all Health Trusts. The quantitative indicators are accompanied by detailed narrative descriptions of choices and actions implemented: the Health Trust talks of itself explaining its role in regional and local policies.

The aim of the report is to illustrate the outcomes of actions performed by the Health Trust and mostly to actively support the relationship between the Health Trust and its main institutional interlocutors: the Region and the Social and Healthcare Territorial Conferences (composed by all the mayors of the Municipalities of the area corresponding to a single Local Health Trust, usually a province). In such a way, these institutional subjects can verify the attainment of pre-defined goals and - if necessary - reactivate internal and external planning processes. On their side, Health Trusts use the Mission report also to communicate with other internal and external subjects (Third sector, Labor Unions, professionals, people in charge of clinical governance, members of patients' associations, etc.).

The use of Mission reports at local level is more direct and already well developed; the use at regional level is more complex and requires an additional synthesis and presentation work. This volume represents a first attempt of this supplementary work.

The volume is divided in two sections. The first part includes a synthesis of the 2005 and 2006 reports, underlying the most representative aspects of each of the eleven Local Health Trusts of Emilia-Romagna. The structure of each report follows the model defined in the regional guidelines to allow a transversal reading. The second section is divided in two parts, to describe the reference context and the most meaningful elements of each Health Trust's profile.

The volume is meant for a reader interested in the regional dimension of the experience; the reader can focus on each single Health Trust or on the same aspect in the various Trusts, and is helped in the reading of the original longer reports.

Presentazione

Il Bilancio di missione, che le Aziende sanitarie sono tenute per legge a presentare ogni anno unitamente al Bilancio di esercizio (LR n. 29, dicembre 2004), è uno strumento finalizzato a collegare in modo coerente i risultati economici a quelli di salute, e a permettere la verifica periodica del grado di realizzazione degli obiettivi assegnati alle singole Aziende dalla Regione e a livello locale.

La fase sperimentale di questo progetto impegnativo, iniziata nella seconda metà del 2004 con cinque Aziende USL pilota, si è poi estesa alle altre Aziende USL e si è ora completata interessando anche tutte le Aziende ospedaliero-universitarie. Durante tutto questo percorso le scelte di metodo sono state condivise da Regione e Aziende e il risultato che si è ottenuto può essere definito come uno strumento di entrambi. Siamo, quindi, nelle condizioni di trarre sintesi di interesse regionale e anche prime valutazioni approfondite.

Il Bilancio di missione si caratterizza in particolare come uno strumento tecnico, annuale, obbligatorio, pubblico e redatto sulla base di un modello regionale condiviso. Contiene un'ampia messe di informazioni, fra cui un set minimo di indicatori comuni per tutte le Aziende. Rispetto al Bilancio sociale ha finalità a un tempo più ampie e più mirate: serve infatti non solo a illustrare gli esiti dell'azione istituzionale svolta dall'Azienda, ma anche (e forse in primo luogo) a supportare in modo attivo e dinamico il sistema delle relazioni fra l'Azienda e i suoi principali interlocutori istituzionali: la Regione e gli Enti locali (nello specifico le Conferenze territoriali sociali e sanitarie).

La necessità di individuare e utilizzare indicatori in grado di descrivere compiutamente le attività delle organizzazioni sanitarie e i risultati da esse raggiunti, è oggi al centro di una grande e comprensibile attenzione.

Tale attenzione corrisponde alla esigenza degli ambiti di governo dei sistemi sanitari di esercitare pienamente le proprie funzioni di verifica e monitoraggio della attività dei servizi sotto la propria giurisdizione, come pure alla necessità di rafforzare la capacità di rendicontare in modo trasparente ai cittadini sulla qualità delle prestazioni erogate, ponendo quindi enfasi su quella specifica dimensione delle relazioni che attraversano i sistemi sanitari definita come *accountability*.

Come l'esperienza spesso testimonia, questi sforzi finiscono inevitabilmente per dovere fare i conti con numerosi aspetti problematici. Spesso le fonti informative disponibili per definire e rilevare gli indicatori sono inadeguate. Talvolta il processo di valutazione induce, nelle Aziende sanitarie che ne sono oggetto, comportamenti opportunistici e difensivi. Ma soprattutto, le iniziative in questo campo si misurano con l'intrinseca complessità delle organizzazioni sanitarie.

Il tema della *accountability* infatti, finisce per dover essere declinato su diversi piani, che sono distinti ma al contempo tra loro intrecciati. Quanto meno bisogna tenere conto di una dimensione economico-finanziaria (governare i bilanci aziendali), di una tecnico-

professionale (garantire processi ed esiti assistenziali conformi agli standard accettati), di una manageriale (governare le strategie aziendali in modo conforme agli indirizzi delle politiche regionali e alle esigenze poste dalle comunità locali di riferimento).

Queste dimensioni peraltro si prestano in misura diversa a essere rappresentate da indicatori quantitativi: vi sono infatti sottesi molti aspetti che non possono essere ricondotti a numeri, se non banalizzandoli e sacrificandone la sostanza del significato.

Il quadro poi è ulteriormente complicato da almeno altri due elementi.

Da una parte la molteplicità di funzioni che attengono alle Aziende sanitarie. Queste infatti non sono rappresentate soltanto dalla funzione assistenziale, ma anche da ricerca e formazione. Non solo erogano servizi, ma operano (sia pure con diverso grado di intensità) come ambiti di produzione, utilizzo e generazione di conoscenze.

In aggiunta, i sistemi di valutazione basati unicamente su indicatori quantitativi finiscono con il vedere le Aziende sanitarie confinate nel ruolo di "oggetti" di verifiche esterne. Perdono così di vista il fatto che le Aziende sono soggetti dotati di una propria autonomia che si esprime nelle scelte che compiono nel farsi interpreti congiuntamente delle politiche regionali e delle istanze espresse dalle comunità locali attraverso le relative rappresentanze istituzionali.

L'esperienza che ha portato la Regione Emilia-Romagna a elaborare e poi ad adottare formalmente il Bilancio di missione delle Aziende sanitarie, rappresenta il tentativo di rispondere all'esigenza di rendicontare in modo esaustivo le attività delle Aziende sanitarie, tenendo conto, sul piano concettuale e operativo, della complessità sopra sinteticamente richiamata.

Con il Bilancio di missione è stata fatta la scelta di accompagnare (e contestualizzare) gli indicatori quantitativi con una descrizione e narrazione strutturata delle scelte e delle conseguenti attività aziendali. In questo contesto quindi, l'Azienda sanitaria è soggetto che si descrive e, per così dire, si racconta, rappresentando il modo in cui ha concretamente interpretato il proprio ruolo nel contesto delle politiche regionali e locali.

Si mirava in tal modo a rafforzare in modo strutturato il rapporto fra le Aziende e gli altri principali soggetti che in ambito regionale e locale hanno le responsabilità istituzionali in tema di sanità. Per tale via è possibile la verifica da parte della Regione e delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie degli esiti prodotti rispetto a quelli previsti e - di conseguenza - la riattivazione di processi di pianificazione e programmazione esterni e interni all'Azienda. E si dà infine la possibilità alle Aziende di rendere conto della propria azione istituzionale anche ad altri soggetti esterni e interni (terzo settore, comitati misti, organizzazioni sindacali, professionisti, responsabili del governo clinico, associazioni di tutela dei malati, ecc.).

In tal modo i Bilanci di missione delle Aziende sanitarie pubbliche emiliane e romagnole sono non solo strumenti di *accountability*, a garanzia della trasparenza della loro azione istituzionale e dei risultati, ma soprattutto strumenti volti a supportare i meccanismi di *governance* interni al sistema sanitario regionale.

Ciò significa enfatizzare il ruolo e le capacità che le Aziende sanitarie devono avere nella realizzazione delle politiche per la salute e nel conseguimento degli obiettivi istituzionali, alla luce delle evoluzioni in atto nei contesti di riferimento e delle risorse disponibili. In questo senso il Bilancio di missione è lo strumento finalizzato a illustrare pubblicamente le azioni intraprese e i risultati conseguiti dalle Aziende alla luce del disegno strategico stabilito dalle direzioni aziendali.

L'uso locale dei Bilanci di missione è più diretto e già largamente sviluppato. La lettura e l'utilizzazione su scala regionale, che pure è uno degli obiettivi principali previsti, sono più complesse e richiedono un lavoro supplementare di sintesi e presentazione.

La sintesi dei Bilanci di missione delle Aziende USL degli anni 2005-2006, che qui presentiamo, rivolta a un lettore interessato soprattutto alla dimensione regionale dell'esperienza è frutto di una lettura, accurata e competente, dell'immenso lavoro che è stato prodotto dai dirigenti e dagli esperti delle singole Aziende sanitarie, della Direzione generale sanità e politiche sociali e dell'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna. A tutti va un caloroso riconoscimento.

Giovanni Bissoni
Assessore alle politiche per la salute
della Regione Emilia-Romagna

Introduzione

Finalità e obiettivi del Dossier

Nel 2007 tutte le undici Aziende USL della regione Emilia-Romagna redigono il proprio Bilancio di missione (BdM); cinque avevano iniziato in via sperimentale già nel 2005.

Nel 2008, sulla base delle linee guida specifiche messe a punto, anche le quattro Aziende ospedaliero-universitarie, l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia e gli Istituti Ortopedici Rizzoli hanno redatto, in via sperimentale e con esiti positivi, il proprio primo Bilancio di missione.

Tutte le Aziende sanitarie della regione nel 2008 potranno, quindi, produrre documenti che - seppur caratterizzati da un diverso grado di stabilizzazione - non avranno più natura prototipale. Saranno in grado di offrire ai propri interlocutori - in primo luogo a quelli istituzionali - un quadro informativo ragionevolmente completo, strutturato e trasparente non solo circa i tradizionali aspetti economici, finanziari e patrimoniali, propri del Bilancio di esercizio (BdE), ma anche in relazione alle opzioni esercitate nel perseguire i propri obiettivi e a rilevanti aspetti che ne connotano l'attività istituzionale, alle condizioni di contesto, ai tratti che ne delineano il profilo.

Si sviluppa così il progetto regionale volto sia a potenziare il grado di trasparenza dell'azione di tali Aziende in rapporto alle loro responsabilità istituzionali e - attraverso di esse - il grado di *accountability* dell'intero Servizio sanitario regionale, sia a rafforzare gli strumenti di governo del sistema: al Bilancio di esercizio viene ad affiancarsi un nuovo strumento, specificamente concepito per

*rendere conto del perseguimento degli obiettivi di salute assegnati alle Aziende sanitarie dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie.*¹

Va rimarcato che quello conseguito è un importante esito, che si connota per le sue caratteristiche di novità nell'intero panorama nazionale; che caratterizza in modo originale l'esperienza emiliano-romagnola in riferimento ad altre forme di sperimentazione avviate in tema di rendicontazione sociale in ambito sanitario da altre Regioni (attualmente dalla Regione Umbria e dalla Regione Veneto); che resta unico, allo stato, sia per grado di realizzazione sia per livello (integrale) di coinvolgimento delle Aziende del SSR.

Tuttavia, il progetto regionale avrà effettivamente conseguito i propri impegnativi e ambiziosi obiettivi solo se alla redazione materiale dei documenti farà seguito un utilizzo pieno dei Bilanci di missione da parte degli interlocutori esterni, ma anche dei professionisti e degli organismi interni, alle Aziende.

È necessario ora agire cioè affinché il BdM si affermi come un normale strumento di lavoro, capace di cogliere la dimensione istituzionale dell'attività aziendale e di fornire elementi utili alle decisioni che orientano i processi di pianificazione e programmazione.

¹ Cfr. LR 29/2004, art. 6.

Come tutte le esperienze innovative, anche il processo di sperimentazione del Bilancio di missione richiede infatti di essere adeguatamente sostenuto, per superare gli inevitabili problemi di "attecchimento" e di crescita, e per poter quindi passare rapidamente dalla fase introduttiva a quella di un diffuso e ordinario utilizzo.

Questa pubblicazione si inserisce in tale contesto. Essa fa seguito a due Dossier, il n. 107 del 2005 con il quale si sono presentate le linee guida regionali, e il n. 148 del 2007 con il quale sono state presentate le caratteristiche delle prime edizioni del Bilancio di missione.

Con questo terzo Dossier, l'Agenzia sanitaria e sociale regionale vuole promuovere la conoscenza non tanto dell'esistenza del nuovo strumento in sé, quanto piuttosto dei suoi contenuti specifici e delle diverse configurazioni che esso ha assunto nelle particolari declinazioni aziendali. Intende con ciò sollecitare una più ampia platea di soggetti ad avvicinarsi ad esso e facilitare una più diretta conoscenza delle informazioni acquisibili dalla sua consultazione, anche al fine di ottenere suggerimenti, critiche e stimoli che concorrano al suo miglioramento in chiave evolutiva.

La pubblicazione offre due complementari ottiche di lettura dei Bilanci di missione redatti nel 2006 e nel 2007 dalle undici Aziende USL.

La prima ottica, di tipo verticale, consiste in una "scheda di sintesi" dei Bilanci di missione per ogni Azienda. La seconda ottica, di tipo orizzontale, consiste nel proporre una serie di grafici e tabelle in cui, in relazione sia agli elementi di contesto, sia agli elementi di profilo selezionati, è possibile cogliere le diverse realtà aziendali all'interno di un quadro di insieme più generale e di sistema (*Parte II*).

Ciò dovrebbe consentire di disporre dapprima della rappresentazione dell'Azienda nella sua unicità organizzativa e funzionale, quale emerge - seppure attraverso una sintesi interpretata - dalla lettura dei Bilanci di missione, e successivamente di una sua contestualizzazione all'interno di quadri sinottici che permettono di apprezzarne il posizionamento relativo rispetto alle altre Aziende USL² che compongono il sistema sanitario regionale.

Il lavoro non ha finalità comparative, ma è teso piuttosto a cogliere le specificità che caratterizzano le azioni aziendali e gli esiti della loro attività istituzionale che variamente si intrecciano con le tendenze del sistema regionale nel suo complesso.

² Ove ritenuto necessario o opportuno, sono stati riportati anche dati relativi alle Aziende ospedaliere e agli Istituti Ortopedici Rizzoli.

Aspetti metodologici

Nella stesura di questo Dossier ci si è essenzialmente avvalsi delle informazioni rinvenibili nei singoli Bilanci di missione e nel *database* regionale specificamente realizzato per supportare la redazione degli stessi da parte delle Aziende. Solo in rarissimi casi si sono utilizzati anche altri dati.

Peraltro, l'ampiezza dei quadri informativi offerti dai documenti originali ha richiesto di operare necessariamente delle scelte. Il processo di selezione ha portato, nell'ambito delle cosiddette "schede di sintesi", a predisporre non già un riassunto dei singoli Bilanci di missione (esito probabilmente irrealizzabile partendo da documenti originali anche di alcune centinaia di pagine), bensì una selezione ragionata dei contenuti, selezione ovviamente filtrata dalla soggettività dei curatori, con l'obiettivo di cercare di tratteggiare in poche pagine per ciascuna Azienda l'immagine che essa offre di se stessa attraverso i propri Bilanci di missione.

Per mantenere un collegamento più immediato con i documenti originali, nella predisposizione delle singole schede, si è deciso di seguire la sequenza prevista dalle linee guida regionali, soffermandosi sulla parte comune a tutti i documenti (le prime sei sezioni). È apparso anche utile riportare le presentazioni dei Direttori generali all'ultima edizione dei documenti, perché spesso contengono sottolineature e riferimenti importanti per comprendere il taglio che si è voluto dare al documento e come questo sia stato interpretato e personalizzato nella specifica Azienda.

Ovviamente in nessun caso la scheda di sintesi intende proporsi come sostitutiva alla lettura dei documenti originali. È anche per questo motivo che in ogni scheda sono stati messi in evidenza aspetti specifici dei documenti aziendali, importanti per cogliere particolari sensibilità o possibili suggerimenti di implementazione delle linee guida regionali.

Per quanto riguarda invece la Parte II del Dossier, finalizzata come già si è chiarito ad offrire complessivi quadri di insieme, occorre precisare che mentre i dati relativi ai contesti di riferimento delle Aziende sono stati riportati in modo pressoché integrale, quelli relativi ai profili aziendali sono stati selezionati dando maggiore spazio ai dati connessi con lo svolgimento dell'attività istituzionale, ivi compresi quelli volti a cogliere alcune dimensioni della sua qualità; uno spazio minore è stato invece riservato a quelli connessi con i più tradizionali flussi informativi che caratterizzano il Bilancio di esercizio, già oggetto di specifiche e separate illustrazioni.

Articolazione del documento

Il Dossier è quindi sostanzialmente strutturato in due parti.

- La prima parte contiene le undici schede di sintesi relative ai Bilanci di missione 2005 e 2006 (redatti nel 2006 e nel 2007) di ciascuna Azienda. La struttura delle schede rispecchia l'articolazione prevista dalle linee guida regionali, al fine di rendere più agevole una lettura trasversale alle aziende dei diversi temi sviluppati nell'ambito dei documenti. Ciò ha talvolta richiesto la rimodulazione delle sequenze degli argomenti trattati nel Bilancio aziendale. In taluni casi, infatti, lo stesso processo evolutivo della sua sperimentazione - nel tenere conto dei suggerimenti e delle istanze locali (delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie in primo luogo) - ha portato a significative personalizzazioni del documento. Della ricerca di nuove e più efficaci forme di esposizione dei risultati, che consegue all'utilizzo dinamico dello strumento, si rinviene traccia nelle presentazioni dei Direttori generali, oltre che in richiami specifici inseriti nelle schede.

Come già specificato, le schede non intendono proporre un sunto dei documenti esaminati, quanto piuttosto un'esposizione sintetica e soggettiva dei tratti ritenuti qualificanti per la raffigurazione dell'Azienda. Accanto a sezioni come "Contesto" e "Profilo", per le quali i vari aspetti trovano una più forte omogeneità di esposizione, coesistono altre parti che riflettono più significativamente le diverse caratterizzazioni dei singoli documenti aziendali. Ciò vale in particolare per la sezione terza "Obiettivi istituzionali e strategie aziendali", in relazione alla quale ci si trova talvolta in presenza di una diversa declinazione dei contenuti come conseguenza di specifiche finalità ulteriormente attribuite dalle Aziende allo strumento.

- La seconda parte del Dossier si sviluppa in due Capitoli, rispettivamente chiamati a illustrare i contesti di riferimento delle Aziende e i tratti più salienti dei profili aziendali, con particolare riferimento agli aspetti connessi con lo svolgimento dell'attività istituzionale.

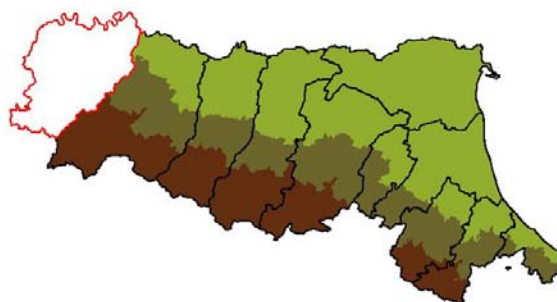
Si tratta peraltro di un documento flessibile, che consente al lettore di seguire un proprio percorso centrato sulla singola Azienda piuttosto che sulla consequenzialità dei diversi Capitoli, anche se lo scopo della pubblicazione resta quello già rimarcato di facilitare l'introduzione alla lettura (o almeno alla consultazione) dei documenti originali delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna.

Parte I.

I Bilanci di missione 2005 e 2006

Schede di sintesi

Azienda USL di Piacenza

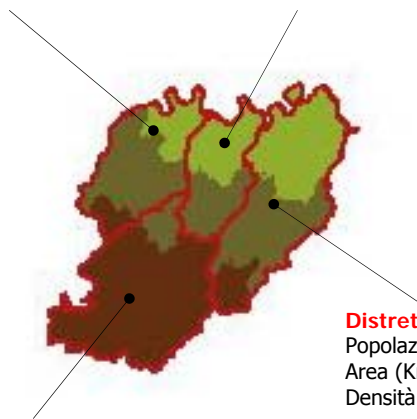


Distretto Val Tidone

Popolazione: 52.281
Area (Km²): 523,53
Densità (pop per Km²): 99,9

Distretto Urbano

Popolazione: 132.530
Area (Km²): 373,67
Densità (pop per Km²): 354,7



Distretto Val d'Arda

Popolazione: 75.932
Area (Km²): 817,35
Densità (pop per Km²): 92,9

Distretto Montagna

Popolazione: 15.204
Area (Km²): 874,92
Densità (pop per Km²): 17,4

| Comuni | Area (Km ²) | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 48 | 2.589,47 | 275.947 | 106,5 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006³

L'Azienda di Piacenza ha aderito con entusiasmo al gruppo di lavoro regionale per la costruzione del Bilancio di missione ed è stata successivamente tra le aziende che l'hanno redatto in forma sperimentale per la prima volta nel 2005. La Direzione aziendale aveva instaurato, fin dall'inizio del proprio mandato, forme di comunicazione standardizzate con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e la consuetudine di "rendere conto" era già presente in Azienda: erano stati infatti costruiti strumenti di comunicazione sia sulla programmazione che sulla rendicontazione. [...]

Tuttavia la presentazione del primo Bilancio di missione ha suscitato nei Sindaci una certa preoccupazione, dovuta alla "dimensione" dello strumento, che avrebbe potuto rendere più difficile la lettura dei risultati, in confronto al materiale che erano soliti ricevere. [...]

Una soluzione che si è rivelata efficace è stata sperimentata nella seconda edizione del Bilancio di missione, in cui da un lato sono stati integrati nella terza sezione gli stati di avanzamento del Piano strategico aziendale per proseguire nella consolidata rendicontazione verso la Conferenza, dall'altra sono stati spostati in appendice tutti quegli elementi di contesto e di profilo aziendale che nell'anno di riferimento non comportano in genere necessità di approfondimento. La soluzione adottata ha permesso sia un alleggerimento del documento vero e proprio senza perdere di completezza ed esaustività rispetto al modello regionale, sia una maggiore leggibilità e corrispondenza con quanto richiesto dalla Conferenza.

Dalla seconda edizione il Bilancio di missione è diventato anche un importante strumento di lavoro del Collegio di Direzione e una solida base informativa per il dialogo con i sindacati confederati e con i Comitati consultivi misti. La scelta è stata infatti quella di non accrescere il numero dei documenti, ma di rendere il Bilancio di missione l'unico strumento di "contestabilità" dell'azienda e di responsabilità della Conferenza, da cui trarre le informazioni utili ai diversi altri interlocutori interni e esterni all'Azienda.

La struttura ricalca quella dello scorso anno [...]. Come elemento di innovazione di questa edizione, nella sezione II, relativa al profilo aziendale, sono state anche illustrate le principali azioni attuate nell'anno in riferimento ai vari livelli di assistenza. Nell'economia del momento questa scelta ha comportato una riduzione delle parti della sezione II spostate in appendice, ma una più esaustiva descrizione degli obiettivi raggiunti, non solo quelli maggiormente approfonditi e dettagliatamente illustrati nella sezione III. Tutto ciò al fine di rendere il Bilancio di missione sempre più l'unico strumento di rendicontazione dell'Azienda.

³ http://www.aUSL.pc.it/azienda/bilancio_di_missione_2006/presentazione.asp

In relazione alla scelta dell'argomento delle sezioni finali, quelle dedicate cioè all'approfondimento di temi di particolare rilevanza per l'Azienda, quest'anno si è deciso da un lato di illustrare in dettaglio il processo di costruzione e i contenuti della nuova Carta dei Servizi dell'Azienda accanto al ruolo e alle attività dei Comitati consultivi misti aziendali e distrettuali, dall'altro di approfondire il tema dell'accreditamento istituzionale.

*Francesco Ripa di Meana
Direttore generale dell'Azienda USL di Piacenza*

Contesto di riferimento

Nel periodo 2000-2006 la popolazione provinciale ha registrato un lieve incremento (+3,6%) determinato esclusivamente dall'aumento della popolazione immigrata (il saldo naturale rimane infatti negativo). La densità della popolazione è la più bassa in regione (106,6 vs 189,3 abitanti per Km²), con una distribuzione nei quattro distretti estremamente disomogenea.

Territorio e ambiente

Le giornate in cui si sono superati i limiti di 40 mg/m³ (limite di PM₁₀ al 2010) risultano essere inferiori ai dati regionali.

La componente anziana è fra le più alte della regione, ma negli ultimi anni si è verificato un incremento inferiore, che nel medio e lungo periodo dovrebbe allineare la percentuale degli ultra 65enni residenti in provincia alla media regionale.

Popolazione

La percentuale di stranieri è in linea con il dato regionale. L'aumento è relativo soprattutto alla fascia di età lavorativa/giovanile, che determinerà in futuro non solo un aumento della popolazione, ma anche un ringiovanimento della stessa, considerato che attualmente la percentuale di parti di donne straniere sul totale è del 30%.

Il tasso grezzo di natalità è in costante aumento anche nella provincia di Piacenza, che pure mostra valori inferiori alla media regionale, passando dal 7,22/1.000 abitanti del 1999 all'8,33/1.000 abitanti del 2005.

Il tasso di occupazione provinciale, più basso rispetto a quello regionale e più alto di quello nazionale, è in aumento negli ultimi 10 anni, soprattutto per quanto riguarda la componente femminile, e il tasso di disoccupazione è inferiore sia al dato regionale che nazionale.

Condizioni socio-economiche

È confermata la tendenza al risparmio, evidenziabile da alcuni indicatori quali un reddito pro capite in linea con quello regionale, a fronte di una ridotta spesa e di un alto deposito bancario pro capite.

Per quanto concerne le cause di morte, esiste una mortalità significativamente più elevata in provincia rispetto alla regione Emilia-Romagna per le malattie del sistema cardiocircolatorio e dell'apparato digerente (per maschi e femmine) e per tumore (solo per i maschi). Relativamente agli anni di vita persi (differenza fra l'età di morte di ciascun

Osservazioni epidemiologiche

individuo e un'età presa a riferimento), il dato provinciale 2004 conferma i valori medi regionali, ad eccezione della mortalità per malattie dell'apparato digerente nei maschi e per tumore nelle femmine.

Per quanto riguarda le malattie infettive, l'impatto è ancora importante in termini di assistenza, ma la mortalità è nettamente diminuita. Relativamente alla tubercolosi, dagli anni '90 i casi in provincia sono in costante aumento (5,3/100.000 nel 1998/99; 5,8 nel 2000-01; 8,3 nel 2001-03) superando leggermente i valori medi regionali, che sono abbastanza stabili intorno agli 8 casi su 100.000 abitanti. Per quanto concerne i nuovi casi di AIDS, a fronte di una diminuzione costante in ambito regionale, nella realtà provinciale si nota un incremento (negli stessi periodi: 4,1 - 4,7 - 5,5 casi/100.000 abitanti).

L'Azienda ha partecipato allo Studio nazionale e regionale PASSI avviato nel 2005 per monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione. Il Bilancio di missione del 2005 ne illustra i risultati: poco più della metà della popolazione (52%) pratica attività fisica, ma rimane comunque un'ampia fascia che svolge attività fisica in quantità insufficiente o non la svolge affatto; circa il 12,5% è completamente sedentario; il 42,5% della popolazione presenta eccesso ponderale (in sovrappeso od obeso) e questa condizione aumenta con l'età (59% oltre i 50 anni). Per quanto riguarda il consumo di alcool, quasi una persona su tre può essere considerato "consumatore a rischio". Il consumo di alcool risulta essere più frequente nei giovani (fascia 25-34 anni) e negli uomini. I fumatori risultano essere il 28%, i non fumatori il 53,5%; il 18,5% sono ex fumatori. Il tasso più alto di fumatori è stato riscontrato nella fascia di età 18-24 anni e l'età media di inizio dell'abitudine al fumo è risultata essere 18 anni. Complessivamente i dati riscontrati nella provincia non si discostano in modo significativo da quelli delle restanti Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna che hanno partecipato allo studio.

Stili di vita

In tema di sicurezza, dal 1980 il numero degli incidenti stradali, sia in provincia che in regione, tende a rimanere costante nel tempo e, mentre il numero dei morti sembra evidenziare un *trend* in diminuzione, il numero dei feriti, strettamente correlato a quello degli incidenti, tende a rimanere costante. Gli accessi ai Pronto soccorso di tutta l'Azienda per incidenti stradali sono stati 4.766, pari al 4,36% di tutti gli accessi dell'anno nel 2005 e 4.674 (4,15% degli accessi) nel 2006. La popolazione che complessivamente è stata coinvolta maggiormente è quella maschile (57,9% vs 42,1% femminile nel 2005 e 57,17% vs 42,83% rispettivamente nel 2006), la fascia d'età è quella compresa fra i 25 e i 34 anni. La maggior parte degli incidenti ha avuto come esito traumi, contusioni e distorsioni (64,9% nel 2005, 87,72% nel 2006), quindi con conseguenze non particolarmente gravi. I deceduti sono stati 50 nel 2006.

Sicurezza

L'andamento complessivo degli infortuni sul lavoro indennizzati, espresso come tasso per 100 addetti, nella provincia come in regione mostra un lieve *trend* in diminuzione.

Gli accessi ai Pronto soccorso dell'Azienda per incidenti domestici sono stati 7.895 nel 2005 (7,22% del totale degli accessi) e 9.154 (8,12% del totale degli accessi) nel 2006. La popolazione che più frequentemente è rimasta coinvolta è la popolazione femminile (53,9% contro il 46,1% della popolazione maschile nel 2005; 54,5% contro il 45,5% nel 2006).

Profilo aziendale

Nel 2005 l'Azienda, per la prima volta dalla sua costituzione, raggiunge un risultato di pareggio tecnico. Nel 2006 ha confermato la propria capacità di governo della gestione, raggiungendo pienamente l'obiettivo economico-finanziario assegnato dalla Regione. Il "peso" del disavanzo aziendale sul disavanzo regionale è costantemente diminuito negli anni: 17,14% nel 2001, 8,2% nel 2004, 7,8% nel 2005.

L'Azienda rappresenta non solo un soggetto istituzionale di peso, ma anche il soggetto economico produttivo più significativo in ambito locale, in termini sia di occupati, sia di fatturato. I numeri del contributo dell'Azienda all'economia della provincia sono: 3.538 lavoratori dipendenti, quasi 400 convenzionati, circa 600 lavoratori dei servizi appaltati. Il volume di stipendi netti per il personale dipendente e convenzionato è stato di 190 milioni di Euro nel 2006. Il 90% circa dei dipendenti è residente in provincia e più del 55% dei beni e servizi non sanitari è acquistato da imprese con sede nella provincia (più del 92% in ambito regionale).

Le donazioni di Enti esterni ammontano complessivamente a 484.000 Euro nel 2005 e a oltre 1 milione di Euro nel 2006, con un significativo incremento rispetto agli anni precedenti.

L'Azienda è stata impegnata in questi anni nella valorizzazione del patrimonio storico, artistico e culturale. Nel 2005 sono stati restaurati dipinti e arredi e sono state sistemate le aree verdi dei chiostrini di San Sepolcro, del chiostrino casa dell'abate commendatario, dei chiostrini di Santa Vittoria, del chiostro di Santa Maria di Campagna. Nel Bilancio di missione 2006 si richiamano il concerto del solstizio di estate nei chiostrini Santa Maria di Campagna, la ristrutturazione dell'Ospedale Grande (che restituisce a Piacenza un prezioso spazio dedicato alla medicina, a distanza di 535 anni dalla sua fondazione), la sistemazione degli spazi verdi di Villanova. In occasione dell'8 marzo 2005 e 2006 è stata allestita una mostra di pittrici piacentine presso il Centro salute donna.

Sostenibilità
economica

Impatto sul territorio

Per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza, l'Azienda mostra un costo pro capite superiore a quello medio regionale anche se in riallineamento. Dopo che per un biennio il *trend* di crescita dei costi si è mantenuto al di sotto della media regionale, nel 2004 e 2005 i costi aziendali sono aumentati in linea col resto della regione. La sanità pubblica, pur a fronte di una sostanziale stabilità tra il 2002 e il 2004, evidenzia un costo pro capite maggiore della media regionale. L'assistenza territoriale (cure primarie e salute mentale) accresce i costi specifici in modo più contenuto della media regionale, ma la spesa pro capite resta leggermente più alta. La popolazione presenta tassi di ospedalizzazione ancora lievemente maggiori a quelli regionali in gran parte a causa della mobilità.

LEA

costi

Riguardo ai controlli sugli ambienti di lavoro l'Azienda è in linea con la media regionale, mentre le infrazioni rilevate hanno raggiunto il dato regionale nel 2004 per poi scendere. La percentuale di sopralluoghi sugli allevamenti presentavano nel 2003 l'indicatore più basso a livello regionale. Nel quadriennio sono stati raggiunti risultati in linea con la media regionale. In relazione alle aziende di ristorazione e alle aziende alimentari, gli indicatori mostrano un andamento molto variabile nel tempo, anche se tendenzialmente allineato alle medie regionali. Molto superiore alla media regionale è la percentuale di aziende controllate a rischio microbiologico. Quattro unità di personale hanno partecipato alla parte formativa del progetto regionale "Sviluppo competenze sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità" e sono impegnate nell'elaborazione di procedure standard sulle varie materie del "pacchetto igiene".

assistenza collettiva

Le attività di sorveglianza delle malattie infettive sono state garantite al 100% dei casi. Nel 2006 sono state recepite le nuove disposizioni regionali di segnalazione rapida delle malattie infettive, eventi epidemici ed eventi sentinella, adeguando l'organizzazione e le reperibilità per emergenze.

Per la vaccinazione antinfluenzale degli anziani, nel 2006 è stata mantenuta la quota del 75%, considerata ottimale per la prevenzione delle complicanze. Le percentuali di copertura vaccinale (obbligatorie e consigliate) per l'infanzia sono superiori alla media regionale.

L'assistenza domiciliare è percentualmente superiore al dato regionale nelle classi di età più elevate e in ulteriore crescita. Risulta superiore alla media regionale l'assistenza medica e sociale, mentre è inferiore quella infermieristica.

assistenza distrettuale

L'Azienda di Piacenza ha avviato dal 2004 una forma di assistenza domiciliare tramite specialisti ospedalieri, attivata su richiesta del medico di base responsabile del caso. I risultati sono contraddittori: risulta molto utilizzata per l'assistenza a domicilio dei malati oncologici terminali, non quanto si era ipotizzato per le altre patologie.

Nel corso del 2005 è stato attivato l'*hospice* a Borgonovo. Nel 2006 ha raggiunto un tasso di occupazione medio intorno al 70%, che sale all'80% se si considera il solo 2° semestre.

Relativamente all'attività dei consultori, la percentuale di gravidanze seguite risulta leggermente inferiore alla media regionale, mentre è la più alta in tutta la regione la quota di straniere sul totale delle donne seguite. L'attività dei consultori si concentra soprattutto sulla specialistica ginecologica e sulla prevenzione tumori, in percentuale superiore alla media regionale, mentre risulta inferiore la quota di attività di contraccezione e IVG. Nel 2006 l'Azienda ha partecipato ai lavori del gruppo multidisciplinare per l'individuazione di strumenti atti a facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali.

La spesa farmaceutica netta pro capite è sempre inferiore alla media regionale, la terza dopo Reggio Emilia e Modena come spesa pro capite assoluta e seconda dopo Reggio Emilia come spesa pro capite pesata. La quota di spesa per la farmaceutica distribuita direttamente, inferiore alla media regionale fino al 2005, ha raggiunto nel 2006 il valore medio regionale.

Per la specialistica ambulatoriale, in genere i consumi risultano al di sotto della media regionale, anche se per gli anni fino al 2003 alcuni dati di produzione risultano sottostimati per il perdurare di alcuni problemi nel sistema informatico. L'estensione del RIS-PACS (il sistema di archiviazione e trasmissione digitale delle immagini) alle strutture periferiche ha permesso dal 2004 la corrispondenza tra la produzione e il riconoscimento dell'attività in sede regionale. Il consumo di prestazioni riabilitative ha visto in Azienda lo spostamento da prestazioni di terapia fisica (drasticamente ridotte a partire dal 2003) a quelle di recupero e riabilitazione funzionale, molto cresciute nell'ultimo biennio. Il Bilancio di missione 2006 sottolinea l'ulteriore incremento di attività in discipline strategiche, quali ad esempio la terapia del dolore. Aumenta la produzione per la neurologia, con l'attivazione di un nuovo ambulatorio per la patologia neurovascolare.

Restano ciò nonostante contraddittori i risultati rispetto alle liste d'attesa. Il Bilancio di missione 2006 illustra graficamente il posizionamento dell'Azienda rispetto al resto della regione in termini di composizione dei tempi d'attesa per gruppi di prestazioni.

L'offerta di posti residenziali per anziani si sta allineando alla media regionale, anche se risulta ancora leggermente superiore; allo stesso modo si sta allineando, ma in aumento, l'offerta di posti semiresidenziali. Una criticità è rappresentata dalla disomogeneità dell'offerta residenziale a livello dei vari distretti, che in alcuni casi ne condiziona i dati di consumo. L'offerta di centri diurni è inferiore alla media regionale e molto disomogenea, anche

se in questo caso l'utilizzo non sembra dipendere dalla disponibilità. L'avvio del fondo della non autosufficienza rappresenta l'occasione per affrontare in maniera complessiva il tema.

L'offerta residenziale per disabili è stabile e leggermente al di sopra della media, con 0,39 posti per 1.000 abitanti (0,30 media regionale); allineata è invece l'offerta semiresidenziale.

L'offerta residenziale psichiatrica è leggermente superiore alla media regionale. L'offerta semiresidenziale è ora stabile dopo alcuni anni in cui era aumentata, in controtendenza rispetto alla regione. Negli ultimi anni è stato dato un forte impulso alle attività dei centri diurni, con un numero di utenti che è passato da 20 a oltre 60. I dimessi per 10.000 abitanti dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono in linea con la media regionale; il *trend* dei trattamenti sanitari obbligatori rispetto alle dimissioni totali ha un andamento variabile nel tempo. Gli utenti in carico al servizio territoriale rispetto alla popolazione *target* sono sovrapponibili al dato regionale.

Gli indicatori di incidenza e prevalenza di tossicodipendenti in carico al SerT rimangono al di sotto della media regionale ed evidenziano un andamento abbastanza stabile nel tempo.

Per l'assistenza ospedaliera, l'indice di posti letto è già nello standard di 4,5 per 1.000 abitanti delineato dal nuovo Accordo Stato-Regioni, ed è già avvenuto lo spostamento di letti dall'acuzie alla lungodegenza e riabilitazione, con risultati migliori rispetto alla media regionale.

assistenza ospedaliera

Sono stati ridefiniti i contratti con gli erogatori privati locali, in una logica di complementarietà e di collaborazione competitiva, riorientando verso la lungodegenza e riabilitazione l'offerta di letti in specialità in cui l'Azienda esprime particolare forza, condividendo i percorsi diagnostico-terapeutici e gli standard di offerta, incentivando al rinnovo tecnologico.

In termini di appropriatezza lo sforzo aziendale ha dato i suoi frutti riportando nei *range* regionali (fra i migliori in Italia) il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti. Il tasso relativo alla degenza ordinaria è già in linea coi parametri obiettivo per il 2007. Il tasso di ospedalizzazione del *day hospital* è invece ancora superiore alla media regionale, anche se in riduzione, soprattutto sui casi medici. La maggiore appropriatezza nel ricorso al *day hospital* è dimostrata dalla progressiva riduzione dei casi medici, con l'esclusione di quelli oncologici che stanno invece crescendo; per i casi chirurgici un'ulteriore riduzione è stata ottenuta dal 2005 attraverso il passaggio di alcuni interventi in chirurgia ambulatoriale.

Per quanto riguarda le strutture ospedaliere aziendali, si registra un incremento percentuale dell'attività in favore di non residenti provenienti da fuori regione. La quota di pazienti provenienti da altre province della regione è invece molto inferiore alla media per ovvie ragioni di posizionamento geografico della provincia.

Il Bilancio di missione 2006 illustra con grafici l'andamento delle liste di attesa per i ricoveri programmati, che rientrano negli obiettivi previsti ad eccezione della protesi d'anca.

Riguardo al Piano sangue, nel triennio si è assistito a un incremento nelle unità raccolte e fino al 2004 anche nelle unità consumate, in percentuali molto superiori alla media regionale. Dal 2005 Piacenza ha raggiunto l'autosufficienza, allineandosi al dato regionale.

Per quanto riguarda gli indicatori di qualità dell'assistenza, il dato piacentino del basso peso alla nascita segue fino al 2005 l'andamento regionale, mentre si colloca nel 2006 sotto la media. Il dato relativo al trattamento del diabete è in linea con il dato regionale per le complicazioni a breve e superiore alla media regionale per quelle a lungo termine. Il dato relativo all'ospedalizzazione per polmoniti e influenza negli anziani segue negli anni l'andamento regionale, pur mantenendosi decisamente sotto la media regionale, con l'esclusione del 2005. Quanto al tema del ricorso al parto cesareo, le attività di promozione del parto naturale hanno dato risultati soddisfacenti, con una notevole riduzione del tasso di cesarizzazione, che nel triennio avvicina il dato a quello medio regionale, già tra i migliori a livello nazionale. Nell'ultimo biennio il tasso è risalito al 33% contro un 30% a livello regionale.

Indicatori di qualità

Il dato relativo alla mortalità intra-ospedaliera per infarto miocardico acuto evidenzia negli anni un *trend* in diminuzione, collocandosi sotto la media regionale. Tuttavia il dato è rilevato per provincia di ricovero e sconta quindi la presenza o meno di Aziende ospedaliere, in cui in genere sono ricoverati i casi più gravi, e quindi a maggiore rischio di esito infausto.

Un alto tasso di ricovero per alcune patologie è indice non solo di un eccesso di ricorso alla degenza, ma di una scarsa attenzione alle possibili alternative in regimi assistenziali extra-ospedalieri. Con l'esclusione dello scompenso, le strutture piacentine presentano *trend* in riduzione per tutte le patologie.

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

La Sezione terza del Bilancio di missione di Piacenza riporta lo stato di attuazione di ogni intervento indicato nel Piano strategico 2005-2007: è stato ripercorso l'indice delle azioni di sviluppo, evidenziando lo stato di avanzamento di ogni intervento, con un'indicazione sintetica sulle azioni attuate nell'anno di riferimento dei due documenti.

Nel documento del 2005 sono stati messi in particolare evidenza i risultati ottenuti in relazione a: vaccinazione antinfluenzale degli anziani; incremento di attività nella specialistica ambulatoriale (terapia del dolore); sviluppo

dell'associazionismo medico; avvio della collaborazione con l'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma per le attività di chirurgia pediatrica presso l'ospedale di Piacenza; miglioramento degli indicatori di mobilità.

Nel documento del 2006 sono stati sottolineati due aspetti: lo stato dell'arte dell'associazionismo medico in Azienda alla luce del nuovo accordo con i MMG e un approfondimento sulla situazione della mobilità, in relazione alla quale è stato raggiunto un accordo tra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Lombardia sullo scambio tempestivo dei rispettivi flussi di mobilità.

Nel corso del 2005 sono proseguite le attività programmate in relazione al Piano per la salute, all'interno del quale la Conferenza territoriale sociale e sanitaria aveva definito tre temi di salute prioritari: la vivibilità in ambiente di vita collettivo; il contesto relazionale dei giovani: rapporti fra pari, con i genitori, con la scuola; l'uso e abuso di sostanze legali: alcool, fumo e farmaci. Nel 2005 sono proseguiti i progetti relativi al tema giovani: corso formativo per amministratori comunali, dirigenti scolastici e personale dell'Azienda, con l'obiettivo di definire strumenti di lettura condivisi della realtà giovanile e azioni/interventi comuni; bando di concorso per finanziare microprogetti elaborati e gestiti direttamente da gruppi formali e informali di giovani sul tema della qualità delle relazioni. Ha preso avvio un ulteriore progetto relativo alla prevenzione del bullismo e dell'aggressività nelle scuole. È stato realizzato un percorso di integrazione degli sportelli di ascolto dell'Azienda e del Comune capoluogo (Spazio giovani, Consultorio giovani, Spazio Quattro).

Enti locali
e programmazione
sanitaria

È stato realizzato un progetto finalizzato ad aumentare la consapevolezza della popolazione sui rischi legati a un uso non appropriato dei farmaci.

I cambiamenti legislativi regionali, nella riorganizzazione e riorientamento della CTSS, hanno portato a un ulteriore approfondimento della relazione fra Azienda e Enti locali per una maggiore condivisione delle responsabilità nella scelta degli indirizzi e nell'analisi dei risultati, in una logica di contestabilità e di ricerca di maggiore equità nella distribuzione dei servizi.

Il Bilancio di missione 2006 illustra i lavori preliminari alla sperimentazione del fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) svolti dall'Azienda in collaborazione con l'Esecutivo dei Sindaci, che hanno portato a un'analisi comparata delle situazioni locali e alla proposizione di diverse alternative per il riequilibrio territoriale, sia per la rete dell'offerta dei servizi che per la disabilità. Viene dato speciale rilievo al documento di indirizzo provinciale condiviso dal Tavolo tecnico interistituzionale e approvato dall'Esecutivo della Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

In tema di prevenzione, lo *screening* del collo dell'utero ha preso avvio a Piacenza nell'aprile 1996, lo *screening* della mammella nel gennaio 1998 e quello del colon retto nel marzo 2005. L'Azienda registra un ritardo nell'effettuazione dei *round* legato soprattutto a problemi del sistema informativo e tecnico. Per quanto concerne lo *screening* del collo dell'utero, la criticità maggiore è legata all'adesione e alla gestione del 2° livello. Per quanto riguarda invece lo *screening* della mammella, la criticità maggiore è legata ai tempi di refertazione che, pur migliorati nel 2005, non hanno raggiunto ancora il valore soglia regionale.

Nel 2005 gli *screening* dei carcinomi del collo dell'utero e della mammella hanno registrato una forte ripresa. Il Bilancio di missione 2006 riporta in grafici gli andamenti dal 2000 al 2006 dei programmi e delle adesioni che mostrano i frutti degli sforzi organizzativi, sia sullo *screening* mammografico che sul quello citologico.

È stato concluso nei tempi previsto il 1° *round* dello *screening* del colon retto, con un'adesione pari al 47,1% della popolazione *target*. Il 5,9% di chi ha eseguito il test è risultato positivo, il 70,1% di questi ha aderito al 2° livello, consentendo la diagnosi precoce di lesioni cancerose con possibilità terapeutiche risolutive nella maggioranza dei casi.

Il Bilancio di missione 2006 si sofferma poi sulle azioni messe in atto in attuazione del Piano regionale della prevenzione, in tema di "sorveglianza e prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani" e in tema di "prevenzione degli incidenti domestici e stradali".

Per l'assistenza agli anziani affetti da disturbi cognitivi, nel corso del 2005 è stato implementato il Centro delegato della Val d'Arda (attivo dal novembre 2004), è stato potenziato l'organico infermieristico di un'unità e sono state meglio strutturate le attività di consulenza neurologica. Nei distretti sono stati effettuati incontri con i medici di medicina generale al fine di migliorare l'appropriatezza dell'invio ai centri.

Per le attività di sostegno alla famiglia, sono stati attivati gruppi di auto-aiuto rivolta ai *caregiver*; è stata avviata la distribuzione diretta dei farmaci da parte del consultorio/centri delegati; gli operatori del consultorio di Piacenza hanno partecipato come docenti a un corso di formazione e supporto ai familiari; è stata attivata una collaborazione con l'UO Integrazione ospedale-territorio per la non autosufficienza al fine di fornire ai familiari la possibilità di mettere in sicurezza l'ambiente domestico e l'utilizzo di ausili e presidi dedicati. Nel 2006 è ulteriormente incrementata l'attività del Consultorio demenze e dei Centri delegati.

Particolare attenzione è stata posta alle attività di informazione attraverso il sito *web* aziendale e una giornata è stata dedicata ad

attività di informazione, di sensibilizzazione e applicazione di test per la valutazione del decadimento cognitivo alla popolazione che ne facesse richiesta.

Il Bilancio 2005 si sofferma sull'organizzazione emergenza caldo/anziani, mentre il Bilancio 2006 tratta dell'assistenza odontoiatrica, per la quale nell'anno è stato completato il programma con la nomina del referente di branca, la riorganizzazione dell'accesso alle prestazioni, l'avvio dell'attività di ortodonzia, l'avvio dell'attività protesica, il riconoscimento/intercettazione/accompagnamento dei soggetti vulnerabili nell'accesso ai servizi.

I principi e le normative di riferimento regionali (art. 1 LR 29/2004) hanno determinato una serie di azioni che il Bilancio di missione puntualmente richiama sotto diversi profili: ruolo dei Comitati consultivi misti; strumenti di ascolto e di analisi del gradimento e della qualità percepita; partecipazione del cittadino alle scelte dei processi di informazione e di comunicazione sui temi di salute, sviluppo con altri soggetti di azioni a tutela e promozione della salute.

Centralità del
cittadino

Il Bilancio riporta le campagne di comunicazione effettuate e i risultati dell'analisi della qualità percepita, pubblicati sul sito <http://www.aUSL.pc.it> (alla voce *customer satisfaction*).

I BdM illustrano gli interventi dell'Azienda:

- sull'accessibilità dei servizi,
- sui processi assistenziali,
- sulla sicurezza dei pazienti,
- sulla continuità assistenziale.

Qualità dell'assistenza

accessibilità

Le funzioni relative ai Servizi distrettuali, al Dipartimento di sanità pubblica e ai relativi uffici amministrativi erano distribuite in cinque edifici dislocati in zone diverse della città capoluogo, con evidenti disagi sia per gli utenti sia per gli operatori. Il trasferimento degli uffici e degli ambulatori nella nuova sede dei Servizi territoriali del Distretto urbano ha impegnato l'Azienda per circa tre mesi nel corso del 2005.

Per migliorare l'efficienza delle attività di sportello, l'Azienda si è posta la necessità di riconfigurare le funzioni svolte, ampliare le modalità di prenotazione (CUP telefonico, progetto SOLE, ecc.) e le modalità di pagamento, introdurre procedure di rilevazione del riscosso in relazione alla prestazione fornita, sostituire gli applicativi per il monitoraggio dell'attività.

Il BdM 2006 si sofferma sulle azioni promosse nell'anno per la riorganizzazione della pediatria di comunità, tra cui: attivazione di un cartella clinica aziendale, condivisa con i pediatri di libera scelta, riferita ai bambini con patologia cronica o in condizioni di disagio psicosociale; programma

per la rilevazione e la presa in carico dei minori affetti da obesità; riorganizzazione degli *screening*. Esso illustra inoltre le realizzazioni del 2006 nell'ambito del progetto regionale SOLE.

Nel 2005 è stato implementato il progetto gestione e rilevazione informatizzata delle attività ambulatoriali (SIASA) per la semplificazione dell'accesso. Si è avviata la gestione informatizzata negli ambulatori territoriali distrettuali; l'informatizzazione, escludendo il laboratorio, ha raggiunto il 96,56% di tutta la produzione ambulatoriale aziendale. Tra medici di medicina generale, medici ospedalieri e Direzione sanitaria sono stati condivisi protocolli per urologia, cardiologia, ortopedia, endocrinologia, gastroenterologia, nefrologia, reumatologia, pneumologia, angiologia, oncologia.

processi assistenziali

È stato effettuato il monitoraggio dei tempi di attesa secondo i criteri regionali, da cui sono derivate azioni di revisione e implementazione dell'offerta aziendale (descritte dettagliatamente nel BdM 2005).

È proseguito infine il progetto di consulenze specialistiche domiciliari per pazienti in ADI (con esecuzione entro 7 giorni dalla richiesta del medico di medicina generale). Nel 2005 sono state eseguite 133 consulenze.

Nel 2005 e nel 2006 sono stati attivati ulteriori percorsi di *day service* (attualmente relativi a circa 30 patologie). Nel 2006 sono stati effettuati 3.512 *day service*, circa un terzo in più rispetto al 2005.

L'Azienda ha proseguito nel programma di gestione integrata del paziente diabetico fra medico di medicina generale e specialista, secondo le modalità individuate dal gruppo di coordinamento regionale. Nel corso del 2005 sono stati individuati percorsi clinici; sono state presentate le linee guida comuni tra Centro diabetologico e MMG, a cura del Dipartimento delle cure primarie e dei Presidi ospedalieri; è stata prevista nell'accordo aziendale con i MMG la partecipazione al progetto di gestione integrata del diabete mellito; sono stati individuati da parte dei centri diabetologici i pazienti eleggibili per la gestione integrata; è stato predisposto un modulo unico per la raccolta dell'adesione del paziente. Il consenso viene raccolto dal MMG; ad ottobre si sono chiuse le prime fasi di arruolamento (258 pazienti arruolati e 71 MMG partecipanti). Dal secondo semestre del 2006 è stato attivato un sistema informatico di invio dei dati dei pazienti in gestione integrata direttamente nella cartella clinica in uso in Diabetologia.

L'Azienda, anche in relazione all'aumento della sinistrosità negli ultimi anni, ha proceduto alla costituzione di una *task force* per la definizione dei confini delle tematiche di *risk management*, e alla sua successiva trasformazione in una struttura permanente (*team*) con funzione di integrazione orizzontale, gestionale e di innovazione di processo. Il risultato dello sforzo organizzativo si evidenzia in una diminuzione dei sinistri denunciati e in un aumento dei sinistri chiusi, ma soprattutto

sicurezza dei pazienti

nei risultati raggiunti con la gestione documentale. Nel secondo semestre del 2005 gli indicatori di efficienza mostrano un passaggio dal 6% al 93% di sinistri aperti con documentazione completa e un tempo medio di stesura delle relazioni passato da circa 180 a 32 giorni.

Le attività del 2005 si sono orientate verso la razionalizzazione e leggibilità del consenso informato, anche col supporto degli interlocutori sociali come Cittadinanzattiva, degli Ordini professionali e degli Affari legali per il consenso al trattamento dei dati sensibili. La nuova procedura è stata sperimentata nel secondo semestre 2005 in medicina e chirurgia.

In area infermieristica sono state recepite le linee guida Royal Council of Nurses, i documenti regionali per la prevenzione delle lesioni da decubito, la scheda di segnalazione delle cadute (scala secondo Tinetti); è stato introdotto il contenitore per protesi mobili in reparto, in Pronto soccorso e nel blocco operatorio.

Nel corso del 2006 è stato perfezionato il *triage* del contenzioso e gestione dello stesso. Sono stati adottati i provvedimenti di revisione di procedure specifiche, esemplificate (nel BdM 2006) per ortopedia, diagnostica per immagini, gastroenterologia, pneumologia, anestesia e rianimazione, pediatria, ostetricia, ginecologia.

Nell'ambito del consenso informato e della documentazione sanitaria, è stato effettuato nel 2006 un *audit* sulla diffusione e sulla corretta applicazione delle procedure di acquisizione del consenso ed è stato elaborato il modello aziendale di cartella clinica.

Per il trattamento dei pazienti affetti da patologie che non hanno una prolungata speranza di vita, l'Azienda ha progettato la costruzione della rete assistenziale, che comprende: ADI palliativa; *hospice* territoriale; UO ospedaliera di terapia del dolore e cure palliative. La rete è stata disegnata e implementata a partire dal 2003. La scelta aziendale è stata quella di dotarsi di *hospice* territoriali in grado di dare sollievo al paziente e alla famiglia, con caratteristiche architettoniche specifiche di domicilio ad alta protezione, a prevalente gestione infermieristica. Il primo *hospice* aziendale, a Borgonovo Val Tidone, ha usufruito del finanziamento ex art. 20 per la realizzazione dell'infrastruttura ed è ubicato presso un IPAB. La struttura è attiva con 10 posti letto dal novembre 2005.

continuità assistenziale

Il Bilancio 2006 illustra la sperimentazione del progetto "gestione dell'accesso al percorso benessere donna" che ha l'obiettivo generale di pianificare un percorso omogeneo di accesso ai consultori aziendali differenziato per tipologia (percorso nascita, per problematiche ginecologiche, IVG) e per livello (1° e 2°), e di definire le interfacce con le UUOO di ostetricia e ginecologia.

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

Il Bilancio 2006 introduce la "carta d'identità" del personale. Il personale femminile rappresenta il 73% di tutto il personale, ma l'82% è nel comparto e il 38% nella dirigenza; sia il personale del comparto che quello della dirigenza rientrano prevalentemente nelle fasce di età 36-44 e 45-54 anni; la dirigenza rappresenta il 20% di tutto il personale dipendente, di cui l'86% appartiene alla dirigenza medico-veterinaria, il restante a quella dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

Carta di identità del personale

Il Bilancio di missione 2005 sottolinea la ridefinizione del ruolo del Collegio di Direzione avviata nel secondo semestre del 2004, con la scelta condivisa fra Direzione e Collegio di non aspettare il nuovo atto aziendale, ma di affrontare i problemi con forme che permettano a tutti di "contare" di più: sulla pianificazione, sulle scelte organizzative più idonee alla sostenibilità e allo sviluppo aziendale, sui temi dell'innovazione e della ricerca, sulla formazione e sulle strategie di sviluppo delle risorse umane. È stata sottolineata l'autonomia del Collegio attraverso la ricerca di metodi e proposte finalizzate ad aumentare il coinvolgimento dei professionisti medici e non medici nel processo decisionale, strategico e operativo. Nel 2006 sono stati avviati due gruppi di lavoro formati da componenti del Collegio, che svolgono attività di valutazione e proposta in merito a ricerca e innovazione, e formazione.

Professionisti nel governo dell'Azienda

Nel 2005 è stato prodotto all'interno del Servizio di prevenzione e protezione un *team building* finalizzato alla pianificazione della sicurezza; questa formazione ha coinvolto tutti gli operatori e in quel contesto è stato prodotto il documento sul sistema di gestione della sicurezza sul lavoro. Sono stati formalizzati due nuovi processi: la gestione degli infortuni in collaborazione con l'Area risorse umane e il monitoraggio delle idoneità con limitazione. Nel 2006 l'Azienda ha completato il percorso di formazione interno, che ha portato a una nuova modalità di redazione del Documento di valutazione dei rischi, nonché alla progettazione e implementazione sperimentale di un software per la gestione integrata con altri sistemi documentali. Sono stati consolidati i due processi inseriti nell'attività del Servizio di prevenzione e protezione: Sistema gestione infortuni e Registro casi critici. Nell'ambito dell'accreditamento sono state aggiornate le procedure sulla sicurezza ed è stata elaborata una procedura per un'autovalutazione degli elementi di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Sicurezza e gestione dei rischi

Il Bilancio di missione 2006 riporta in appendice il dettaglio delle azioni intraprese in relazione alla valutazione dei rischi, alla sorveglianza sanitaria, alla formazione, alla gestione degli infortuni e alla gestione delle emergenze.

L'Azienda richiama inoltre le iniziative formative messe in atto per studiare, prevenire e combattere eventuali fenomeni di *burn out* e di stress sul lavoro.

Nell'ambito del nuovo Piano di organizzazione è stata riorganizzata nel 2005 la Direzione assistenziale, inquadrata come ruolo dirigenziale. Nel corso del 2004 e 2005 sono stati sviluppati programmi di formazione continua degli operatori del comparto. Sono stati avviati i percorsi per inserire gli OSS nei processi assistenziali. Il Bilancio di missione 2005 delinea tale percorso di formazione e di rielaborazione delle responsabilità professionali, individuali e di *équipe*; delle competenze specifiche e delegabili del personale infermieristico, ostetrico, tecnico e della riabilitazione; dell'integrazione professionale.

Ridefinizione
dei ruoli professionali

Per il personale del comparto il 2006 è stato un anno concentrato sulla valorizzazione delle competenze clinico-organizzative. L'Azienda ha individuato tre obiettivi specifici:

- delineare la mappa di competenze del coordinatore di Unità operativa;
- delineare la mappa di competenze dell'infermiere;
- delineare la mappa di competenze del *case manager*.

Dal lavoro sono emersi tre progetti: "*Case manager* per il percorso senologico", "Accesso alla lungodegenza", "Ridefinizione del ruolo di coordinamento".

Per ridurre la situazione di difficoltà degli operatori del comparto (aumento del ricorso al *part time*, aumento delle richieste di astensione dai turni in particolare quelli notturni per problemi di tipo personale e familiare), nel 2005 l'Azienda ha avviato il percorso di valorizzazione e sostegno delle risorse umane con un progetto che prevede: formazione (di dirigenti e coordinatori sul benessere organizzativo e sulle strategie di coinvolgimento ed *empowerment* dei collaboratori); indagini periodiche di clima (nelle unità operative dei dipartimenti ospedalieri e territoriali); interventi mirati di supporto personale (disagio personale), di revisione organizzativa (disagio lavorativo) o di arbitrato e gestione del conflitto.

Il Bilancio di missione 2006 si sofferma sulle iniziative attivate per sostenere il nuovo profilo dei coordinatori infermieri, per l'infermiere *case manager*, per l'inserimento degli infermieri stranieri e il ruolo di *tutor*, tre temi ai quali vengono dedicati specifici capitoletti della Sezione 4.4 del documento.

Il sistema premiante aziendale è strettamente connesso alla gestione del *budget*. Il sistema prevede la corresponsione di una quota di incentivazione per ogni operatore proporzionale alla percentuale di risultati raggiunti dalla struttura di appartenenza, con la possibilità di differenziare una parte del compenso. Integra il sistema premiante la remunerazione dei risultati

Valutazione
delle competenze

di progetti strategici (standardizzazione di prodotti, progetti strategici) finanziati con una piccola quota del fondo di risultato. In termini economici, per quanto relativo alla dirigenza, la totalità dell'incentivazione è collegata al raggiungimento degli obiettivi di *budget* ed è quindi variabile in funzione dei risultati stessi. Per il comparto, solo una parte (40%) del fondo di incentivazione è distribuito attraverso tale meccanismo, mentre la restante parte è distribuita in relazione alle presenze in servizio. A seguito dell'adozione del nuovo Piano di organizzazione, l'Azienda ha avviato nel 2004 il processo di attribuzione degli incarichi dirigenziali (di struttura e di posizione). Il percorso si è concluso nel corso del 2005. Per il comparto il processo di attribuzione delle posizioni organizzative è stato avviato nel 2004 e si è concluso nel 2005 in riferimento all'organizzazione della direzione assistenziale e dei servizi amministrativi in essere. Nel 2006 l'Azienda si è proposta di superare la scheda di valutazione in uso, per costruire una nuova scheda che consenta, attraverso la valutazione annuale, di misurare da un lato il raggiungimento degli obiettivi dei dirigenti in relazione al contratto individuale sottoscritto all'atto del conferimento dell'incarico, dall'altro l'apporto dei singoli al raggiungimento dei risultati dell'UO di riferimento.

Le aree tematiche ritenute prioritarie per l'attività formativa del 2005 sono state: organizzazione, innovazione e ricerca, accreditamento delle strutture, sviluppo e potenziamento del capitale intellettuale, supporto al governo strategico. Nel corso dell'anno sono stati organizzati 465 eventi formativi: ciò ha consentito di formare l'80% del personale, garantendo loro una copertura totale dei crediti attesi (crediti medi garantiti: 34).

Formazione

Nel 2006 i dipendenti che hanno conseguito il numero di crediti richiesti sono stati 2.292, su un totale di 2.421 sottoposti a obbligo.

Il Bilancio di missione illustra le forme di collaborazione in essere con l'Università, sia per quanto attiene le lauree in infermieristica e fisioterapia, di cui l'Azienda è sede di corso (con 66 iscritti al primo anno, 33 al secondo e 31 al terzo), sia per quanto attiene le scuole di specializzazione medica per le quali l'Azienda ha sottoscritto convenzioni con varie Università, dettagliatamente illustrate nel documento.

Il sistema informativo del personale si è progressivamente implementato. Si basa su un *software* che gestisce in modalità integrata il sistema di rilevazione delle presenze; il sistema di gestione delle assenze; il trattamento economico; il sistema di gestione dello stato giuridico; la pianta organica (ed è in sviluppo un sistema di rilevazione della dotazione organica sulla base dell'organigramma aziendale); il sistema di gestione delle procedure concorsuali. È integrato con il sistema informativo della Direzione assistenziale preposto alla gestione dei turni, alla verifica dei cartellini, alla programmazione del fabbisogno di risorse. A lato del sistema integrato sono

Sistema informativo del personale

stati sviluppati *software* proprietari che consentono di monitorare i fondi aziendali e i *budget* trasversali.

Il tema delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze è particolarmente sviluppato nel Bilancio di missione 2006, che riferisce dell'Unità operativa semplice per le relazioni sindacali strutturata all'interno dell'UO risorse umane, informa dei momenti concertativi definiti nel corso dell'anno, richiama i contenuti della pre-intesa raggiunta sull'integrativo aziendale, a conferma della considerazione contenuta nel Bilancio di missione 2005 relativamente a una prassi consolidata di confronto costante con le OOSS sia a livello di consultazione, sia a livello di concertazione.

Il Bilancio 2006 richiama infine le "iniziative a favore del personale", sia per attivare forme flessibili di organizzazione del lavoro, sia per mettere a disposizione dei dipendenti supporti in ambito lavorativo e di compatibilità con la vita familiare.

Sistema di relazioni
tra Azienda e
personale

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Il 2005 ha visto la pubblicazione e la divulgazione del Piano strategico aziendale come elemento indispensabile a una consapevolezza della programmazione sanitaria della Provincia per i cittadini.

Il 2006 ha visto la pubblicazione del Bilancio di missione e della Carta dei servizi in internet e intranet, al fine di sviluppare la consapevolezza e la responsabilità attraverso la conoscenza quali-quantitativa delle azioni messe in atto dall'Azienda, dei percorsi di salute e delle garanzie con cui i professionisti assumono impegni per assicurare il diritto alla salute.

La cabina di regia istituita in Azienda diventa sistema condiviso, comprendente le tecnologie, le strutture, le competenze e le modalità operative specifiche della comunicazione organizzata, attraverso risorse appositamente dedicate.

Nel 2005 l'Azienda ha posto il *focus* su:

- attivazione di percorsi di semplificazione di accesso ai servizi, attraverso la produzione di *set* informativo per stranieri tradotto in 11 lingue;
- realizzazione di una convenzione per la mediazione culturale;
- utilizzo del sito aziendale come *service* alla semplificazione dei percorsi e all'accessibilità dei servizi;
- costruzione di percorsi per l'accesso facilitato per non vedenti.

Nel 2006 l'Azienda ha posto il *focus* su:

- l'ampliamento della convenzione per la mediazione culturale;
- l'implementazione continua del sito aziendale come *service* alla semplificazione dei percorsi e all'accessibilità dei servizi.

Comunicazione per
l'accesso ai servizi

Il lavoro di comunicazione all'esterno è stato orientato a:

- diffondere la cultura della prevenzione e della promozione della salute individuale e collettiva, mediante campagne informative ed eventi promozionali, Piani per la salute, gruppi di crescita e di autoscienza sulle tematiche di salute;
- promuovere la conoscenza e l'immagine positiva dell'Azienda;
- promuovere e condividere la cultura della qualità garantita e del bisogno responsabile attraverso l'impegno assunto dall'Azienda nei confronti dei cittadini e attraverso le garanzie di qualità che i Dipartimenti e i servizi assicurano relativamente ai percorsi e alle prestazioni offerte.

Comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

Obiettivi delle campagne informative e degli eventi sono stati: promuovere comportamenti positivi, consapevoli e non pregiudizievoli per la salute, mirati a *target* di popolazione; mettere in atto sistemi di misurazione dell'efficacia comunicativa per l'appropriatezza delle campagne.

Nell'Azienda trovano posto anche alcune iniziative per gruppi di cittadini volte alla promozione e alla consapevolezza di comportamenti di salute o di cura: gruppi di giovani (direttamente in Spazio giovani o in sede scolastica) su tematiche quali la prevenzione dei comportamenti a rischio, la costruzione dell'autostima; gruppi di donne (mastectomizzate, gravide o in menopausa); *caregiver* di soggetti dementi.

L'Azienda ha sviluppato le tematiche dell'*audit* civico e dell'indagine di gradimento nelle UUOO di degenza, al fine di garantire una partecipazione consapevole da parte dei cittadini competenti. Il Bilancio di missione 2006 dedica un punto specifico della Sezione 5 a "La promozione della conoscenza dell'Azienda", in cui vengono illustrati le principali attività promosse dalla cabina di regia, gli strumenti di comunicazione utilizzati, le sezioni interattive contenute nel sito aziendale, il *panel* di indicatori e gli strumenti di indagine specifici utilizzati per monitorare il livello di qualità percepito dai cittadini rispetto ai servizi sanitari e le relative azioni di miglioramento avviate a seguito delle medesime indagini.

Gli strumenti utilizzati dall'Azienda per la comunicazione interna sono: il sito aziendale internet e intranet, la *newsletter* quindicinale *È Sanità* e numeri monografici, la rassegna stampa quotidiana, la rivista scientifica semestrale *Quaderni sanitari piacentini*, una linea di opuscoli informativi e pubblicazioni *ad hoc*, comunicati stampa, conferenze stampa, interviste a professionisti, le *newsletter* *Confronti per i medici di famiglia* e *La voce del cittadino* (quest'ultima a cura del Comitato consultivo degli utenti). È stata qualificata e potenziata nei due anni la comunicazione interna attraverso molteplici strumenti (*newsletter online* e cartacea, internet aziendale e rassegna stampa, riunioni, analisi sul clima organizzativo, confronti, formazione),

Comunicazione interna

ma soprattutto con un utilizzo dell'intranet aziendale come strumento conoscitivo del lavoro, dell'organizzazione e del ruolo di ognuno per il raggiungimento degli obiettivi assegnati.



La nuova edizione della Carta dei servizi dell'Azienda USL prosegue il dialogo con i cittadini avviato nel 1998 e rappresenta una tappa concreta del percorso informativo e di comunicazione dell'offerta assistenziale dell'Azienda.

La Carta contiene anche gli impegni che l'Azienda assume nei confronti dei cittadini e le garanzie di qualità che i Dipartimenti, le Unità operative e i Servizi assicurano in relazione ai percorsi e alle prestazioni offerte.

La Carta è stata elaborata tenendo conto della Dichiarazione sulla promozione dei diritti dei pazienti in Europa" della Carta europea dei diritti del malato, della Carta dei diritti e dei doveri dei malati e dei cittadini che accedono al Servizio sanitario regionale proposta dal Comitato consultivo regionale per la qualità percepita dei servizi dal lato del cittadino, e della Carta dei diritti di Cittadinanzattiva.

Ricerca e innovazione

Nel 2005 è stata formalizzata l'attività di ricerca e innovazione nel Collegio di direzione supportato dall'Unità operativa qualità e formazione.

Sono stati attivati nel 2005 e nel 2006 corsi di formazione agli operatori sanitari medici per l'applicazione delle linee guida, attraverso percorsi assistenziali monitorati da indicatori specifici, i cui progetti vengono illustrati in una tabella inserita nel Bilancio di missione 2006.

L'Azienda ha partecipato a iniziative con altre Aziende o con la Regione quale capofila; le iniziative più rilevanti sono descritte nei due Bilanci.

È stata adottata la scheda progetto regionale per rilevare le attività, le risorse, i costi e i soggetti proponenti e per rendicontarle. È stato costruito un *database* dedicato alla gestione degli obiettivi di qualità.

Nei due anni l'Azienda ha promosso lo sviluppo e l'innovazione del parco tecnologico, grazie a maggiori capacità di governo degli investimenti dovute anche all'acquisizione di professionalità adeguate. La pianificazione negli investimenti si è orientata sia al completamento e al consolidamento delle tecnologie presenti sia all'introduzione di nuove tecnologie che hanno consentito di fornire rinnovate potenzialità all'Azienda e ai suoi professionisti.

Per facilitare l'accesso alle conoscenze sono proseguite le attività legate all'adesione dell'Azienda al Consorzio regionale per il trasferimento dei risultati della ricerca bibliografica nei servizi sanitari (GOT). Le opportunità di partecipazione a programmi di ricerca vengono apprese attraverso un monitoraggio costante dei siti istituzionali e l'appartenenza alla rete regionale degli uffici dedicati all'attività di ricerca e innovazione, qualità e accreditamento. È stato istituito un settore dedicato al coordinamento dell'attività di progettazione e di diffusione delle metodiche di qualità e accreditamento.

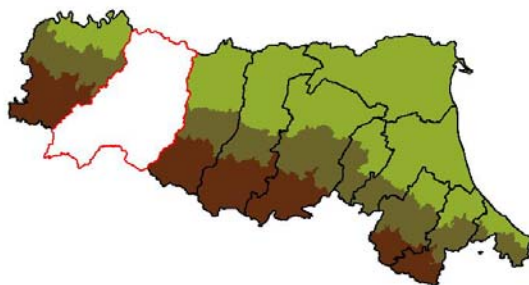
Sono stati attivati 90 progetti nel 2005 e 69 progetti nel 2006 a sostegno dell'integrazione tra diverse discipline/professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali. Il *database* aziendale sugli indicatori di *performance* consente di conoscere le attività di progettazione avviate in Azienda dal 2002.

Con i privati sono definiti atti formali (delibere) per le donazioni. I progetti sono gestiti e rendicontati con le metodologie aziendali in uso. Le persone che partecipano vengono scelte anche per le loro competenze, depositate in un *database* aziendale presente all'interno del percorso per la qualità.

Azienda USL di Parma



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



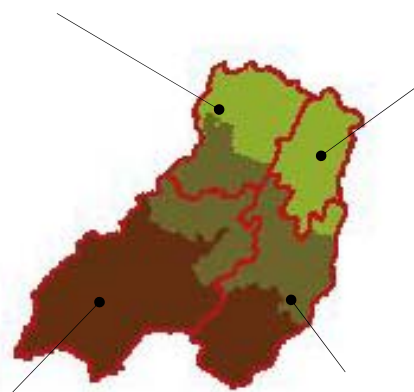
Distretto di Fidenza

Popolazione: 97.765
Area (Km²): 656,93
Densità (pop per Km²): 148,8



Distretto di Parma

Popolazione: 203.707
Area (Km²): 414,98
Densità (pop per Km²): 490,9



Distretto Valli Taro e Ceno

Popolazione: 46.148
Area (Km²): 1.481,62
Densità (pop per Km²): 31,1

Distretto Sud-Est

Popolazione: 69.212
Area (Km²): 895,79
Densità (pop per Km²): 77,3

| Comuni | Area (Km ²) | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 47 | 3.449,32 | 416.832 | 120,8 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006⁴

L'anno 2006 è stato un anno ricco di nuove attività e servizi, che ha visto tutti i collaboratori dell'Azienda impegnati per migliorare la qualità dei servizi offerti ed essere sempre più puntuali nel rispondere alle esigenze di chi ha necessità di assistenza e cura. Ancora una volta, l'impegno, la competenza e la professionalità delle donne e degli uomini che lavorano in Azienda risultano evidenti e tangibili nei risultati conseguiti.

Il Piano attuativo locale (PAL), approvato dalla Conferenza sociale e sanitaria territoriale, ha rappresentato il principale appuntamento programmatico del 2006; con il PAL gli Enti locali hanno definito le linee di sviluppo delle azioni e dei servizi per la tutela della salute dei cittadini di Parma e per l'ulteriore qualificazione del ruolo e delle eccellenze della sanità provinciale in ambito regionale e nazionale, con l'apporto dell'Azienda, dei suoi professionisti, in collaborazione positiva con l'Azienda ospedaliero-universitaria. [...]

Già nel 2006 è stata avviata l'attuazione del PAL e in questo bilancio di missione se dà atto in modo puntuale.

Dai Piani per la salute l'impegno aziendale del 2006 è stato orientato a far diventare le elaborazioni e le idee, nate dalla partecipazione e dalla collaborazione di tanti soggetti, azioni strategiche, concrete attività ed iniziative, di cui si dà conto nella sezione 3^a. [...] La necessità di far convergere responsabilità e impegni di soggetti diversi e di coinvolgere i cittadini, le imprese, i lavoratori, nella definizione delle azioni e nella loro realizzazione ha caratterizzato anche le azioni concrete poste in essere nel 2006: con le associazioni dei produttori per promuovere maggiore sicurezza degli alimenti, con le associazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori per maggiore sicurezza nel lavoro e la riduzione degli infortuni, con le famiglie e i ragazzi per promuovere stili di vita sani, con i gestori delle strutture residenziali per anziani per promuovere una buona alimentazione e qualità della vita degli anziani ospiti. [...]

Integrazione istituzionale e attenzione al cambiamento della società, dei bisogni e delle risposte hanno caratterizzato anche il percorso di avvio del Fondo per la non autosufficienza sperimentato nel 2006. Con la Conferenza sociale e sanitaria territoriale, con la Provincia, con i Comitati di Distretto, l'Azienda ha collaborato per la costruzione e lo sviluppo di un approccio integrato di metodi e di modelli assistenziali per il sostegno e l'assistenza ad anziani non autosufficienti. [...]

La centralità del Distretto, nella sua componente di sede della partecipazione dei Comuni alla governo della sanità e di modello assistenziale integrato dei servizi sanitari e sociali, è stato uno dei principali impegni e ambiti di attività nel 2006. [...]

Vincoli e opportunità in una rete di servizi e in una rete clinica legano assistenza ospedaliera e assistenza territoriale: nel 2006 accanto alla centralità dell'assistenza distrettuale, non minore è stato l'impegno per lo sviluppo delle attività degli ospedali di Fidenza e di Borgo Val di Taro. Completato l'assetto dei Dipartimenti ospedalieri, il 2006 è stato l'anno del consolidamento e dello sviluppo delle attività con significativi risultati

⁴ <http://www.aUSL.pr.it/page.asp?IDCategoria=625&IDSezione=3375&ID=165446>

in termini di obiettivi di salute e gestionali. [...] Un impegno di grande rilievo del 2006 è stato l'accreditamento ottenuto dall'ospedale di Fidenza: si è trattato di un importante risultato, raggiunto con l'impegno della direzione e di tutto il personale, coinvolto in prima persona nella definizione dei percorsi, delle procedure, dell'attività e dei risultati dell'ospedale al fine di garantire qualità e sicurezza ai cittadini e di assicurare l'impegno dell'Azienda per il continuo miglioramento dei servizi. [...]

Fra i progetti del PAL che maggiormente hanno previsto innovazioni nell'organizzazione e nell'offerta di servizi, è sicuramente l'area della salute mentale. Gli ambiziosi obiettivi del PAL [...] hanno avuto alcune significative attuazioni nel 2006, di cui si dà conto in questo bilancio di missione. Significativo, oltre che di grande impegno per tutti gli operatori del Dipartimento di salute mentale, è stato il percorso che ha portato all'accreditamento del Dipartimento, attività che ha permesso di meglio definire obiettivi e modalità di lavoro del Dipartimento in un'ottica di miglioramento della qualità assistenziale.

*Maria Lazzarato
Direttore generale dell'Azienda USL di Parma*

Contesto di riferimento

La provincia di Parma ha un'estensione di 3.449 Km² e una popolazione all'1/1/2006 di 416.832 abitanti, suddivisi in 47 comuni e quattro distretti sanitari. La densità abitativa è di 120,8 abitanti per Km². La città capoluogo ha 175.789 abitanti.

Territorio e ambiente

Le polveri fini (PM₁₀) e l'ozono (O₃) presentano livelli e andamento tipici di un'area urbana padana. Per le polveri il numero di superamenti su base annuale oltre i 50 microgrammi/m³ è in diminuzione; nel 2006 si sono avuti 90 superamenti.

La popolazione è passata da 391.724 abitanti all'1/1/1995 a 420.056 abitanti all'1/1/2007, con un aumento di 3.224 persone (+6,7%) rispetto all'anno precedente. I fattori che hanno determinato tale incremento sono correlati all'afflusso della popolazione immigrata, italiana e straniera, e all'aumento della natalità della popolazione autoctona e, in misura più rilevante, di quella della popolazione immigrata.

Popolazione

L'indice di vecchiaia⁵ è di 194,1 nel 2005 e 192 nel 2006. Gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 23,2% del totale della popolazione residente. L'8,7% ha tra 75 e 84 anni e il 3,19% più di 85 anni. I centenari sono 94 (91 donne e 3 uomini). Dal 1997 al 2005 il numero delle famiglie è aumentato di 20.000 nuclei. La tendenza sembra essere quella di insediarsi preferibilmente nei comuni attorno alla città, laddove, con un'accentuazione delle famiglie con uno o due componenti, i residenti sono anche più giovani.

⁵ Rapporto tra popolazione ultrasessantacinquenne e popolazione fino a 14 anni.

Gli stranieri residenti si sono quintuplicati nell'ultimo decennio, passando da 5.944 nel 1995 a 30.798 nel 2006 e costituiscono ormai il 7,4% della popolazione provinciale.

Una caratteristica recente è rappresentata dalla quota di donne, che ormai raggiunge il 47% della popolazione immigrata, derivata sia dal fenomeno del ricongiungimento familiare, sia dall'offerta sempre maggiore di occupazioni prettamente femminili (badanti). Legata in parte a questo fenomeno è anche la concentrazione in aree apparentemente disagiate, come ad esempio la montagna, dove si sono registrati massicci aumenti di presenze: si tratta infatti di zone in cui la popolazione anziana è molto numerosa e spesso sola e quindi bisognosa di assistenza a domicilio.

Nel 2006 sono nati 3.721 bambini, rispetto ai 3.535 nati nel 2005 e ai 3.280 dell'anno precedente, confermando l'incremento che dal 1999 al 2004 ha visto il tasso grezzo di natalità passare da 7,92 a 8,45.

Il fenomeno dell'insuccesso scolastico è in linea con la media regionale. La percentuale di soggetti con diploma di scuola media superiore è al di sopra della media regionale, collocandosi al terzo posto dopo Bologna e Rimini. Il tenore di vita a Parma è molto alto. Il reddito medio pro capite è il più alto dopo quello di Bologna. La fascia di ricchezza comprende, oltre al capoluogo, tutta l'area pedemontana, in cui è molto forte la presenza di insediamenti produttivi, soprattutto alimentari.

Condizioni
socio-economiche

Il numero di decessi/anno si mantiene stabilmente attorno ai 5.000, con una lieve prevalenza del sesso femminile. Il tasso standardizzato presenta un andamento sovrapponibile a quello regionale. Circa 1/3 della mortalità è dovuta ai tumori, con una prevalenza di maschi, con il tumore del polmone al primo posto (26%), seguito dal tumore dello stomaco (13%), mentre nelle femmine il tumore della mammella (16%) precede quello dello stomaco (12%). Il livello di mortalità per tumore della mammella è il più alto della regione, riflesso di un'elevata incidenza; per il tumore al collo dell'utero, la mortalità si mantiene da anni su livelli molto bassi.

Osservazioni
epidemiologiche

Le malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono la prima causa di morte in entrambi i sessi (40% maschi, 45% femmine). Parma e Piacenza hanno il tasso più elevato dei decessi dovuti a cirrosi e ad altre patologie croniche del fegato. I traumatismi sono la prima causa di morte nella coorte 14-24 anni. La mortalità infantile ha avuto negli ultimi anni un tasso medio di 3,4 per 1.000 nati vivi, in linea con i dati regionali.

Per tasso di incidenza dell'AIDS, Parma si colloca a livelli medio-bassi (2,9 per 100.000 abitanti vs 3,7 del dato medio regionale).

L'andamento della tubercolosi è sovrapponibile al *trend* regionale. Le classi di età più colpite sono dai 25 ai 40 anni, con una percentuale di soggetti stranieri in continuo aumento.

L'Azienda partecipa allo studio PASSI, attraverso il quale vengono indagati comportamenti considerati a rischio per lo sviluppo di patologie croniche: attività fisica, fumo, consumo di alcool. Nella provincia si registra ancora un'alta prevalenza di fumatori, specialmente nella classe di età 18-24 anni. Il tema è inserito negli interventi di educazione alla salute nelle scuole ed è oggetto del Progetto Fumo e luoghi di lavoro.

Stili di vita

Si stima che il 46,5% della popolazione provinciale pratichi un buon livello di attività fisica, mentre il 24% riferisce un esercizio fisico scarso o assente. L'Azienda richiama l'attenzione sul fatto che i medici promuovono ancora scarsamente l'attività fisica dei loro pazienti. Dall'indagine risulta ancora che a Parma l'eccesso ponderale è molto diffuso: il 51,5% degli abitanti è sovrappeso o obeso. Si stima che circa i 2/3 della popolazione tra i 18 e i 69 anni consumino bevande alcoliche e che 1/6 circa abbia comportamenti a rischio. La percentuale di consumatori di cannabis che accedono ai servizi si mantiene stabile (11,1% nel 2004). È in aumento la quota di assuntori di cocaina (8,3% nel 2003, 10% nel 2004, 11,7% nel 2005); il 74,9% dell'utenza del SerT utilizza eroina. Il numero degli utenti alcol-dipendenti in carico ai servizi nel biennio 2004-2005 ha registrato un aumento del 12,8% rispetto al biennio precedente: nel 2004 sono stati 329 maschi (76,3%) e 102 femmine (23,7%). L'età media è elevata. La solitudine sembra costituire un fattore importante: il 46,2% degli utenti è celibe, il 18,6% separato o divorziato, il 3,2% vedova/o.

La Provincia di Parma dal 1998 al 2002 fa registrare un calo costante degli incidenti e dei feriti sulla strada ma, in controtendenza rispetto all'andamento regionale, rileva un numero di morti che si mantiene alto anche negli ultimi anni. Nel 2004 Parma registra ancora valori superiori alla media regionale un po' per tutti i rapporti. Gli infortuni sul lavoro denunciati si mantengono sostanzialmente stabili, pur in presenza di un *trend* in progressivo incremento degli occupati (+20,1%). L'indice di incidenza⁶ passa da 6,36 del 1999 a 5,06 del 2005, con il calo più significativo, dopo Reggio Emilia, dell'intera regione. Particolarmente significativa è la riduzione nel gruppo delle lavorazioni agricole e nei grandi gruppi edilizia, legno e metalmeccanica.

Sicurezza

L'Azienda partecipa ai lavori dei sottogruppi attivati dalla Regione per l'attuazione del Piano per la sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici.

⁶ N. infortuni / n. addetti * 100.

Profilo aziendale

L'Azienda ha presentato negli ultimi quattro anni un andamento ciclico, alternando esercizi in sostanziale pareggio a esercizi in perdita. Anche l'apporto della gestione aziendale alla *performance* complessiva di sistema evidenzia un'alternanza tra i vari esercizi. Il risultato netto d'esercizio dell'Azienda USL di Parma incide sul risultato netto di sistema per il 6% nel 2002, l'1,1% nel 2003, il 5% nel 2004 e il 4,7% nel 2005.

Con i suoi circa 2.400 dipendenti, che rappresentano l'1,3% dell'intera popolazione lavorativa provinciale, l'Azienda è una delle realtà lavorative con il maggior numero di addetti. All'impatto economico diretto (gli emolumenti complessivamente corrisposti nel 2006 a personale dipendente, convenzionato e altro, ammontano a oltre 150 milioni di Euro), si aggiunge l'effetto indiretto derivante dalla complessa rete di relazioni che l'Azienda intreccia con la realtà economica provinciale: rapporti di fornitura di beni sanitari e non sanitari e di servizi tecnici (manutenzioni, pulizie, ristorazione, ecc.), convenzioni per l'erogazione di servizi socio-sanitari (assistenza residenziale e semi-residenziale).

L'Azienda ha ricevuto da cittadini, fondazioni bancarie e altri soggetti donazioni e lasciti per oltre 1.600.000 Euro nel 2006 (1.350.000 Euro nel 2005, 1 milione nel 2004).

Nel quadro degli interventi per la valorizzazione del proprio patrimonio artistico, nel 2006 l'Azienda ha sottoscritto accordi con le Università di Parma e di Ferrara per l'esecuzione di rilievi della Chiesa di Santa Maria del Quartiere, per il successivo recupero storico e restauro delle parti pittoriche e scultoree. Sono stati conclusi i lavori di rifacimento della facciata storica dell'ospedale di San Secondo e di rifacimento/restauro dell'edificio storico ex macello sito nel Comune di Busseto. Si è concluso il percorso di donazione di 24 opere del pittore Mauro Saviola per le due strutture di Vaio e San Secondo. Nel 2006 è stata ristrutturata l'attività dell'Archivio storico dell'ex ospedale psichiatrico di Colorno.

Per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza, nel periodo considerato il costo pro capite è cresciuto del 20,4%, in linea con l'incremento regionale (20,9%). Il costo nei cinque anni è tra i più bassi della Regione, secondo solo a quello di Reggio Emilia.

Il programma di *screening* mammografico e del carcinoma della cervice uterina presenta a Parma risultati soddisfacenti e in linea con gli standard regionali. Il 43% della popolazione è interessata da almeno un programma di *screening*. Il Bilancio di missione riporta i dati relativi ai *round* conclusi e di adesione al 31/12/2006, a confronto con quelli regionali. Dal marzo 2005 è iniziato lo *screening* per la prevenzione del tumore del colon retto, per il quale la percentuale di adesione al 31/12/2006 è stata del 51,9%, con una positività del 6%.

Sostenibilità
economica e
impatto sul territorio

Valorizzazione del
patrimonio

LEA
costi

assistenza collettiva

Per quanto riguarda la copertura vaccinale nei bambini, essa presenta nella regione tassi tra i più alti d'Italia. L'Azienda di Parma passa dal 64,8% (vs l'82,7% regionale) del 1996 al 91,9% (vs il 92,9% regionale) del 2005 con una grande variabilità tra i distretti, che va dall'88% di Parma - tra i più bassi in regione - al 98,1% di Fidenza. L'Azienda si mantiene sui dati medi regionali per pertosse (98,2%), meningite (97,8%) e poliomielite (98,3%). La copertura vaccinale contro la rosolia a 13 anni è nell'Azienda pari all'85,6%, contro l'87,9% in regione. Il fenomeno dell'obiezione è ancora contenuto ma in aumento.⁷

Nella copertura vaccinale della popolazione anziana, l'Azienda ha compiuto notevoli progressi, passando dal 47,6% nella campagna del 2000-2001 al 70,7% nell'ultima campagna, pur restando la provincia con il più basso tasso di copertura della regione.

La percentuale delle aziende controllate nel periodo considerato è compresa tra 4,3% e il 4,7%, superiore al dato regionale. La percentuale di imprese con infrazioni passa dal 21,8% del 2001 al 15,6% del 2005, con stabilità intorno a questo valore negli ultimi anni. Il controllo ufficiale sulle strutture di trasformazione degli alimenti ha subito nel 2004 un calo di circa il 10% rispetto all'anno precedente: oltre ad un fattore di tipo gestionale (diminuzione dell'organico), il dato va fatto risalire all'approfondimento dell'attività ispettiva.

Per quanto riguarda il controllo sugli allevamenti, la provincia di Parma è la realtà più importante a livello regionale per numero di bovini allevati. La gestione della sicurezza alimentare risulta estremamente impegnativa anche per la dimensione dell'apparato produttivo (principale sede di industrie agro-alimentari in Italia) e per le attività di controllo da assicurare in relazione all'imponente flusso di esportazioni di prodotti alimentari verso paesi comunitari ed extracomunitari.

In provincia sono complessivamente presenti 129 punti di accesso alla prenotazione, distribuiti capillarmente e presenti in 45 comuni su 47. I punti di accesso comprendono anche 16 punti di Sportello unico distrettuale. La rete dell'offerta vede una forte polarizzazione su Parma. Le Figure 35-38 inserite nel documento integrale del Bilancio di missione descrivono i punti della rete assistenziale presenti in ognuno dei quattro Distretti.

assistenza distrettuale

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale e semi-residenziale, il completamento e il potenziamento della rete dell'offerta nella provincia ha portato a una disponibilità di posti per 1.000 anziani superiore di un punto rispetto alla media regionale (32,8 posti per 1.000 abitanti ultrasettantaquattrenni vs 31,7 in regione). I posti letto per l'assistenza semiresidenziale sono 8,5 per 1.000 ultrasettantaquattrenni contro 5,3

⁷ L'obiezione è passata dallo 0,2% dei nuovi nati del 1996 allo 0,7% del 2004.

in regione. La rete provinciale dispone di 41 case protette e 3 RSA convenzionate, distribuite in 32 comuni. Nel periodo è stata potenziata anche l'offerta di posti in Centri diurni, con un aumento del 4% e un parametro significativamente superiore a quello medio regionale. Al 31/12/2006 gli anziani in assistenza domiciliare erano 640, con un aumento di 16 assistiti nel distretto Valli Taro e Ceno, dove è stato avviato il servizio. Rispetto all'anno precedente, nel 2006 è diminuito il numero dei nuovi destinatari degli assegni di cura, in conseguenza dell'applicazione della delibera regionale che prevede la continuità dei contratti in costanza del bisogno assistenziale. Contestualmente l'Azienda ha rilevato un significativo aumento della domanda in tutto il territorio provinciale.

Per l'area delle gravi disabilità acquisite in età adulta, nel 2006 l'Azienda ha costituito l'*équipe* aziendale e messo in rete le quattro *équipe* distrettuali, in applicazione delle linee regionali (DGR 2068/2004). I primi risultati del lavoro svolto sono stati presentati in un seminario pubblico,⁸ che ha rappresentato l'occasione per un confronto regionale, con buoni risultati in termini di contenuti e di partecipazione.

Nel biennio 2005-2006 si è registrato un ulteriore potenziamento sia dei posti residenziali che di quelli semi-residenziali per l'Area handicap. È stata ultimata la ristrutturazione del Centro residenziale Varese; è stata avviata la costruzione della struttura per le persone affette da sclerosi multipla; è stata potenziata l'accoglienza nelle strutture convenzionate. La rete dei servizi disabili comprende: servizi territoriali di assistenza domiciliare con finalità socio-assistenziali e con finalità socio-occupazionali, servizi diurni, centri residenziali.

La rete assistenziale del Dipartimento di salute mentale (DSM) è presente in tutti i Distretti e comprende strutture residenziali, semi-residenziali, appartamenti protetti, strutture ambulatoriali. L'offerta si conferma notevolmente superiore alla media regionale per numero di posti. Alle residenze psichiatriche tradizionali si sono aggiunti 72 posti in piccoli appartamenti assistiti, che si qualificano per l'alto grado di personalizzazione nell'ambito degli interventi riabilitativi. L'offerta sanitaria del DSM si esplicita nelle aree della salute mentale adulti, neuropsichiatria infantile e psicologia dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché attraverso il Programma per le dipendenze patologiche. Il Dipartimento nel 2006 ha trattato quasi 5.000 persone, con un tasso del 137,7 per 10.000 abitanti. Dal 2002 al 2005 i dati evidenziano un progressivo aumento dell'utenza in carico ai Centri di salute mentale (+34,6%), per poi diminuire drasticamente (-17,1%) nel 2006, anno in cui si è registrata una flessione nel numero delle persone trattate

⁸ Il seminario è stato organizzato dall'Azienda il 24/10/2006.

anche a livello regionale (-2,8%). Per quanto riguarda le dipendenze patologiche, Parma registra un tasso di prevalenza (utenti in carico) più elevato del dato medio regionale, registrando un sensibile aumento (11,1%) nell'ultimo anno.

In relazione all'assistenza domiciliare, l'analisi dei dati mostra una forte concentrazione dell'attività in corrispondenza della fascia di età 75-84 anni, seguita dalle fasce immediatamente successive e precedenti. Nel 2006 è continuata l'attività dei posti di sollievo istituiti nell'ambito territoriale di Colorno e nelle case protette per l'accoglienza e sorveglianza temporanea di persone anziane.

Tra la fine del 2004 e il 2005, sono stati attivati tre *hospice* territoriali la cui attività nel 2006 è stata coordinata dal Programma aziendale di cure palliative, mirato a definire e uniformare gli interventi e le attività cliniche assistenziali della rete ospedaliera delle cure palliative.

Per quanto riguarda l'attività dei consultori familiari, negli ultimi anni l'Azienda ha riprogettato le linee di intervento con particolare riferimento al percorso nascita, alle tematiche della menopausa, a *screening* e ai consultori per la popolazione immigrata. Il servizio si caratterizza per la vasta diffusione delle sedi sul territorio e per una più ampia presenza rispetto alla popolazione *target*. Il BdM 2006 riserva una particolare attenzione al percorso nascita in relazione all'assistenza alla gravidanza fisiologica (anche per le problematiche proposte dalla popolazione immigrata) e alla definizione di percorsi integrati ospedale-consultorio per la presa in carico di gravide a medio e alto rischio ostetrico. A Parma è stato attivato il primo progetto in regione di parto a domicilio. Il Progetto Assistenza alla gravidanza fisiologica definisce il protocollo per la gravidanza assistita dall'ostetrica. Il progetto Dimissione appropriata della madre e del neonato sano garantisce l'assistenza domiciliare e ambulatoriale da parte dell'ostetrica e del pediatra di libera scelta. L'attività consultoriale riguarda per il 40% la prevenzione dei tumori femminili (in diminuzione), il 17% l'attività ginecologica (in aumento), il 16% la gravidanza (in aumento), il 9% il puerperio (in aumento), l'8% la contraccezione (in aumento), il 2% la menopausa (in diminuzione) e l'interruzione volontaria di gravidanza (in diminuzione).

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, Parma registrava nel 2005 una spesa per assistito pesato pari a 200,3 Euro, a fronte di una spesa media regionale di 187,6 Euro, collocandosi tra le Aziende a maggiore spesa per assistito (seconda solo a Cesena); ma è anche l'Azienda che ha registrato rispetto al 2004 la maggiore riduzione: -4,42%, *vs* una riduzione regionale del 3,07%. Nel corso del 2006 la spesa farmaceutica provinciale ha subito un'ulteriore diminuzione (del 2,6%) a fronte di un aumento a livello regionale (di +1,9%). La spesa per assistito si è portata a 193,5 Euro contro 189,5 Euro della media regionale.

Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale vengono rappresentate le prestazioni erogate nella provincia nel periodo 2004-2006, che evidenziano volumi di attività in aumento nelle aree di maggiore criticità per tempi d'attesa. Dal confronto tra i due anni si notano incrementi sensibili nell'area della diagnostica e delle visite. Vengono illustrati i dati di consumo per prestazioni di base (contenuti in quasi tutti i distretti), visite (superiori a quelli medi regionali), diagnostica (decisamente al di sotto della media regionale), laboratorio (al di sotto della media regionale e con un *trend* in diminuzione), riabilitazione (al di sotto della media regionale e con un *trend* in diminuzione), prestazioni terapeutiche (con un *trend* in diminuzione e valori al di sotto della media regionale). Le azioni messe in atto in relazione all'appropriatezza e alla rimodulazione dell'offerta hanno fatto rientrare negli standard prestazioni che erano stabilmente critiche per quanto riguarda i tempi d'attesa: TAC, densitometria ossea, visite. Permangono criticità nelle visite di oculistica, endocrinologia e cardiologia.

L'assistenza ospedaliera, nell'ambito della provincia di Parma, è garantita da una rete di strutture pubbliche e private che nel 2006 contavano complessivamente 2.365 posti letto, ripartiti tra l'Azienda ospedaliero-universitaria, i due presidi a gestione diretta di Fidenza - San Secondo e Borgotaro, le case di cura private convenzionate. L'offerta di 5,6 posti letto per 1.000 abitanti è superiore alla previsione della normativa nazionale, che fissa un tetto massimo di 4,5 posti letto. Ciò è attribuito sia alla lenta riduzione dei posti letto ordinari sia al marcato incremento (+41%) dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione. Il tasso di ospedalizzazione (186,9 ricoveri per 1.000 abitanti) è di poco superiore a quello medio regionale (184,7). Per il consumo di sangue, il 2006 è stato caratterizzato da un forte aumento dei consumi (7,1%), mentre si è confermato il dato positivo del 2005 di crescita nella raccolta (1,9%): il rapporto tra unità raccolte e unità consumate è sceso dal 123,6 del 2005 al 117,5 nel 2006.

assistenza ospedaliera

Per quanto riguarda gli indicatori selezionati per la qualità dell'assistenza, l'Azienda registra nel periodo 2004-2006 un *trend* in aumento del numero di nati con basso peso; una riduzione dei ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani (alla quale ha indubbiamente contribuito l'aumento del tasso di copertura della vaccinazione antinfluenzale); un numero di ricoveri per diabete al di sopra della media regionale; ha registrato un valore superiore a quello regionale nei ricoveri per asma, e una riduzione nei ricoveri per scompenso cardiaco. Anche per l'enfisema e la bronchite i valori osservati a livello provinciale sono significativamente inferiori rispetto a quelli medi regionali.

Indicatori di qualità

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Coerentemente con le indicazioni delle linee guida regionali, nella Sezione terza del Bilancio di missione l'Azienda ha illustrato i macro-obiettivi che si è impegnata a conseguire, le strategie attraverso le quali ha inteso operare e le modalità adottate per conseguirli.

Rispetto al primo obbligo istituzionale di trasparenza e partecipazione, il documento illustra specifici punti:

Centralità
del cittadino

- lo sviluppo dell'esperienza dei Comitati consultivi misti;
- l'attività del Comitato consultivo misto aziendale per la salute mentale;
- gli strumenti attivati per perseguire la qualità nel rapporto con i cittadini;
- le relazioni con le Organizzazioni sindacali confederali;
- la concertazione attivata per la sicurezza nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento ai cantieri edili;
- il percorso di lavoro con le associazioni dei produttori per la sicurezza alimentare;⁹
- la partecipazione attiva dell'Azienda alla definizione dei percorsi all'interno dello Sportello unico per le imprese;
- le relazioni con le associazioni degli immigrati;¹⁰
- le collaborazioni con le associazioni di volontariato presenti sul territorio provinciale per la promozione di iniziative di promozione della tutela della salute, lo sviluppo dell'assistenza oncologica e la continuità assistenziale;
- i legami con l'Associazione emigranti all'estero Val Taro.



Insieme ai quattro Comitati consultivi misti dei Distretti, l'Azienda ha avviato un progetto per migliorare i percorsi di accesso ai servizi offerti e rendere più capillare l'informazione su specifici temi sanitari; nel 2006 è stata data priorità all'informazione sul corretto uso dei farmaci.

Il Comitato consultivo misto per la salute mentale, istituito nel 2005, ha affrontato nel 2006 temi relativi a nuovi progetti, accreditamento, assetti e organizzazione, riabilitazione, linee di indirizzo del DSM.

⁹ Per la rilevanza del progetto, l'argomento è stato trattato nella sezione 7 del BdM, nella quale l'Azienda illustra finalità e attività svolte.

¹⁰ Le relazioni con le associazioni degli immigrati hanno permesso all'Azienda di attivare tre progetti importanti: un corso di formazione ai referenti delle comunità sulle malattie sessualmente trasmissibili, un percorso formativo per il personale di *front office*, una ricerca-intervento sulle problematiche della seconda generazione in collaborazione con la Provincia e l'Università.

L'Azienda ha avviato percorsi con associazioni di datori di lavoro, organizzazioni sindacali, organismi paritetici e professionisti per la tutela della salute negli ambienti di lavoro, che hanno portato ad accordi per attività congiunte di vigilanza, formazione, informazione in tema di sicurezza e prevenzione infortuni.

Sono stati sottoscritti:

- un Protocollo d'intesa con Cassa edile per la costituzione dell'Osservatorio provinciale cantieri attivi;
- un Accordo con il Movimento cooperativo e organizzazioni sindacali sui requisiti minimi di formazione dei lavoratori;
- l'Accordo con l'Ordine degli ingegneri e l'Ordine degli architetti sul codice di buona prassi del consulente nelle opere edili.

L'Azienda richiama il rapporto di collaborazione continuativo e molto stretto con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS),¹¹ l'avvio della sperimentazione delle condizioni di fattibilità del Fondo regionale per la non autosufficienza, le modalità assistenziali domiciliari, l'attività progettuale dei Comitati di Distretto, lo sviluppo dei Piani per la salute come ricerca di un nuovo modo di promuovere la salute attraverso un approccio comunitario che pone al centro la partecipazione diretta di Enti, associazioni, singoli cittadini. In vista della piena applicazione del Fondo regionale per la non autosufficienza, è stato istituito un Tavolo tecnico interistituzionale.¹² In tale ambito sono stati definiti criteri di riparto, modalità di gestione delle risorse, vincoli e presupposti di base che sono stati formalizzati in un documento approvato dalla CTSS.

Enti locali
e programmazione
sanitaria

In attuazione di indirizzi della CTSS, l'Azienda ha sperimentato modalità di riconoscimento di oneri a rilievo sanitario flessibili e modulati sui bisogni emergenti dalle specifiche realtà a favore di 12 nuovi progetti individualizzati. La conoscenza dell'esperienza ha portato l'apposito Gruppo di lavoro - coordinato dall'Assessorato alle Politiche sociali e dall'Azienda - a elaborare un regolamento approvato dalla CTSS, che definisce criteri e percorsi per il riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario.

¹¹ Nel corso del 2006, gli appuntamenti più significativi della CTSS hanno riguardato l'approvazione del Piano attuativo locale (PAL) e l'individuazione delle priorità per l'anno in corso, l'avvio della sperimentazione del Fondo regionale per la non autosufficienza, lo sviluppo dei servizi per la salute mentale.

¹² Il Tavolo tecnico è composto dal Direttore dell'Assessorato provinciale alle Politiche sociali, dall'Ufficio di presidenza della CTSS, dai Direttori di Distretto, dal Coordinamento delle prestazioni socio-sanitarie, dai Responsabili degli Uffici di Piano.

L'approvazione del Bilancio di missione da parte della CTSS ha rappresentato per l'Azienda un appuntamento importante per il rendiconto dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Il Bilancio è stato presentato in tutti i Comitati di Distretto e in una iniziativa pubblica con la partecipazione della Regione, degli Enti locali, e in particolare dei Comuni capo-Distretto che hanno direttamente partecipato alla preparazione e realizzazione dell'iniziativa.

L'Azienda richiama poi il supporto fondamentale dei Comuni di Borgo Val di Taro e Fidenza per l'attivazione di una sede distaccata del corso di laurea in scienze infermieristiche.

In rapporto all'obbligo istituzionale di assicurare universalità ed equità d'accesso in ordine ai livelli essenziali di assistenza e alla portabilità dei diritti, l'Azienda rimarca come l'uso appropriato dei servizi sia strategico al fine di rafforzare la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute e di orientare i propri comportamenti. Contemporaneamente risulta necessario rendere accessibili e fruibili a tutti prestazioni qualitativamente adeguate. Nel Piano sanitario regionale, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale (ambulatoriale, diurna, residenziale e semi residenziale) sono legate insieme da un vincolo e da un'opportunità comuni: il miglioramento della qualità tecnica dei servizi offerti e la sostenibilità economica degli stessi. Il PAL 2005-2007 ha riaffermato il principio che non può esserci recupero di efficienza al di fuori di una maggiore appropriatezza d'uso dei servizi e di efficacia delle cure.

Universalità
ed equità d'accesso

Già l'attuazione del primo PAL (che si è estesa dal 1997 al 2004) ha impegnato le due Aziende sanitarie (USL e ospedaliero-universitaria) in interventi di amplissima portata quali l'omogeneizzazione dei livelli di offerta e di consumo nel settore dell'assistenza ospedaliera e la riconversione delle risorse verso l'assistenza territoriale; la realizzazione di un'adeguata offerta di ricovero nei settori della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie; l'aumento dell'offerta in ambiti specialistici critici e di assistenza domiciliare integrata; l'orientamento dei rapporti di fornitura verso riconversioni produttive finalizzate al riequilibrio del sistema.

Nel 2006 l'Azienda USL ha completato la riorganizzazione dipartimentale dei due presidi a gestione diretta. L'Accordo di fornitura tra le due Aziende ha fissato per il triennio 2005-2007 i seguenti obiettivi:

- promozione dell'appropriatezza d'uso dei servizi ed efficacia delle cure in termini di ricovero e di durata della degenza;
- miglioramento della qualità degli interventi;
- sviluppo del sistema ospedaliero provinciale integrato;
- inserimento delle attività ospedaliere in un contesto operativo di rete;
- prosecuzione della riconversione di parte dell'assistenza ospedaliera erogata in regime ordinario verso modalità più appropriate e a minore costo;

- riconduzione dei tempi d'attesa per i ricoveri programmati alle condizioni di maggiore efficacia clinica ed equità d'accesso per il paziente.

Nel corso del 2006 le collaborazioni sono state soprattutto incentrate sul perfezionamento dei rapporti di rete integrata nel campo delle malattie croniche.

Il Bilancio di missione illustra i percorsi per l'accreditamento e la qualità, richiamando gli interventi del 2006 presso l'Ospedale di Fidenza (accreditato nella sua completezza), l'Ospedale di Borgo Val di Taro (avviati i primi incontri formativi/informativi con il personale), il Dipartimento di sanità pubblica (definite le procedure prioritarie), il Dipartimento di salute mentale (ottenuto l'accreditamento, il DSM è impegnato nello sviluppo della metodologia che ha portato a quel risultato e al superamento delle criticità riscontrate), il SerT (avviato il percorso formativo/informativo), *Hospice* di Borgotaro (perfezionato il percorso con *audit* interni, definito il manuale di accreditamento e del sistema di monitoraggio e controllo).

Inoltre, i tempi di attesa per l'accertamento dell'invalidità civile sono pari a 100 giorni, a fronte di un ulteriore aumento delle domande; si è ottenuto un consistente aumento delle coperture vaccinali per tutte le categorie a rischio; nel corso del 2006 l'Azienda ha avviato il nuovo calendario vaccinale e ha proseguito l'attuazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congeniti; l'offerta attiva di test di *screening* per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e della mammella è arrivata al quarto *round* di chiamata (la percentuale di adesione si è attestata al 65% in entrambi i programmi); da marzo 2005 ha preso avvio il programma di *screening* per la prevenzione del tumore di colon retto.

Per quanto riguarda gli interventi di prevenzione collettiva, il contrasto degli infortuni sul lavoro è indicato come uno degli obiettivi caratterizzanti le azioni del Dipartimento di salute pubblica e dei Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro in particolare. Non solo adesione agli obiettivi definiti dalla programmazione regionale, ma - sottolinea l'Azienda -

impegno consapevole sulla necessità di individuare nuove e più appropriate strategie per fronteggiare un fenomeno che a Parma assume i connotati di "problema di salute" in considerazione di un andamento preoccupante con indici di incidenza sempre superiori al dato regionale.

L'Azienda ha promosso il coinvolgimento e la partecipazione di ampi strati del tessuto sociale, giocando la carta della concertazione su più tavoli: quello specifico dei Piani per la salute e quello del metodo di lavoro dei Servizi PSAL, quale patrimonio esportabile nella quotidianità operativa.

Nell'ambito delle attività distrettuali vengono illustrate le azioni di sviluppo dei Nuclei delle cure primarie; i contenuti del protocollo valevole per il 2006 integrativo dell'Accordo con i medici di medicina generale e le azioni attivate per l'associazionismo medico; la sperimentazione di una linea telefonica dedicata per i pazienti oncologici, che si colloca all'interno di un più ampio processo di costruzione della rete delle cure palliative; le linee guida predisposte nel 2006 per migliorare l'appropriatezza prescrittiva di protesi e ausili; le azioni di formazione/informazione messe a punto col CeVEAS di Modena sull'appropriatezza prescrittiva di specifiche categorie di farmaci.

Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale, l'attività dell'Azienda è stata caratterizzata da azioni di consolidamento e sviluppo su tre direttrici: l'adeguamento dell'offerta, il governo della domanda, il monitoraggio dei tempi d'attesa. Il Bilancio di missione illustra nel merito azioni messe in atto e risultati ottenuti.

Nell'area della salute mentale, nel 2006 il DSM ha orientato la propria attività all'integrazione tra aree affini e tra ambiti istituzionali e sociali esterni all'Azienda, coinvolti nello sviluppo di politiche per la salute mentale. Nel Bilancio di missione vengono illustrate le esperienze più significative tra le quali il progetto "Prove di volo",¹³ per la costruzione di un Piano per la salute dedicato al mondo giovanile; il progetto edilizio per la collocazione del Servizio di diagnosi e cura e della Clinica psichiatrica universitaria-ospedaliera in un unico immobile; le iniziative formative per l'integrazione tra DSM e NCP; incontri interdisciplinari per la revisione delle consulenze psichiatriche nelle strutture protette per anziani.

Nell'area della neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza vengono richiamati gli interventi sviluppati in collaborazione con gli Enti locali, tra cui la ricerca-azione sui disturbi dell'apprendimento, il programma speciale per l'autismo, gli interventi messi in atto all'interno del Programma aziendale per il bambino cronico; protocolli per affidi, adozioni, prevenzione di abusi e maltrattamenti sui minori; consolidamento ed estensione di progetti socio-sanitari per i giovani.

Nell'ambito del Programma delle dipendenze patologiche, vengono richiamate le azioni di consolidamento dell'assetto organizzativo e di qualificazione/differenziazione della risposta clinica, tra le quali l'avvio di progetti individualizzati in collaborazione con gli Enti ausiliari, il perfezionamento delle modalità di invio, accompagnamento e verifica

¹³ Illustrato nella Sezione 7 del Bilancio di missione, nel capitolo dedicato a "Giovani e benessere".

dei percorsi riabilitativi in comunità, sviluppo del programma triennale "Strada e dintorni", attività di ricerca e formazione; progetti riabilitativi individualizzati su tre ambiti: *habitat*, formazione-lavoro, socialità-affettività.

Nell'area socio-sanitaria, per il miglioramento della committenza e la qualificazione della *partnership* nei confronti del Terzo settore, l'Azienda ha attivato un tavolo di lavoro articolato in tre sottogruppi: "sistema di remunerazione delle strutture per disabili"; "buone pratiche"; "accreditamento". È stato prodotto uno studio dei dati di costo delle strutture residenziali convenzionate per anziani della provincia di Parma e sono state realizzate azioni per il Sistema informativo dell'Area anziani, per l'informatizzazione delle schede da utilizzare nelle diverse strutture protette per i percorsi assistenza sanitaria e per l'implementazione del sistema informativo relativo al Progetto demenze.

Il Bilancio di missione si sofferma infine a illustrare le azioni di riqualificazione delle reti cliniche, con particolare riferimento a:

- Programma aziendale di geriatria territoriale (attività di ricerca e formazione, attività di governo clinico);
- Programma demenze senili (consolidamento dell'attività dei consultori e percorsi di integrazione socio-sanitaria);
- Cure palliative (messa a regime dell'attività degli *hospice* presenti e inserimento nei percorsi assistenziali tra domicilio e strutture ospedaliere, promozione della cultura delle cure palliative);
- reti cliniche integrate per le patologie croniche (terapia anticoagulante orale e diabete);
- reti cliniche pediatriche (Progetto congiunto delle due Aziende "Miglioramento e sviluppo delle reti cliniche pediatriche" per l'integrazione organizzativa e funzionale di assistenza pediatrica);
- attività cardiologia provinciale (razionalizzazione dei percorsi assistenziali dei pazienti con infarto miocardico acuto).

Quali problematiche emergenti vengono illustrati obiettivi e primi risultati nelle due aree della salute degli immigrati e dei servizi rivolti ai giovani per il contrasto al disagio.

Quali azioni di supporto finalizzate a garantire la qualità dell'assistenza, vengono richiamate le linee di attività aziendali per il miglioramento dell'informatizzazione e della rete, lo sviluppo del settore dell'ingegneria clinica, la politica degli acquisti sviluppata in Area vasta Emilia Nord, l'implementazione del sistema aziendale di gestione del rischio e la partecipazione al progetto di ricerca finalizzata "La gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie", l'integrazione con l'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma, la politica del personale e di sviluppo

Qualità dell'assistenza

organizzativo, i Dipartimenti ospedalieri, la riorganizzazione della pediatria territoriale, la riorganizzazione dei servizi che operano nell'area del disagio mentale e delle dipendenze, la contrattazione integrativa aziendale, gli sviluppi della formazione (come progetto di innovazione).

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

Premesso che la partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa, la valorizzazione del capitale umano e lo sviluppo di competenze idonee a garantire adeguati livelli di qualità possono avvenire attraverso modalità organizzative e percorsi volti a costruire l'assunzione di specifiche responsabilità, l'Azienda esplicita i livelli di partecipazione dei professionisti all'individuazione delle scelte strategiche in relazione a scelte di carattere programmatico, generale-gestionale, tecnico.

Le linee di programmazione per l'anno 2006 e le relative azioni di verifica sono state costruite dalla Direzione aziendale attraverso il confronto con i professionisti nell'ambito dei Dipartimenti afferenti all'Area del governo clinico o all'Area del governo economico-finanziario. A livello generale-gestionale, il Collegio di Direzione rappresenta l'organo in cui i professionisti assicurano alla Direzione generale il supporto per la programmazione e la valutazione dell'attività, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, per la valorizzazione delle risorse umane, per la formulazione dei programmi di formazione. Nel 2006 il Collegio di Direzione ha tenuto 10 sedute, affrontando temi inerenti la programmazione aziendale (Piano delle azioni e bilancio di previsione 2006, piano degli investimenti, politica del farmaco, accordo di fornitura, verifica del Piano delle azioni 2005, attività dei Programmi Salute immigrati, Cure primarie e Assistenza specialistica, Fondo regionale per la non autosufficienza); l'organizzazione aziendale; l'avvio di progetti di qualificazione e innovazione (programma delle attività di ricerca e innovazione, gestione dei dati sensibili, accordo con i MMG, Progetto Stomie, Progetto *Health technology assessment*, gestione del rischio); sviluppo organizzativo e politiche del personale.

A livello tecnico la partecipazione dei professionisti si è esplicata nell'ambito di organismi di carattere collegiale finalizzati a definire le linee dell'attività aziendale e a realizzare il governo clinico (Commissione aziendale per la politica del farmaco, Comitato etico aziendale) o attraverso gruppi di lavoro per l'elaborazione di linee di indirizzo aziendali e gruppi di lavoro interaziendali.

Premettendo che la sicurezza è un valore associato al lavoro e può essere perseguita solo con l'impegno di tutti gli operatori interessati al processo di organizzazione e svolgimento del lavoro, il Bilancio di missione illustra gli interventi fatti dall'Azienda in materia di:

Professionisti nel
governo dell'Azienda

Sicurezza
e gestione dei rischi

- valutazione dei rischi: nel corso degli anni 2004/2005 sono stati predisposti gli aggiornamenti ai documenti di valutazione dei rischi per tutte le articolazioni aziendali (Distretti e presidi ospedalieri). Nel 2006 sono stati affrontati come argomenti di particolare rilievo: la valutazione del rischio biologico, l'analisi delle postazioni in cui si utilizza un videoterminale, l'individuazione dei dispositivi di protezione individuali;
- gestione delle emergenze: sono stati completati i piani di emergenza delle sedi aziendali. Sono stati organizzati e condotti sia i corsi di addestramento di base antincendio, sia specifici incontri formativi in materia di emergenza incendio con simulazioni di situazioni di emergenza.

Sono state elaborate schede statistiche annuali degli infortuni di cui il Bilancio riporta in dettaglio: forme di infortuni più frequenti, indice di frequenza, indice di incidenza, indice di gravità, infortuni a rischio biologico per articolazione aziendale e per tipologia. Nel confronto tra il 2005 e il 2006 emerge un leggero aumento degli infortuni (107 nel 2005 e 110 nel 2006) e un aumento delle giornate perse (1.952 nel 2005, 2.741 nel 2006). Sono stati visitati 951 dipendenti, sono stati emessi 16 giudizi di non idoneità permanente e 14 di inidoneità temporanea.

Per "affrontare nel giusto contesto il tema della valorizzazione dei professionisti sanitari e tecnici", l'Azienda ha avviato la sperimentazione della Direzione infermieristica di alcune strutture ad alta valenza assistenziale, come l'*hospice* e la lungodegenza. In altri contesti è stata assegnata la responsabilità di progetti specifici a professionisti dell'area assistenziale. Le aree e i progetti interessati sono: *hospice*, lungodegenza, stomatoterapia, Dipartimento di cure primarie, specialistica ambulatoriale, Salute donna e bambino, blocco operatorio del Presidio ospedaliero di Fidenza, salute mentale, dialisi, Programma geriatria territoriale, accreditamento.

Ridefinizione
dei ruoli professionali

Il BdM 2005 descrive il sistema di valutazione delle competenze e di sistemi premianti attivato dall'Azienda per incarichi dirigenziali, retribuzione di risultato, incentivazione alla produttività e progressione (orizzontale e verticale), nonché funzioni e attività del Nucleo interno di valutazione.

Valutazione
delle competenze

L'Azienda - si afferma del Bilancio di missione - mantiene focalizzata l'attenzione sul versante del dialogo con le organizzazioni collettive di rappresentanza dei lavoratori, dando primaria importanza all'utilizzo di strumenti di ascolto e coinvolgimento adatti a mettere in luce le reali esigenze dei lavoratori e a fornire momenti concreti di partecipazione. L'attività sui tre tradizionali tavoli di confronto (dirigenza medico-veterinaria; dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, e personale del comparto) ha affrontato temi critici e fattori complessi, che in larga parte hanno trovato una risoluzione approvata in comune. Il documento riporta gli accordi sindacali sottoscritti suddivisi per area negoziale.

Sistema di relazioni
tra Azienda e
personale

Il Piano aziendale di formazione ha costituito, anche per il 2005 e il 2006, il principale documento aziendale di indirizzo per la programmazione di eventi formativi. Il Piano ha privilegiato l'organizzazione di eventi formativi residenziali, fatta salva la necessità di prevedere anche la frequenza a corsi esterni in quanto finalizzati all'apprendimento di tecniche innovative e di nuovi modelli organizzativi, nonché al confronto con le altre realtà e diverse modalità operative e gestionali. La tendenza a connotare l'attività formativa per progetti ha fatto sì che l'Azienda investisse nel 2006 in modo specifico su tale metodologia attraverso il Progetto Ponte, la cui finalità è quella di fornire linee guida metodologiche chiare e univoche per la stesura dei progetti aziendali e supportare l'elaborazione di importanti progetti per garantire integrazione (tra le professionalità) e trasversalità (tra le strutture). Nei due documenti vengono riportati i dati di attività del biennio considerato. L'Azienda ha attivo un Corso di laurea in infermieristica e collabora al Corso di laurea in fisioterapia. Nel 2006, 140 dipendenti hanno esercitato un ruolo di tutorato per 22.400 ore; 25 dipendenti hanno svolto attività di docenza per complessive 500 ore; 50 sono stati i coordinamenti tecnico-pratici per 1.100 ore; 150 studenti sono stati ammessi alle strutture aziendali. L'Azienda collabora all'organizzazione di 6 Master e alla Laurea specialistica in infermieristica ed ostetrica. Ha in atto una convenzione con l'Università degli studi di Parma in materia di ricerca-azione e didattica per interventi psicologici e neuropsicologici, e con l'Università di Padova per tirocini post-laurea. Ha consolidato i rapporti di collaborazione con Enti di formazione provinciali (Consorzio Forma Futuro, IAL, ENAIP).

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Il Servizio Comunicazione si pone come perno di una rete aziendale di informazione e di ascolto. Una delle guide complessive dell'attività di informazione/comunicazione all'interno dell'Azienda è il Piano di comunicazione, che viene redatto annualmente e rappresenta l'espressione delle azioni da sviluppare. Un altro strumento significativo è il documento consuntivo della comunicazione aziendale, ovvero il dossier annuale delle attività realizzate, che fornisce una visione sistematica della comunicazione in uscita (attività realizzate) e in entrata (l'ascolto).

La comunicazione per l'accesso ai servizi è quella su cui si concentra l'attenzione maggiore dell'Azienda per una co-responsabilizzazione del cittadino-utente nella gestione della propria salute e nell'orientamento appropriato delle scelte programmatiche e gestionali. In questa direzione l'azione dell'Azienda ha teso da un lato alla crescita delle funzioni di coordinamento (attraverso il consolidamento delle relazioni con i Comitati

consultivi misti e le attività degli Uffici per le relazioni con il pubblico), dall'altro allo sviluppo di strumenti informativi con l'uso di modalità multimediali centrate sull'utente.

I rapporti tra Azienda e Comitati consultivi misti hanno consentito la condivisione sulle progettualità relative alle scelte organizzative e una particolare attenzione ai temi della promozione della salute e dei percorsi di accesso per i cittadini. URP e CCM si sono occupati della revisione della cartellonistica, della redazione di opuscoli, dell'organizzazione di incontri coi cittadini. Hanno collaborato al percorso formativo degli operatori di *front office*, alla ridefinizione della Carta dei Servizi, alla definizione di standard di qualità e ai progetti di *audit* civico. Il campo d'azione per la sperimentazione dell'*audit* civico sono stati l'Ospedale di Fidenza - San Secondo e il Distretto di Fidenza. La presentazione conclusiva alla Direzione distrettuale e aziendale ha permesso di verificare i risultati ottenuti a seguito dei percorsi messi in atto dall'accreditamento.

La produzione informativa aziendale a garanzia dell'accessibilità è stata caratterizzata nei due anni dallo sviluppo degli strumenti classici e dei servizi *web*. Il 2006 ha visto la totale revisione del sito internet aziendale sotto il profilo informatico e sotto quello dei contenuti. In sottosezioni del sito è possibile accedere al Progetto Prove di volo e a informazioni/servizi dello Spazio Giovani, nonché alla sottosezione autonoma dello Sportello unico distrettuale.

Nel corso del 2006 l'Azienda ha avviato il percorso di revisione della Carta dei Servizi.

I prodotti più significativi rivolti all'accesso, accoglienza e informazione sono stati: guide informative, pieghevoli, locandine, *brochure*, convenzione con Seat Pagine Bianche per 2 pagine dell'elenco telefonico (più rimandi ai singoli comuni), Pagine Gialle *on line*/internet.

La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza trova una sua importante collocazione nelle interazioni attive tra Azienda e cittadini (anche attraverso le loro rappresentanze) per poter attuare scelte consapevoli. I temi delle azioni aziendali hanno riguardato lo sviluppo di interazioni informative tra MMG e struttura sanitaria per il miglioramento del percorso di cura (progetto SOLE) e i lavori di allineamento con le banche dati del Numero verde regionale.

Comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

L'attività è stata indirizzata in via prioritaria agli organi di informazione e alle relazioni istituzionali. Si è caratterizzata con attività di tipo giornalistico (comunicati stampa ed emittenti TV) e per le azioni di programmazione negoziata nei vari contesti provinciali.

Comunicazione per la scelte di interesse della comunità

La comunicazione interna è stata consolidata dall'Azienda attraverso due direttrici: lo sviluppo di strumenti per la diffusione parcellizzata delle informazioni a tutti gli operatori, e la comunicazione tendente a favorire la riduzione dell'incertezza e della diffidenza verso aspetti organizzativi. Vengono in tale ambito richiamati nel Bilancio di missione: la *newsletter Flash d'Azienda*, la rete intranet e la rassegna stampa, l'accesso alle biblioteche *on line*, l'attività comunicativa svolta attraverso l'organizzazione di convegni sia in ambito provinciale che nelle sedi distrettuali.

Ricerca e innovazione

L'Azienda USL di Parma ha attivato la funzione di ricerca e innovazione nel corso del 2005, individuando un dirigente medico referente. La finalità principale assegnata è quella di stimolare iniziative di ricerca e sviluppare azioni innovative con l'intento di renderle applicabili all'attività ordinaria. La funzione esercitata in *staff* alla Direzione sanitaria viene espletata con il concorso dei dipartimenti aziendali ospedalieri e territoriali sia nella fase di analisi e individuazione degli ambiti oggetto di ricerca e innovazione, sia nella pianificazione degli interventi e nella valutazione dei risultati in rapporto agli obiettivi. Le esperienze fin qui maturate si sono svolte sia in autonomia, sia in collaborazione con *partner* pubblici (Azienda ospedaliero-universitaria, Regione, Provincia, Ministero della salute), attraverso la realizzazione di programmi di promozione della salute mirati a diversi *target*, con particolare attenzione alla realtà ospedaliera, ai percorsi di integrazione ospedale-territorio, all'ambito domiciliare, alla rete socio-assistenziale.

Nel corso del 2005 ha preso l'avvio - e nel 2006 si è consolidata - la partecipazione dell'Azienda al Programma regionale ricerca e innovazione (PRI E-R), con momenti di formazione specifica e la partecipazione al Coordinamento affidato all'Agenzia sanitaria regionale. Tali attività hanno permesso un nuovo e più moderno approccio alla ricerca e innovazione attraverso la sistematicità di analisi e valutazione delle iniziative e loro coerenza/compatibilità con gli obiettivi strategici aziendali. Le altre iniziative fin qui realizzate hanno avuto un'impronta di legame saldo con la specifica realtà territoriale cui facevano capo. Ciò ha comportato un forte riferimento al capitale sociale locale, che ha dato ragione della loro originalità e innovazione.

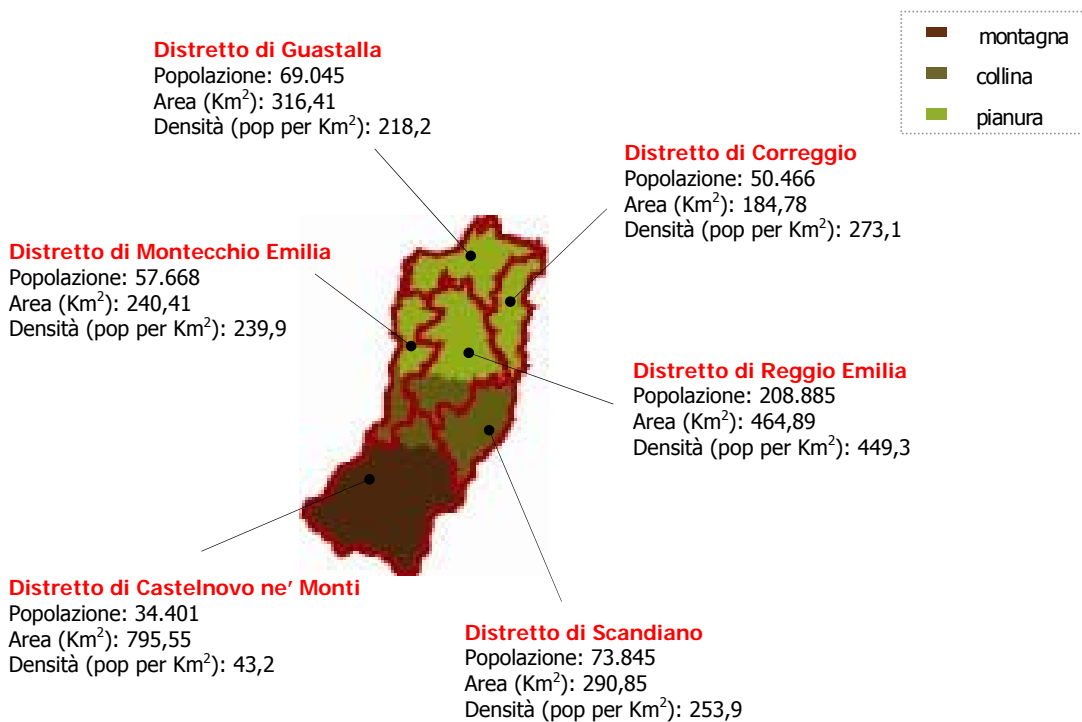
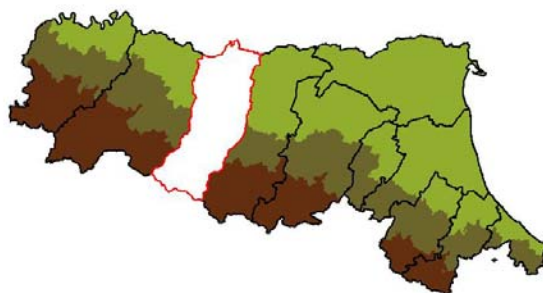
Nel 2006 l'Azienda ha inteso rafforzare l'infrastruttura anche attraverso il Progetto Ponte, un progetto di integrazione aziendale per governare - attraverso la formazione, la ricerca, l'accreditamento - i processi di cambiamento significativo all'interno dell'organizzazione. I due Bilanci di missione richiamano i progetti di modernizzazione sviluppati negli anni di riferimento.

La telemedicina è un progetto che ha la sua origine negli ambiti montani della provincia. Ha trovato un suo sviluppo, specie per quanto attiene la telecardiologia, nella rete delle strutture residenziali per anziani, nell'*hospice* e, più di recente, nella rete delle cure domiciliari. Tali strutture sono dotate di attrezzature collegate in via telematica con il reparto cardiologico del Presidio. L'Azienda ha in corso la realizzazione di analoga progettualità con la teleradiologia.

Nel Distretto sud est è in corso una sperimentazione di applicazione della domotica ad appartamenti protetti per anziani con parziale autosufficienza. Il Progetto A nostra cà si svolge in collaborazione con la Facoltà di ingegneria dell'Università di Parma, sulla base di una specifica convenzione con la Provincia e il Programma di geriatria territoriale.

Nel 2005 è stato ricostituito il Comitato etico, affidandone la presidenza a un docente universitario di bioetica dell'Ateneo di Parma. Nel 2006 è stato avviato un percorso per l'unificazione dei tre Comitati etici presenti in provincia (presso l'Azienda USL, l'Azienda ospedaliero-universitaria e l'Università). Il Comitato ha recuperato tutto l'arretrato di valutazione di progetti di *trial* clinici e si è posto nelle condizioni di affrontare temi di carattere più generale, emergenti dalle problematiche assistenziali tipiche di un'Azienda sanitaria territoriale.

Azienda USL di Reggio Emilia



| Comuni | Area (Km ²) | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 45 | 2.292,89 | 494.310 | 215,5 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006¹⁴

Il 2006 è il terzo anno di realizzazione del Bilancio di missione per l'Azienda USL di Reggio Emilia che è stata tra le cinque Aziende sperimentatrici del primo Bilancio di missione nel 2004.

È stato interpretato dall'Azienda come uno strumento di gestione: ha permesso - dice il Direttore generale nella sua presentazione del Bilancio di missione 2006 - di "rendersi conto" per "rendere conto" attraverso la fotografia del contesto demografico provinciale e delle condizioni socio-economiche della popolazione.

I bisogni di salute della popolazione orientano infatti l'organizzazione dei servizi sanitari da offrire. In questo senso è stato interpretato come documento attraverso cui l'Azienda cerca di rafforzare la coerenza tra i diversi strumenti di programmazione e rendicontazione esistenti, di livello aziendale e distrettuale."

L'edizione del Bilancio di missione 2006 prevede in apertura a ciascuna sezione una sintesi sui principali aspetti che la caratterizzano e in chiusura un breve collegamento alla sezione successiva, che evidenzia il legame tra le diverse parti del documento. Nella sezione 7 vengono esposti i risultati relativi a: popolazione anziana, servizi per le dipendenze patologiche, popolazione disabile. La sezione 8 è dedicata all'Area vasta Emilia Nord (AVEN).

Mariella Martini

Direttore generale dell'Azienda USL di Reggio Emilia

Contesto di riferimento

La Provincia di Reggio Emilia ha un'estensione di 2.293 chilometri quadrati e una popolazione all'1/1/2006 di 494.310 residenti suddivisi in 45 Comuni, riuniti in sei Distretti sanitari. La densità abitativa è di 215,5 abitanti per Km². La città capoluogo ha 208.885 abitanti.

Territorio e ambiente

L'inquinamento atmosferico a Reggio Emilia è stato caratterizzato da una progressiva riduzione dei livelli di PM₁₀, espressi come media annuale, fino al 2005, mentre nell'ultimo anno si registra una crescita. Il numero di superamenti appare costantemente superiore al limite giornaliero previsto dalla normativa con un netto incremento negli ultimi due anni. In confronto con le altre province si rileva che nel 2006 il numero dei superamenti risulta quello più alto in assoluto, seguito da Modena e Forlì - Cesena. Pressoché costanti nel tempo sono invece i valori delle medie annuali di concentrazioni di biossido di azoto (NO₂), che non evidenziano *trend* decrescenti tali da portare, in assenza di interventi incisivi, a un avvicinamento al limite (40 µg/m³) da raggiungere entro il 2010. Il documento si sofferma sulle

¹⁴ <http://www.aUSL.re.it/Home/Custom.aspx?IDTerzaCategoria=187>

evidenze, ormai definite, incontrovertibili, coerenti e rilevanti, degli effetti acuti e cronici dell'inquinamento atmosferico sulla salute della popolazione e riporta in specifiche tabelle il numero di decessi e ricoveri che si sarebbero evitati nel 2005 se i valori medi di PM₁₀ fossero stati inferiori, elaborato sulla base delle stime di impatto sulla salute legate agli effetti a lungo termine e della metodologia descritta nella recentissima pubblicazione dell'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Reggio Emilia è la provincia che ha avuto il numero maggiore di nuovi residenti, sia nel 2004 (+9.427 unità, pari al 18,8% della crescita regionale complessiva), sia nel 2005 (+7.349 unità, pari al 20,3% della crescita regionale). L'incremento rilevante fa prevedere scenari demografici caratterizzati da una tumultuosa crescita, con una previsione al 2014 di una popolazione compresa tra 532.000 e 559.000 abitanti.

Popolazione

L'incremento avvenuto tra il 2000 e il 2006 (+10%) è il più alto in regione e riguarda tutti i distretti. Il Bilancio di missione sottolinea questi tre principali fattori: aumento della popolazione di età superiore ai 65 anni per prolungamento dell'età media; ripresa della natalità; incremento dell'immigrazione. Negli anni 1999-2005 la provincia presenta costantemente il più alto tasso di natalità della regione.

Reggio Emilia ha la più alta proporzione di residenti stranieri sul totale dei residenti. L'incremento nel periodo (8,4%) è il più alto della regione e riguarda tutti i distretti. Le classi di età più affollate sono quelle dei bambini e dei giovani adulti, con una preponderanza maschile ancorché contenuta. Gli anziani sono ancora assai pochi: il quadro è quello tipico di una popolazione di recente immigrazione che inizia a stabilizzarsi.

La popolazione in età pari o superiore a 65 anni a Reggio Emilia è in costante incremento, con un aumento dal 2000 al 2006 del 7,9%, di poco inferiore alla media regionale (8,6%). Tuttavia, contrariamente al dato regionale, la percentuale di popolazione anziana è in modesto decremento a causa dell'aumento di popolazione nelle età più giovani. Anche i grandi anziani (≥ 75 anni) sono in incremento in valore assoluto in regione e a Reggio Emilia, dove passano dai 49.204 del 2005 ai 50.106 del 2006. La popolazione con età pari o superiore a 85 anni, in lieve calo a Reggio Emilia come in regione a partire dal 2001, mostra nell'ultimo anno un lieve incremento.

Le famiglie costituite da un soggetto singolo sono in rapido incremento, anche se a Reggio Emilia il fenomeno si presenta con intensità di crescita lievemente inferiore alla media regionale e con livelli di partenza più bassi. Al censimento 2001 circa un quarto delle famiglie reggiane erano mono-componenti, delle quali ben il 53,6% era rappresentato da ultrasessantacinquenni, a fronte del 51,4% in Emilia-Romagna.

La provincia di Reggio Emilia è agli ultimi posti in regione per livello di istruzione, sia della scuola dell'obbligo (insieme con Modena e Ferrara presenta gli indici più bassi di adempimento nella popolazione di età 15-52 anni), sia della scuola media superiore (con Ferrara presenta il più basso indice di diplomati).

Condizioni socio-economiche

I tassi di attività e occupazione sono costantemente superiori alla media regionale. La rilevante occupazione nell'industria e la tenuta in agricoltura appaiono come una peculiarità della provincia. Nel 2005 risultano occupati 20.000 lavoratori stranieri, che rappresentano l'8,8% del totale degli occupati (vs il 6,6% regionale).

Nonostante un aumento dal 2003 al 2005 percentualmente superiore a quello regionale, il reddito medio pro capite (€ 19.400) risulta uno dei più bassi tra le province emiliano-romagnole, superiore solo a quello di Rimini. La spesa per consumi finali delle famiglie è la più bassa in assoluto in tutta la Regione.

La mortalità non presenta aspetti particolari rispetto a quella regionale, salvo alcune variazioni limitate a singoli anni. La mortalità per tumore appare sovrapponibile a quella regionale, anche se, almeno per le donne, negli ultimi tre anni appare in modo costante leggermente inferiore. La mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio è più elevata nel sesso femminile; la provincia registra un dato lievemente superiore a quello regionale nei primi tre anni considerati e sovrapponibile in quelli più recenti. Infine, per malattie dell'apparato respiratorio, Reggio Emilia registra una mortalità - in alcuni anni in maniera molto evidente - superiore a quella regionale nel sesso maschile.

Osservazioni epidemiologiche

Un recente studio longitudinale reggiano (Candela *et al.*, 2005) mostra che nei maschi la mortalità generale cresce costantemente e progressivamente dalla classe più istruita ai soggetti privi di titolo di studio e il rischio diventa significativo dalla scuola media inferiore in poi. Nelle classi di età più avanzate - 60-74 anni e, ancora di più, in quella dei grandi anziani (>74 anni) - il differenziale di mortalità tra le categorie è meno spiccato rispetto ai giovani: il rischio cresce costantemente e in modo regolare ma diventa significativo solo nelle persone meno istruite.

La mortalità infantile negli ultimi anni è tra le più alte in Emilia-Romagna, anche se nel periodo più recente si è ridotta la differenza con la media regionale. Appare significativamente più elevata nei soggetti di origine non comunitaria; la mortalità neonatale è sostanzialmente simile nei due gruppi, mentre l'eccesso risulta statisticamente significativo per la mortalità post-neonatale, in cui il rischio è tre volte superiore. L'entità del fenomeno spiega tuttavia solo in parte l'eccesso che si registra in provincia rispetto

alla regione, in quanto, anche al netto degli stranieri, permane una mortalità più elevata.

La regione presenta tassi di incidenza per AIDS nettamente superiori a quelli nazionali, mentre l'incidenza nella provincia di Reggio Emilia risulta in genere ad essa inferiore o sovrapponibile. In materia di sorveglianza sulla tubercolosi, il numero di casi notificati cresce costantemente dal 2000 al 2003, con una lieve riduzione nel 2004 e una ripresa nel 2005 e 2006. Nell'intero periodo i distretti che presentano una maggiore incidenza sono quelli di Guastalla e di Correggio, dove è maggiormente rilevante il fenomeno dell'immigrazione.

Il documento presenta poi in una serie di grafici i dati di incidenza e di sopravvivenza dei tumori maligni riferiti a Reggio Emilia a confronto con tutti i Registri accreditati dall'Associazione italiana Registri tumore.

L'incidenza degli infortuni sul lavoro a Reggio Emilia appare in costante calo a partire dal 2000, con un *trend* analogo a quello della maggior parte delle province della regione. La standardizzazione per comparto produttivo colloca Reggio Emilia tra le province con il più basso indice di incidenza.

Sicurezza

Nel documento si sottolinea tuttavia il maggior rischio di infortuni sul lavoro dei lavoratori stranieri rispetto agli italiani: in un comparto relativamente stabile e strutturato come quello della lavorazione del metallo, a Reggio Emilia il rischio di infortunio per gli immigrati è del 60% più elevato di quello degli italiani.

Alla salute della popolazione straniera, data la sua numerosità¹⁵ è dedicato il Capitolo 1.8 che richiama lo specifico rapporto sulle modalità di ricorso ai servizi sanitari e condizioni di salute della popolazione immigrata, anche in rapporto alla peculiarità delle singole nazioni di origine (Candela *et al.*, 2006).

Profilo aziendale

Gli esercizi 2002 e 2003 sono stati chiusi entrambi con il pareggio di bilancio. Il 2004 ha invece chiuso con una consistente perdita, dovuta principalmente al rinnovo dei contratti del personale dipendente. Essa ha influito in minima parte (solo il 2,5%) sul complessivo disavanzo regionale.

Nel 2006 l'Azienda ha continuato la propria politica sanitaria in linea con gli indirizzi regionali e in accordo con la programmazione della Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Ha chiuso l'esercizio nel rispetto del vincolo fissato: il pareggio di bilancio al netto degli ammortamenti. A fronte di un

Sostenibilità
economica

¹⁵ Reggio Emilia è la quinta provincia italiana per presenza di stranieri.

incremento dei finanziamenti del 4,4%, si sono registrati maggiori costi per il 5,4%, dovuti all'incidenza dell'applicazione dei rinnovi contrattuali e delle convenzioni con i medici di medicina generale.

Nello svolgimento della propria attività l'Azienda produce un impatto, prevalentemente sul territorio provinciale, che va al di là di ciò che è direttamente connesso con il perseguimento della sua missione istituzionale. Le tabelle annesse al Bilancio di missione espongono i dati relativi al contributo dell'Azienda sia all'occupazione,¹⁶ sia all'economia (provinciale e regionale) per acquisto di beni e servizi¹⁷ ed emolumenti al personale.¹⁸ L'Azienda intrattiene inoltre rapporti convenzionali e contrattuali con le cooperative sociali, di cui riconosce "l'importanza e la funzione sociale"; il BdM riporta i dati relativi alla gestione di progetti di:

- inserimento lavorativo a scopo terapeutico;
- accoglienza semi-residenziale e residenziale;
- accoglienza di singoli utenti;

e alla gestione di attività di volontariato e di socializzazione.

Nel documento vengono quindi richiamati gli interventi effettuati sul patrimonio artistico e culturale aziendale e le iniziative promosse in collaborazione con altri enti (in particolare sui temi della salute mentale).

Quanto ai livelli essenziali di assistenza, l'Azienda pone a confronto da un lato il finanziamento pro capite ponderato per i cittadini residenti nel suo territorio con quello medio regionale (in serie triennale),¹⁹ dall'altro il costo per singolo livello e sub-livello di assistenza, come rapporto tra risorse assorbite e popolazione assunta a base del finanziamento.²⁰ Il costo complessivo pro capite ponderato è il più basso nella regione e rimane tale nei tre anni, con una leggera flessione dello scostamento nell'ultimo anno. Il costo pro capite aziendale per il livello sanità pubblica è stato superiore

Impatto sul territorio

LEA
costi

¹⁶ I dipendenti nel 2006 sono 3.880 su 228.000 mediamente occupati in provincia; i residenti nel territorio sono 3.269.

¹⁷ Per beni e servizi l'Azienda si avvale di ditte con sede legale in provincia per oltre 9 milioni di Euro, in Emilia-Romagna per oltre 14 milioni e in altre regioni per 77 milioni.

¹⁸ Il volume degli emolumenti supera i 170 milioni di Euro per i dipendenti e i 48 milioni di Euro per i convenzionati.

¹⁹ Lo scostamento nel finanziamento ponderato pro capite dell'Azienda USL vs Regione è stato pari a -3,4% nel 2003, -4,3% nel 2004 e -4,6% nel 2005. La popolazione reggiana, più giovane di quella regionale, spiega il risultato osservato.

²⁰ Dal confronto emerge uno scostamento nel costo pro capite ponderato dell'Azienda USL vs Regione pari a -5,7% nel 2003, -4,9% nel 2004 e -5,9% nel 2006.

al dato medio regionale fino al 2003, per assestarsi sulla media regionale nel 2004 e a -1,3% nel 2005. Il costo per il livello assistenza distrettuale è inferiore al costo medio regionale (minore costo in assoluto fino al 2004, secondo minor costo osservato nel 2005). Al suo interno tuttavia, i costi pro capite per le aree della medicina di base, neuropsichiatria infantile, dipendenze patologiche, anziani, sono superiori; sono invece nettamente inferiori i costi per assistenza farmaceutica, specialistica, salute donna e infanzia, assistenza ai disabili. Il costo per il livello assistenza ospedaliera è inferiore a quello medio regionale e rimane tale nei tre anni osservati.

I risultati osservati negli ultimi sei anni per i programmi di *screening* relativi a collo dell'utero e mammella sono positivi per quanto riguarda l'avanzamento del programma e l'adesione della popolazione *target*. Nel 2006 per tutti i tre programmi²¹ l'Azienda ha previsto l'invito non solo della popolazione residente, ma anche di quella domiciliata, allo scopo di favorire un maggiore coinvolgimento della popolazione immigrata. Sono stati attivati progetti in collaborazione con la Casa circondariale, al fine di offrire percorsi di *screening* a tutte le detenute e ai detenuti, indipendentemente dal domicilio. I dati relativi ai primi 18 mesi di attività del programma di *screening* per il tumore del colon retto hanno mostrato ottimi risultati, con un'adesione complessiva del 63,3%,²² a fronte di una media regionale - sovrapponibile al dato nazionale - del 45,6%. Al 75% delle persone chiamate a sottoporsi a colonscopia, l'Azienda ha assicurato l'esame entro 35 giorni dal referto di test del sangue occulto positivo. L'adesione al percorso di secondo livello è stato di oltre il 93%, con 3.750 colonscopie eseguite.

assistenza collettiva

Per quanto riguarda la copertura vaccinale nei bambini, nel 2006 sono state introdotte altre due vaccinazioni facoltative,²³ con notevoli risultati: l'adesione è stata di poco inferiore a quella della vaccinazione obbligatoria. Nella campagna 2005-2006 la copertura vaccinale antinfluenzale nei soggetti di età superiore a 64 anni è stata del 76,2%, raggiungendo e superando così per la prima volta l'obiettivo nazionale.

In relazione al tema dei controlli sugli ambienti di lavoro, si osserva che in provincia permane una realtà produttiva fortemente frammentata, diffusa sul territorio e ripartita tra più comparti produttivi. Le prescrizioni hanno un andamento sostanzialmente costante nel corso degli anni; le aziende ottemperano alle prescrizioni con percentuali superiori al 90%. In tema

²¹ Tumore al collo dell'utero, tumore della mammella e prevenzione del tumore del colon retto.

²² L'adesione è stata maggiore nelle donne (65,6%), rispetto a quella degli uomini (60,6%). La percentuale di positività presenta un forte divario tra i due sessi: 5,1% nelle donne, 8,3% negli uomini.

²³ Antipneumococcica 7-valente a tutti i nuovi nati e antimeningococcica C ai nati dal gennaio 2005.

di sicurezza alimentare, il piano di lavoro 2005 ha previsto un aumento del controllo di alcuni settori di ristorazione collettiva a utenza sensibile. Nel 2006 è stato rilasciato l'attestato di formazione a 8.283 alimentaristi. Il Bilancio di missione 2006 riporta i risultati dell'analisi effettuata dall'Azienda sull'andamento del livello igienico nel settore della ristorazione collettiva di grandi dimensioni o rivolta a utenza sensibile.

Per quanto riguarda il controllo sugli allevamenti, nel 2006 sono stati registrati focolai di alcune malattie infettive che hanno determinato un aumento anche importante del numero dei controlli negli allevamenti.

Il Bilancio di missione 2006 descrive l'assetto organizzativo, riportando la mappa delle strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sui sei territori distrettuali. L'aumento dei posti residenziali²⁴ è motivato con la necessità di corrispondere alle esigenze di residenzialità delle persone con gravissima disabilità acquisita in età adulta. Le aree tematiche relative ad anziani, salute mentale e dipendenze patologiche, disabilità, vengono trattate con specifici approfondimenti nella sezione 7 del documento.

assistenza distrettuale

Per quanto riguarda la rete delle cure domiciliari, ADI e *hospice*, la provincia di Reggio Emilia è mediamente più giovane rispetto al resto della regione, e ciò giustifica le percentuali inferiori nella fasce di età superiori agli 80 anni. Si registra un aumento delle percentuali dei pazienti tra i 15 e 74 anni.²⁵ Dalla lettura congiunta dei due grafici inseriti nel BdM 2006²⁶ emerge che, a fronte di una diminuzione del numero di casi, si è registrato un aumento della complessità assistenziale dei pazienti assistiti a domicilio.

L'Azienda ha avviato la sperimentazione di una cartella unica, la scheda territoriale integrata, sui casi complessi.

L'*hospice* Casa Madonna dell'Uliveto è una struttura dotata di 12 posti letto. I dati di attività evidenziano un aumento dei dimessi dal 2002 al 2006 (da 158 a 204) e una degenza sostanzialmente costante (21 giorni).

L'attività dei consultori si caratterizza per una presa in carico globale e un approccio multidisciplinare ai bisogni della donna. Le aree di intervento sono: gravidanza fisiologica, puerperio, prevenzione dei tumori femminili. Nel 2005 è stato attivato il progetto della presa in carico diretta delle gravidanze fisiologiche da parte del personale ostetrico mediante un protocollo clinico-assistenziale unico a livello

²⁴ I posti letto passano da 234 a 288 in centri diurni e da 85 a 127 in centri residenziali.

²⁵ L'incremento assistenziale sui bambini cronici è aumentato dalle 20 ore settimanali nel 2002 alle 120 ore medie nel 2005 e alle 130 ore medie nel 2006.

²⁶ Grafico "Percentuale di pazienti assistiti in assistenza domiciliare per classi di età" e Grafico "Percentuale di tipologia di assistenza domiciliare (TAD) per livello di intensità assistenziale" a pag. 103 del Bilancio di missione 2006.

aziendale. Il progetto è stato consolidato nel 2006. Si conferma il *trend* incrementale delle donne seguite in gravidanza,²⁷ con una *performance* superiore alla media regionale. Anche la percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari registra un significativo incremento e un dato superiore alla media regionale.²⁸

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, l'Azienda ha centrato l'obiettivo del contenimento della spesa farmaceutica territoriale: la spesa netta pro capite pesata è la più bassa della regione, con uno scarto dell'11,2% nel 2005 e del 10,81% nel 2006 dal costo medio regionale. I consumi in DDD (dose media giornaliera) per 1.000 abitanti pesati mostrano che l'Azienda ha un consumo inferiore al valore di riferimento regionale, a esclusione di alcuni gruppi.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale emerge una situazione di elevato consumo di visite rispetto alla media regionale, in particolare per quanto riguarda le prime visite. Nel corso del 2006 è aumentato il consumo globale di prestazioni terapeutiche a livello sia provinciale che regionale, ma l'aumento della domanda è proporzionalmente maggiore a Reggio Emilia che in regione.²⁹ Il consumo di prestazioni di diagnostica per immagini risulta più elevato rispetto alla media regionale, mentre il consumo di prestazioni di laboratorio si mantiene al di sotto in tutto il triennio osservato. Nella provincia sono state erogate prestazioni di visita specialistica e di diagnostica nei tempi previsti dalla normativa con una percentuale superiore alla media regionale.

Nell'ambito della dotazione di posti letto per l'assistenza ospedaliera, un settore ancora carente è quello della lungodegenza-riabilitazione estensiva, potenziata anche nel 2006 con un'ulteriore riqualificazione di posti letto per acuti e un progetto sperimentale di riconversione in riabilitazione estensiva di posti letto presso la RSA di Albinea.

assistenza ospedaliera

Nonostante i tassi di ospedalizzazione siano calcolati sulla popolazione all'1/1/2005, senza tenere quindi conto del suo *trend* incrementale, il tasso di ospedalizzazione ordinario è significativamente inferiore alla media regionale e quelli in *day hospital* (medico e chirurgico) sono superiori, ma si consolidano a livelli inferiori a quelli degli anni precedenti per l'attivazione di percorsi di *day service*.

²⁷ La percentuale di donne seguite in rapporto al numero di nati da donne residenti passa dal 37,6% nel 2001, al 46,9% nel 2005.

²⁸ La percentuale di donne gravide immigrate è passata dal 41,2% nel 2001 (vs 31,1% in regione) al 51,4% (vs 46% in regione).

²⁹ L'incremento è determinato in parte dall'aumento di prestazioni odontoiatriche, in applicazione del Programma regionale di cui alla Delibera di Giunta regionale 2678/2004.

L'obiettivo dei tempi di attesa stabiliti dall'accordo Stato-Regioni (50% entro 90 giorni e 90% entro 180 giorni) è stato conseguito, sia nel presidio ospedaliero aziendale che nelle strutture private accreditate. Per il trattamento della patologia oncologica, sia in ambito medico che chirurgico, si mantiene una *performance* generalmente attestata tra il 93% e il 97%. I casi che non rientrano nei tempi previsti riguardano situazioni particolari, che hanno richiesto complessi percorsi diagnostici pre-operatori.³⁰ L'obiettivo di garantire l'intervento per protesi d'anca entro 3 mesi nel 50% dei casi ed entro 6 mesi nel 90% dei casi è stato raggiunto parzialmente nel 2006, mentre è stato raggiunto e superato l'obiettivo del 90% entro i 180 giorni. In termini numerici la *performance* aziendale è stata superiore all'anno precedente.

Per il Piano sangue, a fronte di un aumento della raccolta dell'8% nel quadriennio 2002-2005 e del 2,2% nel 2006 rispetto all'anno precedente, le unità rosse consumate sono calate del 2% nel quadriennio e dello 0,5% nell'anno, a indicare un uso più appropriato in ambito assistenziale.

L'Azienda sottolinea di avere adottato principi e strumenti del governo clinico come elementi strategici per la programmazione sanitaria in funzione dell'interesse della comunità. A questo fine - si legge nel documento del 2006 - sono stati coinvolti professionisti nello sviluppo e nell'applicazione del sistema qualità previsto dall'accreditamento, di percorsi clinico-assistenziali, della pratica della medicina basata sulle evidenze e di programmi di *audit* clinico.

Indicatori di qualità

Vengono quindi presi in considerazione gli indicatori di qualità proposti dalle linee guida. Nel triennio si conferma il dato significativo di una mortalità per infarto miocardico acuto inferiore alla media regionale. L'indicatore basso peso alla nascita ogni 1.000 nati evidenzia un incremento sia in ambito provinciale sia in ambito regionale (45,05 vs 51,04 della regione nel 2004; 51,82 vs 52,83 nella regione nel 2006); esso può segnalare un problema di accesso alle cure prenatali, in quanto rappresenta indirettamente la qualità dell'assistenza durante la gravidanza. L'aumento della percentuale dei parti con taglio cesareo sul totale dei parti è un problema ampiamente diffuso. In Italia la percentuale è stata del 35,8% nel 2002 e del 38% nel 2004, mentre quella dell'Emilia-Romagna è stata rispettivamente del 30,85% e del 30,72% (30,39% nel 2005, 30,72% nel 2006). In provincia la percentuale nei due anni è rispettivamente del 31,05% nel 2002 e del 32,67% nel 2004

³⁰ La Delibera di Giunta regionale 1532/2006 "Piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa" prevede espressamente per la patologia oncologica queste evenienze e chiarisce che dal conteggio dei tempi d'attesa viene escluso il tempo necessario per eventuali terapie adiuvanti o preparatorie all'atto chirurgico.

(31,58% nel 2005, 32,39% nel 2006). I dati provinciali,³¹ analizzati con riferimento al 2005, mostrano una situazione significativamente diversa per sede ospedaliera, ragione che ha indotto le due Aziende sanitarie della provincia ad attivare un *audit* tra i professionisti. A fronte di un progressivo aumento dei tassi di copertura vaccinale anziana e a rischio, in un confronto sul periodo dell'ultimo quinquennio si nota una significativa riduzione del tasso di ricovero per polmonite e influenza sulla popolazione anziana, con un dato inferiore alla media regionale. Se si considera che la prevalenza del diabete è in costante aumento essendo collegata all'invecchiamento progressivo della popolazione, il dato relativo alle complicanze a breve - che passa da 0,80 nel 2000 a 0,51 nel 2004 - depone per una migliore appropriatezza ed efficacia nell'assistenza al paziente diabetico, con una focalizzazione sulla prevenzione e sulla diagnosi tempestiva e precoce. Per le complicazioni a lungo termine, dopo un triennio di costante aumento, nel 2006 si registra una diminuzione sia in regione che in provincia.

Per quanto riguarda i ricoveri evitabili per alcune patologie, l'Azienda presenta dati migliori sull'asma, sulla patologia respiratoria cronica ostruttiva, sullo scompenso cardiaco e sull'ipertensione, mentre registra un dato significativamente superiore ai dati di riferimento regionali per il diabete mellito. Se si considerano i dati relativi ai residenti ovunque ricoverati, si conferma un dato di maggiore appropriatezza rispetto alla media regionale per lo scompenso cardiaco, l'ipertensione e le malattie polmonari cronic-ostruttive; si ridimensiona la differenza per il diabete; si pareggia il dato rispetto all'asma.

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Il Bilancio di missione 2005 ha messo in evidenza come i contenuti programmatici condivisi a livello provinciale si basino sull'integrazione e specializzazione degli ospedali della provincia e sul consolidamento della rete di servizi sanitari e socio-sanitari integrati sul territorio. In ogni Distretto viene elaborato, fin dal 2003, il Programma delle attività territoriali (PAT) e i Piani di zona 2005-2007 hanno comportato un impegnativo percorso di confronto dell'Azienda con gli Enti locali e con le agenzie esterne del privato *no profit* (cooperazione sociale, associazionismo, IPAB). Nella costruzione dei Piani di zona si è tenuto conto - sottolinea il documento - dell'indicazione formulata dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria circa l'adozione di un'unica strategia che "prevedesse l'integrazione di questo strumento di programmazione con il Piano per la salute".

³¹ I dati sono tratti dal flusso regionale CEDAP, che consente di valutare la *performance* dei diversi punti nascita secondo 10 parametri.

A testimonianza della partecipazione degli EELL alla programmazione sanitaria, il BdM 2006 riporta i temi principali trattati dalla CTSS e dai Comitati di Distretto. Specifiche schede illustrano i progetti realizzati per ognuna delle quattro aree prioritarie individuate dalla CTSS nell'ambito delle azioni del Piano per la salute:

- Riappropriarsi di stili di vita quotidiani più salutari;
- Le giovani generazioni: la salute tra progetto sociale e libertà individuale;
- Riconoscere le differenze culturali per promuovere la salute e sviluppare la coesione sociale;
- Affrontare e gestire il disagio psichico in una società solidale.



Enti locali
e programmazione
sanitaria

In linea con gli orientamenti regionali, l'Azienda riconosce al cittadino - in quanto titolare del diritto alla salute - un ruolo attivo di partecipazione alla definizione dell'organizzazione dei servizi sanitari e della loro valutazione. Con questa premessa, nel Bilancio di missione 2006 l'Azienda illustra il sistema di monitoraggio del grado di soddisfazione degli utenti, al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati. Riporta l'esperienza e l'attività dei Comitati consultivi misti presenti in ogni Distretto dell'Azienda USL e rinnovati nella loro composizione nel 2006; riferisce delle modalità sistematiche adottate per l'ascolto e la partecipazione dell'utente al miglioramento dei servizi sanitari; riferisce della propria partecipazione nel 2005-2006 al progetto dell'Agenzia sanitaria regionale di *audit* civico, di cui riporta in forma grafica la sintesi dei risultati per i tre livelli indagati (aziendale, assistenza ospedaliera, cure primarie).

Centralità
del cittadino

Oltre alle iniziative con i Comitati consultivi misti, l'Azienda richiama la collaborazione, consolidata e diffusa, con le associazioni di volontariato e con i familiari dei pazienti su moltissime problematiche complesse di salute. La provincia è d'altronde particolarmente ricca di associazioni di volontariato impegnate in moltissimi ambiti (disabilità, patologie oncologiche, malattie croniche, patologie neurologiche, ecc.). Il BdM 2006 riporta le principali attività svolte nell'ambito del coinvolgimento dei giovani in attività di volontariato, e del coinvolgimento dei familiari e delle loro associazioni nell'area della salute mentale e nell'ambito delle tossicodipendenze.

In tema di universalità ed equità d'accesso, nel 2005 l'Azienda ha sviluppato il lavoro di analisi-intervento sulle disuguaglianze, che si è compendiate nella produzione del Rapporto *Condizioni socio-economiche e mortalità nella popolazione di Reggio Emilia* e nell'avvio di un'indagine sulla sopravvivenza degli ammalati di tumore, in relazione alle loro condizioni socio-economiche.

Universalità
ed equità d'accesso

È proseguito il percorso avviato nel 2004 teso a dare sistematicità e organicità alle azioni preventive rivolte a soggetti particolarmente disagiati, tra cui gli immigrati. Si è data priorità ad alcuni problemi particolarmente critici, quali - nell'ambito della sanità pubblica - l'aumento dei casi di scabbia, tubercolosi e malaria; la minore *compliance* ai servizi sanitari; la scarsa informazione sulla normativa di sicurezza in ambito lavorativo e delle norme igieniche in ambito di macellazione, preparazione, manipolazione e distribuzione di alimenti.

Nel 2006, a cura del Dipartimento di salute mentale, del Programma Cure primarie e dell'Associazione familiari Sostegno & Zucchero, è stato elaborato un documento relativo ai percorsi più idonei nei casi di utente poco collaborante ai trattamenti e nei casi di complessa gestione delle problematiche organiche in utenti del Centro di salute mentale. Insieme al SerT e alle comunità del privato sociale si è dato l'avvio a un percorso di verifica dei progetti cogestiti, allo scopo di consolidare e ampliare esperienze di collaborazione nell'area della doppia diagnosi, per la quale è stata costituita un'area di intervento che periodicamente definisce le prese in carico, i progetti integrati e le azioni di miglioramento.

Nel 2006 sono stati perseguiti obiettivi coerenti con le indicazioni del Piano regionale della prevenzione, rispetto al quale il BdM riporta i risultati in tema di screening per la diagnosi e la cura dei tumori, prevenzione della malattie infettive, prevenzione della salute, salute e ambiente, salute e sicurezza sul lavoro, sicurezza alimentare.

L'Azienda ha partecipato al progetto europeo *Migrant Friendly Hospital* di promozione della salute degli immigrati e delle minoranze etniche, al quale hanno aderito 13 Paesi europei. Il documento si sofferma sulle azioni rivolte ai cittadini immigrati, le quali, anziché configurarsi come interventi frammentari volti a fronteggiare le emergenze, sono state inserite in un quadro generale di sviluppo organizzativo teso a:

- migliorare l'accesso ai servizi e alle strutture ospedaliere mediante la produzione di materiale informativo e la predisposizione di segnaletica multilingue;
- superare le barriere linguistiche e culturali mediante la realizzazione di un servizio strutturato e coordinato di mediazione interculturale in grado di servire tutto il territorio;

- integrare le competenze inter-culturali con quelle professionali e organizzative.

In quattro grafici vengono esposti i dati relativi al numero di ore di mediazione interculturale utilizzate dalle strutture,³² all'utilizzo delle lingue, alle aree di utilizzo della mediazione interculturale.

A partire dal giugno 2005 si è data applicazione al progetto di riorganizzazione dell'attività odontoiatrica secondo i contenuti della DGR 2678/2004, rispetto al quale il BdM 2006 illustra i tratti del servizio erogato.

In tema di governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nel corso del 2005 e 2006 l'Azienda ha lavorato per aumentare la disponibilità per le prestazioni i cui tempi d'attesa risultavano, dal monitoraggio periodico, superiori ai parametri regionali e con criticità riguardanti i dati di consumo e mobilità.

Nell'ambito materno-infantile sono stati sviluppati nell'anno 2005 due temi strategici: la rete di servizi socio-sanitari rivolta a famiglie di etnie extracomunitarie rispetto alla gravidanza e al primo anno di vita del bambino; il percorso nascita e sostegno alla genitorialità. Nel 2006 è stato modificato il calendario vaccinale in relazione al Piano nazionale 2005-2007 e alla circolare regionale del 22/12/2005.

Le azioni finalizzate alla qualità dell'assistenza vengono organizzate nel BdM 2006 in rapporto a sette aree:

- area delle cure primarie;
- appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
- percorsi integrati ospedale-territorio;
- percorsi di cura per pazienti con patologie croniche;
- rete ospedaliera;
- continuità dell'assistenza;
- garanzia della qualità dell'assistenza;
- interventi strutturali;
- informatizzazione.

Nell'ambito delle cure primarie si richiama: l'attività svolta dai MMG sul versante della promozione della salute, della continuità della cura, della gestione dei pazienti diabetici, dell'attività di lotta al tabagismo, alcolismo, sovrappeso/obesità, della collaborazione alla sperimentazione della Carta del rischio cardiologico; l'attività dei pediatri di libera scelta relativamente al trattamento dell'asma e della cefalea nel bambino e alla promozione

Qualità dell'assistenza

cure primarie

³² Nel 2006 sono state utilizzate 1.869 ore dal Sana Maria Nuova; 617 ore dagli ospedali dell'Azienda USL; 1.586 ore dai Distretti; 3.162 ore dal Centro per la salute della famiglia straniera.

dell'allattamento al seno; l'attività dei medici di continuità assistenziale per programmi di formazione nell'ambito delle cure palliative, dell'uso della scheda territoriale integrata, della sperimentazione del passaggio informatico di consegne tra MMG, PLS, MCA per i pazienti in ADI.

In collaborazione con gli specialisti dell'Azienda USL, gli specialisti convenzionati, l'Azienda ospedaliera e alcune strutture private accreditate, sono state promosse azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per endoscopia digestiva e gastroenterologia, laboratorio, cardiologia e urologia.

appropriatezza

Nel 2006 l'Azienda ha portato avanti diverse iniziative nell'ambito dei percorsi integrati ospedale-territorio: percorso nascita, prevenzione del rischio cardiovascolare, gestione del paziente diabetico, assistenza sanitaria a favore di persone portatrici di stomie, nutrizione artificiale.

*percorsi
ospedale-territorio*

Per i pazienti con patologie croniche, il Bilancio di missione 2006 illustra i percorsi attivati per lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria cronica e le neoplasie.

Uno specifico capitolo è dedicato all'illustrazione della rete ospedaliera, rispetto alla quale viene innanzitutto evidenziato come l'Azienda USL e l'Azienda ospedaliera - attraverso il lavoro dei dipartimenti interaziendali (diagnostica per immagini, emergenza-urgenza) e dei gruppi interaziendali per aree specialistiche - abbiano consolidato una forte integrazione, al fine di definire percorsi clinico-assistenziali condivisi, a garanzia di elevati livelli di qualità delle prestazioni, continuità della cura, semplificazione dei percorsi di accesso, sviluppo di forme alternative al ricovero (*day hospital, day surgery, day service*). Nel 2006 sono stati definiti programmi interaziendali (cardiologico, gastroenterologico, sangue, dialisi, materno-infantile, *screening*).

rete ospedaliera

L'introduzione in tutti gli ospedali dell'Azienda di un sistema di archiviazione e trasmissione digitale delle immagini radiologiche (PACS), analogo a quello già attivo presso l'Azienda ospedaliera, consente di integrare le indagini eseguite dalle due Aziende con la creazione di una banca dati del paziente accessibile da qualunque ospedale della rete provinciale. Il documento si sofferma sugli investimenti tecnologici di cui hanno beneficiato le Unità operative di radiologia, i programmi di prossimi investimenti (TAC e RMN), i protocolli tecnici operativi per la guardia radiologica aziendale telematica a rotazione in tutti gli ospedali del presidio.

Sempre in relazione alla rete ospedaliera il documento illustra interventi e dati di attività relativi a: emergenza-urgenza, area critica (per la quale richiama il consolidamento dei percorsi assistenziali per il trattamento dell'infarto miocardico e dell'ictus ischemico, la centralizzazione del trauma grave presso il Santa Maria Nuova, la trasmissione e refertazione a distanza dei tracciati elettrocardiografici dalle automediche al laboratorio

di emodinamica dell'Azienda ospedaliera), area chirurgica (con particolare riferimento alla riorganizzazione dell'offerta di prestazioni urologiche), ortopedia, ginecologia (coordinamento interaziendale per l'*audit* sul taglio cesareo e sul carcinoma dell'endometrio; applicazione del protocollo per la centralizzazione della gravidanza a rischio e il trasporto neonatale), endoscopia digestiva (*screening* del carcinoma colon retto, *audit* interaziendale, organizzazione dei servizi dedicati), appropriatezza dell'attività chirurgica (sperimentazione di un sistema di registrazione informatizzata delle prestazioni di intervento; programmazione multidisciplinare dell'attività chirurgica presso ogni sede ospedaliera; lavoro per ricondurre al *setting* assistenziale più adeguato i principali interventi chirurgici); area internistica (nuovi assetti organizzativi e assistenziali con osservazione breve intensiva e *day service*, associati allo sviluppo delle lungodegenti), oncologia, diabetologia, appropriatezza nel regime di ricovero.

In tema di continuità dell'assistenza il documento richiama le iniziative messe in atto per l'attivazione e il potenziamento del *day service* a partire dal 2002. Una verifica effettuata nel 2005 ha evidenziato disomogeneità nell'effettuazione della attività di *day service* nei diversi ospedali dell'Azienda, che ha portato all'elaborazione di 33 percorsi. Nel 2006 è stato completato il lavoro di analisi per l'informatizzazione e l'introduzione di una cartella informatizzata omogenea su tutta l'Azienda.

continuità dell'assistenza

Quali interventi a garanzia della qualità dell'assistenza vengono richiamati i progetti per l'ospedale senza dolore, la sicurezza del sistema di cura, la radioprotezione del paziente e tutela della popolazione da sorgenti di radiazioni ionizzanti, lo *screening* per la valutazione del rischio di malnutrizione ospedaliera, le attività di *audit* clinici per la qualità clinica e organizzativa.

*interventi
a garanzia della qualità*

L'Azienda coordina la Rete emiliano-romagnola degli Ospedali per la promozione della salute, che è parte della complessiva Rete HPH (*Health Promoting Hospitals*) istituita su impulso dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Nell'ambito del progetto Ospedale senza dolore, le verifiche effettuate nel 2006 hanno evidenziato un'applicazione ancora disomogenea di linee guida e protocolli elaborati dal COSD (Comitato Ospedale senza dolore), che ha indotto l'Azienda a rivedere gli strumenti in uso con la semplificazione dei protocolli farmacologici.

In tema di sicurezza del sistema di cura vengono richiamate le attività sviluppate per la gestione del rischio, per la sorveglianza e il controllo delle infezioni ospedaliere, per la sicurezza nell'uso dei farmaci, per il consenso informato.

Nel 2005 è stato accreditato dalla Commissione regionale il Dipartimento di salute mentale, del quale è stata sottolineata la capacità di attenzione ai rapporti con i pazienti, le famiglie e le associazioni, e la capacità di sviluppo sia delle prestazioni più frequenti, sia di alcune tematiche tecnico-professionali di particolare complessità (disturbi del comportamento alimentare, abuso, pazienti in doppia diagnosi).

L'Azienda ha proseguito negli anni 2005 e 2006 il programma di investimenti al fine di:

interventi strutturali

- riorganizzare le strutture sanitarie in termini logistici e funzionali;
- adeguare le strutture sanitarie alle prescrizioni delle norme regionali per l'accreditamento;
- prevedere e riqualificare spazi necessari per l'esercizio della libera professione;
- adeguare le strutture e gli impianti tecnologici in materia di prevenzione incendi e in materia di sicurezza in generale.

Nei due documenti sono presentati gli interventi sulle strutture ospedaliere e distrettuali.

Nel campo dell'informatizzazione, l'Azienda ha sviluppato soluzioni orientate a migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle informazioni utili ai cittadini e ai professionisti in un'ottica di lavoro integrato. Nel BdM si richiamano gli interventi effettuati nell'ambito del progetto Sanità *on line* (SOLE), l'installazione del PACS in tutte le radiologie, la costruzione del *repository* dei dati clinici (contenitore di referti, immagini, ecc., che costituiscono il fascicolo sanitario del cittadino), la diffusione delle informazioni sulle modalità di accesso ai servizi erogati dall'Azienda tramite il sito *web* aziendale, il completamento dei sistemi informativi dipartimentali (endoscopia, riabilitazione, tossicodipendenze), la sperimentazione di un sistema fortemente innovativo, a supporto del circuito di prescrizione e somministrazione dei farmaci a livello ospedaliero e in dimissione.

informatizzazione

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

Il Bilancio di missione 2006, preliminarmente all'illustrazione delle scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze professionali, fornisce il profilo del proprio personale. La carta d'identità evidenzia che al 31/12/2006 vi erano 3.880 unità di personale dipendente e 644 medici convenzionati. L'Azienda aveva in essere 25 contratti di collaborazione coordinata e continuativa e 49 incarichi libero-professionali. Il 74% del personale dipendente è costituito da donne. Dei 495 dirigenti medici, le donne sono il 43% e degli 83 veterinari il 7%. Le tabelle illustrano la distribuzione del personale per categoria e per genere, la distribuzione dell'orario ridotto

Carta d'identità
del personale

per genere,³³ la distribuzione per fasce d'età e genere nelle singole categorie di personale,³⁴ le uscite per tipo di causa (pensionamento, dimissioni volontarie, trasferimento),³⁵ gli assunti (tramite concorso, Centro dell'impiego, trasferimento).³⁶

La partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e la valorizzazione del capitale umano trovano concretizzazione in alcuni percorsi organizzativi, quali l'ascolto dei punti di vista dei professionisti per costruire le decisioni, la promozione dello sviluppo delle competenze e delle specificità di ognuno, l'assegnazione di precise responsabilità attraverso la definizione di contratti individuali per la dirigenza, dove - rispetto al profilo di posizione - sono identificate le competenze richieste e gli obiettivi da raggiungere per l'esercizio del ruolo. Gli strumenti adottati dall'Azienda per favorire la partecipazione vengono ricondotti alla diffusione di informazioni attraverso intranet, *newsletter* aziendali, documenti di programmazione aperti alle osservazioni dei professionisti; al percorso per la definizione dei piani delle azioni e del *budget* annuale; ai gruppi di lavoro su tematiche tecniche e organizzative; ai contratti individuali dei dirigenti con responsabilità di gestione che contengono impegni precisi nella direzione dell'ascolto di tutti i collaboratori.

Professionisti nel
governo dell'Azienda

Fatta una premessa sulle finalità (gestionali, di sviluppo, formative, contrattuali) del sistema di valutazione, il Bilancio di missione illustra le diverse tipologie di valutazione e, per ognuna, attori e cadenze. Riporta l'attività svolta nel 2006: valutazione dei dirigenti con incarico professionale, di struttura semplice e di struttura complessa, e del personale dell'area del comparto con posizione organizzativa.

Valutazione
delle competenze

Premettendo che la formazione rappresenta per l'Azienda una risorsa fondamentale per migliorare le competenze dei professionisti necessarie a sostenere il progetto di salute della comunità dei cittadini, e sottolineando che la caratteristica distintiva della formazione aziendale è la stretta connessione tra i processi di valutazione delle competenze e i percorsi formativi dei professionisti, vengono descritti i metodi di lavoro utilizzati, riconducibili a queste tre fasi:

Formazione

³³ Il personale a orario parziale è rappresentato per il 92,7% da donne e per il 7,3% da uomini.

³⁴ Le femmine rappresentano l'82% del personale di età inferiore a 35 anni; l'80,7% della fascia 35-44; il 69% della fascia 45-54; il 51% della fascia 55-64; il 50% (3 unità) oltre i 65 anni.

³⁵ Le uscite per pensionamento sono state 82, per dimissioni volontarie 44, per trasferimento 59.

³⁶ Gli assunti sono stati 119, di cui 24 dirigenti, 60 infermieri, 11 OTA, 13 tecnici, 6 amministrativi, 5 altri. Gli assunti per concorso pubblico sono stati 98, dal Centro dell'impiego 3, per trasferimento da altre Aziende 18.

- rendere informato e partecipe il professionista sia delle scelte aziendali, sia della percezione organizzativa del suo lavoro;
- offrire ai professionisti un'ampia possibilità di autonomia nel definire la progettazione formativa e di essere direttamente coinvolti nelle fasi metodologiche di gestione del percorso formativo;
- fornire *feedback* ai professionisti sulla congruenza delle scelte formative fatte rispetto alle altre informazioni di sistema (programmazione di *budget*, valutazione delle competenze, piano delle azioni, ecc.).

Nel documento sono descritte le principali aree tematiche affrontate, vengono forniti i dati dell'attività formativa ECM, sono richiamate le convenzioni con l'Università degli studi di Parma per l'organizzazione di Master in psicologia e con l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia per la realizzazione dei corsi di laurea in scienze infermieristiche e del corso di laurea per fisioterapisti, rispetto alle quali vengono forniti i dati relativi a studenti, attività di tutorato, docenza. Vengono infine richiamate le collaborazioni con enti di formazione per l'organizzazione di corsi per OSS.

Per quanto riguarda la gestione del rischio e la sicurezza, nel 2005 sono stati aggiornati il documento di valutazione del rischio inerente alla movimentazione dei pazienti e i documenti di aggiornamento o sviluppo della programmazione dell'attività di formazione su: antincendio; rischio movimentazione pazienti; Primo soccorso; aggiornamento della procedura aziendale per la tutela delle gestanti e puerpere. È proseguita l'attività del sistema di gestione ambientale; è stato sviluppato e attivato il nuovo appalto di gestione dei rifiuti; è stata revisionata la procedura generale gestione dei rifiuti prodotti dall'Azienda; è stato sviluppato un sistema informatizzato di gestione della documentazione che permette un migliore allineamento con il programma di verifica della sicurezza degli impianti elettrici.

Sicurezza
e gestione dei rischi

Prosegue l'attività di sorveglianza dei lavoratori per gli accertamenti sia periodici che preventivi. Nel 2006 sono state effettuate 104 visite preventive per i tirocinanti dell'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia.

Nel 2005 si sono verificati 369 infortuni, nel 2006 se ne sono verificati 359 (di cui 116 incidenti a rischio infettivo). Si osserva un incremento delle cause connesse con la movimentazione di pazienti e di carichi; sono invece diminuite le cadute o scivolamenti e gli infortuni in itinere. Prosegue dal 1998 la gestione dei vari aspetti sulla sicurezza degli impianti elettrici per pazienti, manutentori, utilizzatori. Mediante lo specifico laboratorio di taratura degli strumenti, sono stati controllati gli strumenti di misura e gli analizzatori utilizzati dagli operatori elettricisti per le verifiche periodiche di sicurezza elettrica. È stata inoltre verificata la conformità dell'attrezzatura e dei dispositivi di protezione individuali a disposizione degli stessi tecnici.

Tutto il sistema di relazioni sindacali si basa sul presupposto del coinvolgimento dei lavoratori nelle scelte organizzative, e ha il compito di rendere trasparenti e condivisi i processi di governo aziendale e di cambiamento organizzativo. Gli accordi attuativi di disposizioni contrattuali hanno definito gli ambiti applicativi di istituti contrattuali, individuando le figure e i servizi interessati, le modalità di erogazione e i tempi di liquidazione delle competenze arretrate. Con l'accordo in materia di pronta disponibilità si è voluta riconoscere la particolare gravosità di alcune Unità operative nelle quali, durante i turni di pronta disponibilità notturna e festiva, vengono effettuate molte chiamate e/o di durata elevata.

Sistema di relazioni
tra Azienda e
personale

Nel corso del 2006 sono stati sottoscritti:

- nell'area del comparto, l'accordo in materia di progressioni verticali e la concertazione in materia di posizioni organizzative, l'accordo in materia di conguaglio incentivi della produttività;
- nell'area della dirigenza, gli accordi per la determinazione dei fondi di conguaglio salario di risultato anno 2005 e l'accordo sulla ripartizione del fondo aziendale di perequazione della libera professione anno 2005 per la dirigenza medica e veterinaria; l'accordo per la determinazione dei fondi contrattuali degli anni 2002, 2003, 2004 e 2005, gli accordi per il conguaglio salario di risultato anno 2005 per la dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa.

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Nel 2006, oltre ai tradizionali strumenti di comunicazione e alle campagne informative su temi specifici, l'attività si è concentrata in particolare sullo sviluppo e potenziamento del sito internet e della rete intranet, sull'organizzazione di un consistente numero di convegni aziendali e sulla riorganizzazione delle attività di *front office*. Le principali azioni del 2006 hanno riguardato la realizzazione della quarta edizione dei 6 Programmi delle attività territoriali (PAT) e la predisposizione del secondo Bilancio di missione.

L'Azienda ha collaborato allo sviluppo di campagne informative promosse dalla Regione. Il BdM elenca i principali prodotti di comunicazione realizzati dall'Azienda.

Viene richiamato il ruolo svolto dagli Uffici relazioni con il pubblico, presenti in ogni Distretto, nella gestione delle segnalazioni, nell'aggiornamento del materiale informativo, per la collaborazione alle iniziative di rilevazione del gradimento nei servizi territoriali, per la collaborazione con gli URP comunali e con le associazioni di volontariato, per la gestione e il coordinamento delle attività dei Comitati consultivi misti.

Un particolare impegno è stato dedicato nel 2006 al sito intranet, arricchito di *link* dedicati e di servizi interattivi di pubblica utilità (iscrizione *on line* ai corsi per alimentaristi, prenotazioni a visite per pazienti, ecc.).

Nel 2006 sono stati predisposti 143 comunicati stampa e sono state organizzate 12 conferenze stampa. È proseguita la collaborazione con emittenti locali attraverso la partecipazione settimanale dei professionisti aziendali a trasmissioni del mattino e in prima serata.

L'Azienda ha realizzato 10 iniziative convegnistiche, alle quali hanno partecipato 1.818 professionisti interni e esterni.

Ricerca e innovazione

Il censimento - promosso dal PRI E-R - delle attività di ricerca svolte nel triennio ha posto le basi per un lavoro sistematico e continuativo alla realizzazione di una banca dati e di un osservatorio permanente della ricerca aziendale. Ai progetti raccolti col censimento del 2005, per lo più di carattere clinico, si sono aggiunti quelli di ambito organizzativo-gestionale, di promozione della salute e di sanità pubblica. Il Bilancio di missione 2006, richiamato il ruolo assegnato alla ricerca dal nuovo Piano sociale e sanitario regionale, riporta in apposite tabelle i dati relativi a accessi alle riviste elettroniche in linea e alle banche dati; origine dei finanziamenti; progetti sviluppati classificati sia per linee di finanziamento che per area progettuale; strutture coinvolte e rapporti di collaborazione; prodotti delle ricerche.

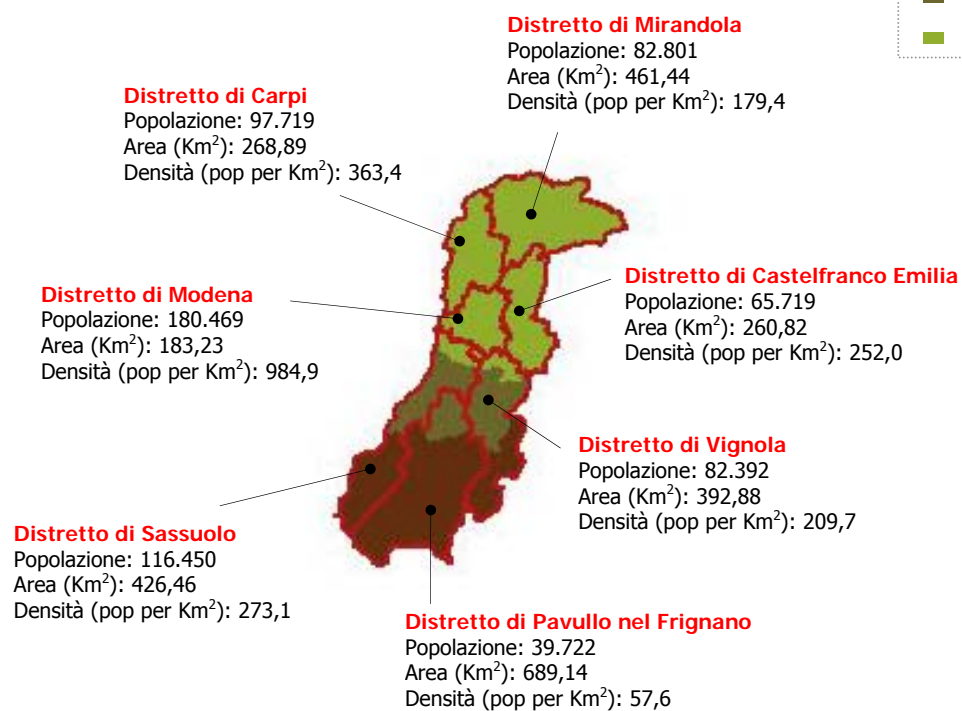
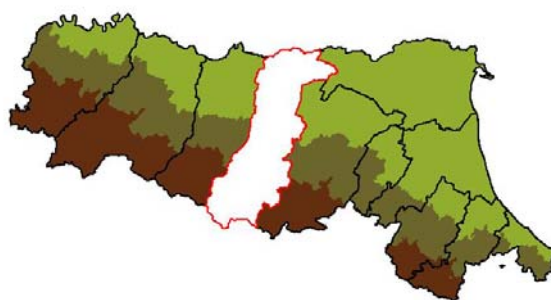
Il Comitato etico (denominatosi Comitato per l'etica) ha riconosciuto, oltre alle funzioni previste per legge, anche la consulenza sui casi che pongono problemi di etica per i quali viene richiesto un approfondimento specialistico; la promozione della formazione degli operatori sui principi e metodi della bioetica applicati alla realtà ospedaliera; la sensibilizzazione dei cittadini sui temi e le problematiche della bioetica.

Nel corso del 2006 un gruppo di lavoro misto (costituito da componenti del Comitato e professionisti) ha affrontato temi attuali, quali l'espressione anticipata della volontà di fine vita, il diritto di essere informato in modo chiaro per poter scegliere consapevolmente tra diverse alternative diagnostiche e terapeutiche, il diritto a scegliere l'ambiente in cui terminare la propria vita, a disporre del proprio corpo per il prelievo di organi a scopo di trapianto.

Riferimenti bibliografici

- Candela S., Cavuto S., Liberto F. *Condizioni socio-economiche e mortalità nella popolazione di Reggio Emilia*. Coop. sociale l'Olmo, Montecchio Emilia. Collana Progetto Salute, n. 8, 2005.
- Candela S., Greci M., Pergolizzi S., Ventura C., Liberto F. *La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia*. Coop. sociale L'Olmo, Montecchio Emilia. Collana Progetto salute, n. 10, 2006.

Azienda USL di Modena



| Comuni | Area (Km ²) | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 47 | 2.682,86 | 665.272 | 247,9 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006³⁷

Questa seconda esperienza di redazione del Bilancio di missione parte, in una logica di continuità, da dove l'Azienda era rimasta al termine del precedente esercizio, vale a dire dai margini di miglioramento del documento medesimo.

Alcune aree erano già menzionate esplicitamente nelle conclusioni della Direzione generale al Bilancio 2005, prima fra tutte una maggiore integrazione fra le varie sezioni del documento; altre sono state suggerite dal gruppo regionale di coordinamento, la cui attività è stata fondamentale anche per la redazione del presente documento e i cui suggerimenti di miglioramento sono risultati preziosissimi.

Il gruppo aziendale ha lavorato pertanto per cercare di superare i limiti del Bilancio 2005, preservando nel contempo tutte le positività in termini di contenuti e di completezza delle informazioni.

Il risultato è quello delle pagine seguenti, in apparenza sensibilmente differenti da quelle che componevano il Bilancio 2005, ma una più attenta indagine porta a concludere che il Bilancio dell'esercizio corrente in realtà differisce da quello precedente fondamentalmente per pochi elementi, peraltro sicuramente importanti:

- *un'accurata veste grafica;*
- *una redazione testuale più omogenea;*
- *una maggiore semplicità di esposizione;*
- *una guida più chiara per il lettore all'interno delle varie sezioni;*
- *un maggior tentativo di integrare le varie parti del documento.*

In particolare si è cercato di semplificare la sezione terza, centro del documento, classificando univocamente le varie azioni gestionali all'interno di una delle quattro prospettive proposte dalle linee guida regionali (Centralità del cittadino, Partecipazione degli Enti locali, Universalità ed equità di accesso, Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale) e indicando eventualmente con semplici rimandi l'afferenza a una ulteriore prospettiva.

Non è cambiato, invece, lo spirito del documento, caratterizzato come l'anno passato da una notevole esaustività delle informazioni, e dalla presunzione di essere redatto non soltanto per i due stakeholder istituzionali originari (Regione e Conferenza sociale e sanitaria) ma anche per una pluralità di destinatari interni (direttori di macrostruttura, direttori di Servizi, direttori di Unità operative, ecc.) ed esterni (rappresentanze dei cittadini, volontariato, ecc.).

Non è cambiata nemmeno la funzione "sostitutiva" del Bilancio di missione rispetto alla sezione della relazione del Direttore generale al bilancio d'esercizio dedicata ai risultati conseguiti, e di questo se ne è dato esplicito atto nella relazione medesima.

³⁷ <http://www.aUSL.mo.it/organizza/documenti.html>

Un'annotazione, infine, di inquadramento degli specifici obiettivi declinati nella sezione settima: dopo avere dato esclusivo risalto al completamento della rete ospedaliera nel Bilancio 2005, si è ritenuto di descrivere talune eccellenze aziendali in aree completamente differenti da quella direttamente legata alla produzione ospedaliera, vale a dire l'attivazione all'interno del Servizio di medicina sportiva del Centro regionale antidoping, le azioni intraprese nell'ambito del risk management e il percorso di valutazione e accreditamento volontario nei centri socio-riabilitativi per disabili.

*Giuseppe Caroli
Direttore generale dell'Azienda USL di Modena*

Contesto di riferimento

Il territorio della provincia di Modena, con il quale coincide l'ambito territoriale aziendale, si estende su una superficie di circa 2.690 Km² (terza a livello regionale), con una densità di 247 abitanti per Km². Aggrega 47 Comuni, di cui 23 situati in pianura (che copre il 47,5% del territorio), 10 in collina (17,2%) e 14 in montagna (35,3%). Si articola in 7 Distretti.

Territorio e ambiente

Il monitoraggio delle polveri sottili (PM₁₀) ha registrato 130 giornate nel 2006 (90 nel 2005) con valori superiori al valore limite di 50µg/m³, pari al 38% (26% nel 2005) delle giornate con valori validi a fronte del 21% nel 2001 e del 23% nel 2002. Per il biossido di azoto (NO₂), negli ultimi anni i valori sono rimasti abbastanza stazionari, anche se nel 2005 si sono registrati sfioramenti ai limiti in vigore. Molto bassi e lontani dai limiti di legge risultano i valori del biossido di zolfo (SO₂). Una forte diminuzione negli ultimi decenni si è registrata anche per le concentrazioni di benzene, che non raggiungono valori medi annui superiori ai limiti di legge e con buone prospettive per il rispetto del limite previsto al 2010. La qualità dei suoli nella provincia è influenzata soprattutto dagli elevati carichi di sostanze azotate prodotte dalla zootecnia, in corso di bonifica e quindi in progressiva diminuzione. La qualità delle acque superficiali evidenzia un *trend* in miglioramento per i due fiumi principali e il rispetto della normativa prevista per il 2008.

La popolazione al 31/12/2005 ammontava a 665.272 residenti, di cui 338.635 (50,9%) donne e 326.637 (49,1%) uomini. Rappresenta il 15,9% della popolazione regionale e ha registrato un incremento del 5,2% rispetto al 2000 (vs 4,5% regionale). L'aumento più consistente si è registrato nella classe d'età 0-14 anni (+13,3%) e in quella più elevata (+13,3%). Nel territorio dell'Azienda USL di Modena insistono ben 7 comuni di oltre 20.000 abitanti, nei quali risiede circa il 60% dell'intera popolazione provinciale. La popolazione si concentra per il 73% in pianura e per il 20% in collina; soltanto il 7% risiede in montagna. Ogni zona ha registrato un aumento rispetto al 2000, di oltre il 5% la pianura e la collina e del 3% la montagna.

Popolazione

La provincia di Modena appare fra le meno anziane della regione. L'indice di vecchiaia³⁸ nel 2005 è pari a 154,3 rispetto a 182,3 della regione. L'indice di invecchiamento³⁹ è pari a 20,8 rispetto al 22,7 della regione.

L'indice medio di anziani ultra 75enni (10,2%) è inferiore a quello regionale (11,3%) e più elevato di quello nazionale (9,3%). L'indice medio di grandi anziani (over 85) è di 2,5%, in linea col dato regionale (2,8%).

Le famiglie al 31/12/2005 erano 275.217, registrando nell'ultimo decennio un aumento progressivo del numero e un corrispondente decremento dei componenti portandosi a 2,4 unità in media per famiglia. Il numero delle famiglie con un solo componente rappresenta il 29,2% e quello con due componenti il 29,1%. I cittadini stranieri residenti al 31/12/2005 ammontavano a 55.088 unità, pari all'8,3% della popolazione, che si qualifica come il secondo maggior valore regionale. Il 53,7% è rappresentato da uomini. Il 47% ha meno di 30 anni. Sono cresciuti i permessi di soggiorno per motivi di studio, lavoro, ricongiungimento familiare.

La provincia di Modena si caratterizza per un'alta speranza di vita alla nascita⁴⁰ e con un *trend* positivo.⁴¹ Il tasso di natalità nel 2005 è di 10,2 nati per 1.000 abitanti, circa il 44% in più rispetto al 1987, e nel periodo ha un andamento in costante aumento. Un quinto dei nati sono figli di cittadini stranieri. Il tasso grezzo di natalità dei cittadini stranieri è del 26%, molto superiore a quello dei cittadini italiani.

Gli indici di scolarizzazione evidenziano livelli di istruzione lievemente migliorati nel corso degli ultimi anni, soprattutto in relazione alla diffusione del diploma di scuola media superiore, mentre la percentuale di laureati è inferiore sia alla media regionale che a quella nazionale. I tassi di occupazione sono strutturalmente elevati, con una maggiore partecipazione della donna al mondo del lavoro, sia attivamente che come contingente in cerca di occupazione. Nel 2005 il tasso di attività era pari al 72,7% vs il 71,1% regionale, mentre il tasso di disoccupazione mostra valori simili a quelli regionali (intorno al 3%) e un andamento tendenzialmente in diminuzione. La maggior parte dei lavoratori ha un contratto a tempo indeterminato, ma negli ultimi anni crescono i contratti atipici, specie per le donne. L'incidenza dei lavoratori stranieri ha un *trend* incrementale. Il polo

Condizioni
socio-economiche

³⁸ Rapporto tra popolazione anziana (ultrasessantacinquenni) e popolazione giovane (0-14 anni).

³⁹ Rapporto percentuale degli ultrasessantacinquenni sulla popolazione totale.

⁴⁰ La speranza di vita alla nascita è di 78,6 anni per gli uomini e 83,8 anni per le donne nel triennio 2001-2003.

⁴¹ Quattro anni in più negli uomini e oltre due anni e mezzo nelle donne rispetto al quinquennio 1988-1993.

attrattivo principale è l'industria (Sassuolo per il settore ceramico e Carpi per il tessile), ma il settore pubblico appare di non secondaria importanza, soprattutto per quanto riguarda l'ambito sanitario per il reclutamento di personale infermieristico, soprattutto da Polonia, Romania e Ucraina.

La provincia ha un reddito pro capite leggermente superiore alla media regionale. La spesa per consumi è inferiore alla media regionale. I depositi bancari, pari a 13.000 Euro medi pro capite, la collocano nel 2005 al 19° posto a livello nazionale.

Per quanto riguarda le osservazioni epidemiologiche, il Bilancio di missione 2006 è ricco di informazioni, ben organizzate ed esposte con chiarezza. Negli ultimi diciotto anni si registra un andamento delle frequenze assolute dei decessi quasi stabile negli uomini e in aumento nelle donne. I tassi standardizzati di mortalità mostrano nel periodo 1998-2005 un andamento in diminuzione per ambo i sessi, con valori sovrapponibili a quelli medi regionali.⁴² I tassi standardizzati di mortalità per tumore sono inferiori a quelli regionali per entrambi i sessi. Le frequenze per mortalità da traumatismi e avvelenamenti sono in diminuzione dal 1988 al 2005, con un valore sempre inferiore al dato medio regionale. Sovrapponibile a quello regionale è l'andamento del tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio, che rappresentano la principale causa di morte in provincia come in regione e in Italia. Per quanto riguarda la mortalità per infarto miocardico, nel periodo 1988-2005 calano le frequenze assolute per gli uomini, mentre crescono quelle per le donne; calano per entrambi i sessi i tassi standardizzati, inferiori sempre a quelli regionali. Superiori ai valori regionali sono i tassi standardizzati di mortalità per malattie dell'apparato digerente nelle femmine, sovrapponibili ai dati regionali quelli nei maschi.

Osservazioni
epidemiologiche
e stili di vita

Dall'ultima indagine PASSI, effettuata nel maggio 2006, il 74,5% dei modenesi dichiara di sentirsi bene o molto bene, il 24% discretamente, l'1,5% male o molto male. Sulla base dello studio nazionale ILSA, si stima che in provincia 12.000 persone siano affette da demenze, con un'incidenza annua di oltre 2.000 casi. I cittadini con invalidità a fine 2005 erano 24.527, di cui oltre 8.900 con invalidità civile al 100% e, di questi, circa 4.300 con assegno di accompagnamento. I tassi grezzi mostrano valori inferiori rispetto a quelli regionali, con *trend* in diminuzione.

La tubercolosi, che in passato aveva mostrato tassi più elevati di quelli regionali, si è ridotta progressivamente fino ad annullare dal 2005 il differenziale. Dal 1986 al 2005 sono stati notificati 644 casi di AIDS fra

⁴² Nella provincia di Modena, come nel resto della regione, le principali cause di morte per tutte le età nell'ultimo quinquennio sono costituite da malattie cardiovascolari (39,8%), tumori (29%), patologie dell'apparato respiratorio (7,7%), traumatismi e avvelenamenti (4%) e malattie dell'apparato digerente (3,9%).

i residenti, dei quali 18 nel 2004 e 12 nel 2005, con un picco massimo nel 1995 (76 casi). Analogamente il numero di decessi si è andato riducendo dal 1996, raggiungendo i 12 nel 2005.⁴³

Dallo studio PASSI 2006 risulta che il 13% delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione per almeno due settimane negli ultimi dodici mesi.

Il 29% delle persone tra i 18 e i 69 anni dichiara di stare seduto per più di 6 ore al giorno. La percentuale di fumatori è simile a quella regionale (28%). Migliore è il dato del consumo di alcolici: 18% di consumatori a rischio, contro un 21% in regione. Maggiore è la tendenza a obesità e sovrappeso per l'età infantile.

Per numero di incidenti stradali la provincia di Modena si colloca ai primi posti in regione e in Italia. La frequenza assoluta di incidenti, dopo un massimo registrato nel 2000, appare in calo. Si è contemporaneamente ridotto anche il rapporto di mortalità negli anni 1998-2005.

Sicurezza

Gli infortuni sul lavoro denunciati sono stati 27.924 nel 2003, 24.242 nel 2005. I decessi sono stati 21 nel 2003 e 18 nel 2005. Per il periodo 1999-2005 i tassi grezzi di infortuni indennizzati provinciali e regionali sono molto simili e decrescenti. Standardizzando per numero di addetti, il tasso provinciale è costantemente inferiore a quello regionale. Il fenomeno degli infortuni domestici è misconosciuto. In provincia si verificano annualmente 60 decessi, soprattutto per cadute; ma la maggior parte degli incidenti è di lieve entità: secondo lo studio PASSI il 21% delle persone in provincia ha subito un infortunio domestico nell'ultimo anno.

⁴³ I decessi erano 70 nel 2004.

Profilo aziendale

Il risultato netto del 2005 presenta un miglioramento rispetto all'esercizio precedente, mentre la *performance* negativa del 2006 è fatta risalire nelle valutazioni aziendali sia a cause esterne (entità dei trasferimenti da FSN), sia a cause interne (sviluppo della rete ospedaliera provinciale). I due documenti dedicano specifici approfondimenti agli investimenti realizzati con formule innovative⁴⁴ e alle partecipazioni societarie.⁴⁵

Sostenibilità
economica

Il contributo che l'Azienda USL offre al territorio provinciale in termini occupazionali è dell'ordine dell'1,5%, per il solo personale dipendente.⁴⁶ Il BdM 2006 illustra l'impatto sul tessuto economico-sociale della provincia sotto due aspetti: lavoratori stranieri e lavoratori appartenenti a categorie protette. Il numero di lavoratori stranieri (intra ed extra UE) occupati nelle strutture aziendali è passato da 94 unità nel 2004 (1,7% del totale degli occupati in Azienda) a 289 nel 2006 (4,56%).

Impatto sul territorio

Nella sezione 2.2.1 vengono descritte le azioni messe in atto dall'Azienda per l'accoglienza: reperimento di alloggi, crediti, supporto al disbrigo delle pratiche amministrative, interventi nei paesi d'origine, ecc. e per la formazione di personale necessario a far fronte alla crescente domanda di servizi alla persona. L'Ufficio Help center è diventato punto di riferimento per tutti i lavoratori stranieri nel primo periodo di residenza e collabora con le istituzioni per il riconoscimento dei titoli di studio degli infermieri extracomunitari.

I dipendenti occupati nell'ambito delle categorie protette al 31/12/2006 erano 166.

I dati relativi a numero di fornitori (2.563), valore delle forniture esterne (oltre 700 milioni di Euro), sede legale dei fornitori⁴⁷ mostrano il contributo dell'Azienda all'economia del territorio provinciale e non solo a questo, date le dimensioni assunte e la complessità delle prestazioni erogate. L'Azienda ha consolidate collaborazioni con Enti istituzionali: fondazioni bancarie, enti

⁴⁴ Per il completamento dell'ospedale di Baggiovara l'Azienda ha attivato un contratto di concessione, progettazione, costruzione e gestione per un importo complessivo di 23,9 milioni di Euro. Per la realizzazione del Laboratorio analisi unico provinciale (BLU) l'Azienda si avvale di un contratto di *global service*.

⁴⁵ L'operazione di maggiore rilievo riguarda la sperimentazione gestionale per l'Ospedale di Sassuolo.

⁴⁶ Vedi BdM 2005. Per l'impatto sul tessuto economico-sociale per la "massiccia presenza di risorse umane" il BdM 2006 rinvia alla carta d'identità" della sezione 4.

⁴⁷ Il 46,79% dei fornitori risiede in provincia di Modena, il 32,10% in altro territorio della regione e il 21,11% fuori RER.

di volontariato, ma anche enti con scopo di lucro che talvolta si attivano mettendo a disposizione dell'Azienda liquidità o beni di notevole valore.⁴⁸

Una particolare attenzione è riservata ai progetti per la cooperazione internazionale. Con l'apertura dei due nuovi ospedali è stato rinnovato gran parte dell'arredo e delle attrezzature. Un bando pubblico ha selezionato le associazioni della provincia a cui destinare le attrezzature riutilizzabili: 13 hanno risposto e sono stati presentati 11 progetti.⁴⁹ Tutto il materiale (5.201 colli) è stato ritirato. Nel novembre 2006 l'Azienda ha partecipato all'inaugurazione del primo progetto completato in Madagascar.



Per quanto riguarda l'impatto culturale, i documenti si soffermano sulle iniziative promosse per la diffusione della cultura della buona salute, per la valorizzazione del proprio patrimonio e, nel 2005, per l'inaugurazione dei due nuovi ospedali.

Per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza, l'Azienda mostra un costo pro capite aziendale inferiore al valore medio regionale⁵⁰ in tutti i tre livelli.

LEA
costi

L'attività di prevenzione secondaria attraverso lo *screening* del collo dell'utero ha registrato negli ultimi anni un incremento significativo per il recupero del ritardo accumulato nel biennio 2001-2002, con un miglioramento dell'adesione che porta la provincia in linea con la media regionale.⁵¹ Per lo *screening* della mammella, i dati relativi sia all'adesione al programma che all'avanzamento risultano meno positivi: sono inferiori al valore atteso e ai risultati conseguiti alla fine del decennio precedente.

assistenza collettiva

Nei bambini, il tasso di copertura vaccinale si è stabilizzato su standard ottimi. I valori oscillano fra il 94,7% per il morbillo e il 97,6% per la pertosse. La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione anziana registra un progressivo aumento, fino al 78% della campagna 2005-2006.

⁴⁸ Nel 2006 le donazioni generiche sono state 133 (121 nel 2005), per un valore di 552.000 Euro (191.000 nel 2006). Per investimenti sono state 46 (33 nel 2005), per un valore di 1.260.592 Euro (2.544.798 nel 2005).

⁴⁹ I paesi di riferimento sono stati: Benin, Congo, Eritrea, Etiopia, Georgia, Ghana, Kenya, Madagascar, Palestina, Romania, Uganda.

⁵⁰ Lo scarto è pari a -3,9 % nel 2001, -4,4% nel 2002, -4,8% nel 2003, -4,5% nel 2004, -3,2% nel 2005.

⁵¹ L'adesione è passata dal 67% per il triennio 2000-2002 al 72,2% per il triennio 2004-2006.

L'attività complessiva dei SPSAL ha riguardato circa il 3% delle unità locali censite, corrispondenti al 19% del totale degli addetti nel 2006. Il *trend* evidenzia un aumento delle attività di controllo tra il 2003 e il 2005 e una contrazione nel 2006. Le irregolarità riguardano mediamente un quarto delle aziende controllate, con percentuali più elevate in edilizia (circa un terzo). L'attività di controllo sugli alimenti di origine animale viene effettuata nella quasi totalità delle aziende di macellazione, lavorazione e trasformazione. Nel 2006 in 243 aziende delle 519 controllate sono state riscontrate irregolarità, dalle più lievi alle più gravi. Per il controllo sugli alimenti non di origine animale, l'attività è stata mirata alle strutture a maggior rischio.

Nella realtà provinciale modenese esistono oltre 3.000 allevamenti animali. Mediamente, nel periodo considerato gli allevamenti sono stati sottoposti a ispezione più di 5 volte per anno.

L'offerta di posti convenzionati in strutture residenziali per anziani (31 letti per 1.000 abitanti di età superiore ai 75 anni) è in linea con la media regionale, mentre quella per l'assistenza semi-residenziale è lievemente superiore. Per l'handicap l'offerta di posti letto è inferiore al valore regionale, anche se è in aumento quella per la semi-residenzialità. Per l'assistenza psichiatrica è stabilizzato il dato relativo all'assistenza residenziale, mentre per l'assistenza semi-residenziale si ha un *trend* in diminuzione nel triennio 2001-2003, per poi risalire nel triennio 2003-2005, adeguandosi ai criteri di accreditamento. A fronte di un costante incremento della prevalenza dell'utenza tossicodipendente sulla popolazione a livello regionale (dai 45 ai 56 casi su 10.000 nel periodo), la provincia evidenzia stabilità e più bassa consistenza del fenomeno. Nel 2005 la prevalenza modenese è inferiore del 33% rispetto alla media regionale.

assistenza distrettuale

I pazienti assistiti a domicilio nel 2006 sono 14.061 (*vs* 10.982 nel 2001) e rappresentano il 21,1‰ della popolazione (17,4‰ nel 2001). Gli ultrasessantacinquenni sono 11.226 (164,6‰ *vs* 134,6‰ nel 2001). L'approccio alle cure palliative si è sviluppato non solo all'interno dei servizi specialistici di ambito oncologico e in alcuni centri ospedalieri di terapia del dolore, ma soprattutto nel contesto dell'assistenza domiciliare, secondo il modello organizzativo delle reti integrate di servizi. Nel 2006 297 pazienti sono stati dimessi da *hospice* e le giornate medie di degenza sono state 12,47.

La rete dei consultori familiari è costituita da 40 diverse sedi distribuite in modo capillare in tutti i distretti. Nel 2005 si sono rivolte ai consultori della provincia 41.331 donne (19,2 donne su 100 in età 15-64 anni). Il dato si conferma stabile nel tempo e superiore di 10 punti percentuali alla media regionale. Le immigrate nel 2005 sono risultate 6.588 (15,9% del totale).

Il Dipartimento di salute mentale integra in un'ottica di processo e di continuità assistenziale le aree della psichiatria adulti, delle dipendenze patologiche, di neuropsichiatria infantile e psicologia clinica. L'attività registra un *trend* in crescita degli utenti in carico, in riduzione delle dimissioni dal reparto di diagnosi e cura, in (lieve) incremento dei trattamenti sanitari obbligatori.

La spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale negli anni 2001-2006 è stata caratterizzata da un andamento altalenante, che riflette il risultato delle azioni di contenimento della spesa avviate dal 2001 e che vedono nella distribuzione diretta dei farmaci i risultati più eclatanti. La spesa netta pro capite è calata di 10 Euro dal 2001 al 2005 e di 8,40 Euro al 2006, mentre nello stesso periodo la media regionale è aumentata di 3,45 Euro e 5,34 Euro rispettivamente. La prescrizione di farmaci generici continua ad aumentare, attestandosi alla fine del 2006 al 30,7% del totale delle DDD di principi attivi con brevetto scaduto prescritte.

Gli indici di consumo di prestazioni ambulatoriali, standardizzati per età, evidenziano: un aumento dal 2003 al 2005 e un assestamento nel 2006 per le prime visite; un costante aumento dei consumi per prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, pur mantenendosi al di sotto dei valori regionali; un incremento maggiore di quello medio regionale nel triennio 2003-2005 e inferiore nel 2006 per le prestazioni terapeutiche. Per quanto riguarda i tempi d'attesa, dai dati riportati si evince un'azione per una risposta entro i tempi previsti, ma persistono aree di criticità.

Sul territorio provinciale insistono sette ospedali, organizzati in un unico Presidio ospedaliero a gestione diretta, un'Azienda ospedaliero-universitaria, un ospedale oggetto di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis del DLgs 502/1992 e 5 ospedali privati accreditati. Il numero dei posti letto per acuti si è stabilizzato al 3,7‰. Il numero dei posti letto per la lungodegenza e la riabilitazione è inferiore alla media regionale, anche se dal 2000 al 2005 la disponibilità è aumentata del 30% circa.

assistenza ospedaliera

Il tasso di ospedalizzazione dal 2003 al 2006 è in costante diminuzione. Cresce, nel confronto tra 2005 e 2006, la capacità delle strutture modenesi di rispondere alla domanda della popolazione di riferimento.⁵² Risulta evidente l'attrazione della nuova struttura di Baggiovara.⁵³ I tempi d'attesa per ricoveri programmati evidenziano un *trend* in sostanziale progressiva

⁵² L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture del territorio passa dall'85,95% all'86,14%.

⁵³ L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture dell'Azienda USL passa dal 49,22% al 52,84%.

riduzione per intervento di cataratta. Per tumori del colon retto e della mammella la percentuale di trattamenti entro i 30 giorni è superiore all'85%. Gli interventi di protesi dell'anca eseguiti entro i 90 giorni superano il 50%.

Dal 2003 al 2006 si ha un aumento di circa l'8% delle unità di sangue raccolte e un utilizzo in calo di circa il 2,8%.

Per quanto riguarda gli indicatori di qualità dell'assistenza, il documento presenta gli andamenti dell'Azienda rapportati ai dati medi regionali. Il numero dei neonati con basso peso alla nascita, in aumento in senso assoluto se rapportato al numero crescente di parti, tende a mostrare una riduzione del fenomeno. I ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani risultano relativamente ridotti. Per il trattamento integrato del paziente affetto da diabete, gli indicatori di *performance* e di esito clinico sono progressivamente e significativamente migliorati. Continua a rimanere relativamente elevata la percentuale di parti cesarei eseguiti nei punti nascita della provincia. In costante diminuzione è la mortalità per infarto miocardico.

Indicatori di qualità

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Nella terza sezione del Bilancio di missione sono dapprima esplicitati indirizzi di breve e medio periodo, principali obiettivi, strategie attraverso cui l'Azienda interpreta i propri doveri istituzionali e concorre a realizzare le finalità del SSR. Sono evidenziate strutture, organizzazione, modalità con le quali l'Azienda individua e persegue i propri obiettivi, soffermandosi sulla descrizione del modello di riferimento e delle fasi del processo di pianificazione e controllo.

L'Azienda utilizza la cultura e la pratica del governo per obiettivi, adottando un sistema diffuso di pianificazione e controllo circolare - *top down* e *bottom up* - che coinvolge tutti i livelli di responsabilità. Tale sistema è incardinato sull'integrazione fra gli indirizzi generali provenienti da Regione, comunità locali e Direzione, propri della funzione di committenza, e le proposte tecnico-operative provenienti dai nuclei produttivi propri della funzione di produzione.⁵⁴

Ampio spazio è riservato all'illustrazione delle azioni e dei risultati raggiunti, organizzata secondo le quattro prospettive proposte dallo schema regionale.

L'Azienda si è dotata di una struttura finalizzata alla messa a punto di strategie e politiche di comunicazione con i cittadini, il Sistema comunicazione e *marketing*, al quale afferiscono diversi servizi: Laboratorio per il cittadino competente; Ufficio relazioni con il pubblico; educazione alla

Centralità
del cittadino

⁵⁴ Il modello viene diffusamente illustrato ai punti 3.3.1 e 3.3.2 del BdM 2006.

salute, Ufficio stampa e media. Partecipa ai progetti regionali *Audit* civico e Segnalazione dei cittadini. Vengono illustrati i progetti per l'umanizzazione dell'assistenza: sviluppo delle cure antalgiche, paziente terminale, salute donna, percorsi nascita, parto e umanizzazione.

Nel Bilancio di missione 2006 viene fatto solo un breve cenno ai benefici introdotti con le due nuove strutture ospedaliere, mentre ad essi si dava particolare risalto nel Bilancio di missione 2005. In tema di relazione e comunicazione, il BdM 2006 mette in rilievo sperimentazioni o progetti che producono innovazione nei rapporti organizzazione/comunità e paziente/professionista, mentre il documento del 2005 si soffermava invece nell'illustrazione delle numerose iniziative prodotte.

Per quanto riguarda la partecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati, vengono illustrati i contenuti dei tre strumenti (Piano per la salute e Piano attuativo locale di ambito provinciale, Piano delle attività territoriali di ambito distrettuale) attraverso i quali gli Enti locali esercitano il proprio ruolo di programmazione. Nel corso del 2005 è stato istituito l'Ufficio di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Nel BdM 2006 vengono illustrati i percorsi progettuali e operativi attivati per i PSS, gli obiettivi contenuti nel PAL per l'integrazione tra Policlinico e ospedale di Baggiovara, gli interventi socio-sanitari previsti nei PAT nelle aree anziani e disabili.

Enti locali
e programmazione
sanitaria

In tema di universalità ed equità d'accesso, l'Azienda ha provveduto alla completa revisione delle modalità prescrittive per visite fisiatriche e prestazioni di riabilitazione e terapia fisica, ha proceduto alla riorganizzazione dell'attività odontoiatrica, è intervenuta per la chirurgia della cataratta e della protesi d'anca. Ma l'intervento più rilevante è stato quello sulla rete provinciale delle strutture: 300 milioni di Euro spesi per investimenti dalla fine degli anni '90. A partire dal 1997 la rete sanitaria è stata interessata da una profonda opera di trasformazione che si è conclusa con l'entrata in funzione dei due nuovi ospedali di Baggiovara e di Sassuolo. Per la Rete servizi demenza senile, l'apertura dell'ospedale di Baggiovara ha portato all'integrazione dei due centri di valutazione, che fanno capo alla neurologia (trasferita dal Policlinico) e alla geriatria (trasferita dall'Ospedale Estense).

Universalità
ed equità d'accesso

Il Centro diurno e notturno Aster di Modena ha predisposto un progetto basato sul sollievo alla famiglia, attraverso l'incentivazione dell'assistenza domiciliare, sia tutelare che infermieristica, l'assegno di cura, i centri di ascolto (presenti in ogni Distretto).

Oltre a illustrare i risultati di consolidamento e sviluppo nelle aree sopra richiamate, il BdM 2006 si sofferma sugli interventi in tema di:

- prevenzione (controllo e prevenzione della malattie infettive, prevenzione e medicina del viaggiatore);
- facilitazione dell'accesso ai servizi (CUP provinciale e CUP *web*, Call Contact Center);
- semplificazione dell'accesso alle prestazioni (sportello unico, monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni date in materia di semplificazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali);
- diffusione dell'offerta, attestata dalla rete provinciale di strutture e servizi (ospedali,⁵⁵ strutture ambulatoriali, sedi consultoriali);
- prestazioni sanitarie sul territorio (rete per l'assistenza ai malati cronici, diabete e demenza senile);
- mediazione culturale e medicina delle migrazioni.⁵⁶

Gli interventi per il perseguimento della qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale vengono esposti in rapporto alle seguenti tematiche:

Qualità dell'assistenza

- offerta specialistica (appropriatezza clinica nella prescrizione, organizzazione nei servizi offerti, prenotazioni e promozione della disdetta, differenziazione degli accessi, uso pieno del patrimonio tecnologico);
- razionalizzazione della domanda (coinvolgimento di medici di medicina generale, specialisti ospedalieri e convenzionati nella definizione e applicazione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici);
- appropriato utilizzo delle prestazioni di laboratorio;
- assistenza ospedaliera e PAL;
- progetto mobilità (recupero di flussi di mobilità sanitaria extraprovinciale);
- la salute della provincia (attività svolta nelle aree della salute pubblica e della salute mentale);
- farmaceutica;

⁵⁵ Nella provincia sono presenti otto ospedali pubblici con 1.613 posti letto, cinque ospedali privati con 539 posti letto accreditati, un'Azienda ospedaliero-universitaria con 774 posti letto. Tre nuovi Pronti soccorso, dotati di collegamenti telematici relativi alla diagnostica per immagini, sono attivi dal 2006; sono previsti tutti i modelli assistenziali (degenza ordinaria, *day hospital*, *day surgery*, osservazione breve intensiva, chirurgia ambulatoriale).

⁵⁶ Il Progetto Dune promuove ormai da anni il tema del prendersi cura fra le diverse etnie. Il Progetto Parliamoci è un sistema informatico per colloquiare in più lingue con i pazienti stranieri ricoverati. L'Azienda collabora al periodico trimestrale *Parole comuni*, tradotto in 7 lingue e stampato in 20.000 copie per i cittadini stranieri residenti in provincia.

- *screening* (modello organizzativo adottato per lo screening del tumore al colon retto, dati adesione 2006 e obiettivo a tendere 2007);
- sicurezza (gestione del rischio clinico, esiti raggiunti nella mappatura del rischio, effetti sul versante assicurativo);
- Area vasta Emilia Nord (logistica unica del farmaco e del dispositivo medico, gare farmaci, sito informatico per lo scambio di informazioni, *risk management* e coperture assicurative, acquisti di beni nell'ambito dell'ingegneria clinica).

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

Vengono innanzitutto richiamati alcuni criteri guida che, evidenziati anche nell'Atto aziendale, ispirano le politiche gestionali dell'Azienda:

- accentramento partecipato delle strategie, attraverso una struttura operativa di supporto alla Direzione nella realizzazione della partecipazione dei professionisti alle strategie aziendali;
- decentramento della gestione, con processi di responsabilizzazione diffusa, delega decisionale e valutazione dei risultati;
- diffusione della modalità di lavoro per obiettivi e della pianificazione circolare;
- sviluppo continuo delle competenze tecnico-professionali, organizzative, gestionali.

Le unità presenti al 2006 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato erano 6.343, di cui 1.831 maschi e 4.512 femmine. Le donne rappresentano la maggioranza del personale in tutte le categorie tranne che nella dirigenza medica-veterinaria e nel comparto tecnico. Il 79% dei dipendenti risiede in provincia di Modena (vs l'84% nel 2001). Il personale medico convenzionato e i liberi professionisti ammontano a 1.369 unità. Per il riassetto della rete ospedaliera, nel 2006 si è registrato un cospicuo ingresso di dipendenti.

Carta d'identità
del personale

La partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa si esprime attraverso:

- il Collegio di Direzione,⁵⁷ in cui trovano espressione i principi della condivisione delle scelte di programmazione aziendale, di sviluppo delle attività e dei servizi, anche con riferimento al modello dipartimentale;
- organismi e *team* temporanei o su progetti;

Professionisti nel
governo dell'Azienda

⁵⁷ È composto da Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo, direttore socio-sanitario, direttore di Presidio, direttori di Distretto e di Dipartimento e direttore del Servizio infermieristico e tecnico.

- organismi e *team* stabili (*team* della specialistica, Comitato infezioni ospedaliere, Commissione terapeutica provinciale, Comitato per il buon uso del sangue, Comitato etico, gruppo dei farmacisti facilitatori, gruppo gestione del *follow up* oncologico, gruppo gestione dell'insufficienza renale, gruppo modelli organizzativi *day service*).

L'Azienda rimarca come lo sviluppo e la promozione di una cultura della sicurezza sia suo obiettivo già dal 2002, quando è stata istituita la Commissione per la gestione del rischio. Il concetto di sicurezza a cui si è fatto riferimento è descritto come la capacità dell'Azienda di ridurre i rischi per operatori e pazienti attraverso la definizione e la realizzazione di interventi sistematici a livello organizzativo. Ha perciò costituito una struttura di *risk management* in *staff* alla Direzione sanitaria, per il coordinamento del programma aziendale e delle strutture⁵⁸ impegnate nella promozione della sicurezza degli ambienti, degli impianti, delle tecnologie e della tutela della salute dei lavoratori, e per il supporto alla Direzione sanitaria nella realizzazione di progetti di gestione del rischio clinico. Sono stati identificati alcuni processi organizzativi e sono stati adottati strumenti concreti per la gestione del rischio fra cui: diffusione dell'*incident reporting*; creazione di un Osservatorio; diffusione dell'*audit* clinico; formazione alle tecniche di mediazione dei conflitti e identificazione di un *team* per l'ascolto e la mediazione dei conflitti in sanità. Le tabelle da 1 a 7 della sezione quarta del Bilancio di missione 2006 riportano i dati relativi all'andamento degli infortuni dal 2001 al 2006, durata, Unità operative maggiormente rappresentate, forma agente materiale, distribuzione delle lesioni per qualifica professionale.

Sicurezza e benessere
sul lavoro

Per la promozione della salute e del benessere psico-fisico dei dipendenti, l'Azienda ha sviluppato diverse iniziative: vaccinazioni (antinfluenzale, antiapatite B, antiTBC), promozione di attività fisiche e corretti stili di vita, supporto psicologico per lavoratori in reparti a rischio di stress, Comitato pari opportunità per il benessere organizzativo, oltre che azioni di facilitazione (servizio mensa, disponibilità di sale riposo-relax).

Nell'ambito di politiche di sviluppo delle competenze professionali, sono state ridefinite le responsabilità a livello apicale del Servizio infermieristico e tecnico nelle diverse strutture aziendali; è continuato nel 2006 il programma di sviluppo delle funzioni di coordinamento (con programmi di formazione per i coordinatori di nuova individuazione, con ampliamento di responsabilità nelle strutture residenziali per anziani); sono stati riquilificati operatori in applicazione dell'Accordo con le organizzazioni sindacali; si sono svolti interventi formativi per lo sviluppo delle competenze per l'utilizzo delle tecnologie informatiche. Sono state organizzate iniziative specifiche, in

Ridefinizione dei ruoli
professionali

⁵⁸ Servizio prevenzione e protezione aziendale, fisica sanitaria, sorveglianza sanitaria.

particolare nell'area infermieristica, per lo sviluppo di competenze nell'ambito del governo clinico-assistenziale. È stato elaborato, nell'ambito dello sviluppo di nuovi modelli assistenziali, un progetto per l'istituzione di ambulatori infermieristici nei Distretti per la gestione dei pazienti stomizzati e incontinenti.

Di fondamentale importanza per la partecipazione dei professionisti all'elaborazione di linee guida e istruzioni operative è il ruolo del Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria (CeVEAS), dipartimento in *staff* alla Direzione generale nato nel 1999 per favorire l'accesso alle migliori evidenze disponibili su trattamenti e cure in tre aree principali: farmaci, linee guida, salute perinatale e riproduttiva.

L'Azienda ha reso operativo un sistema per la valutazione del risultato e della posizione organizzativa connesso all'incentivazione e al sistema premiante. La retribuzione di risultato è legata al raggiungimento degli obiettivi definiti annualmente in sede di *budget* e proposti a cascata, seguendo l'architettura organizzativa e il sistema di responsabilità complessiva del sistema. È stato inoltre introdotto un criterio specifico per la valutazione della capacità manageriale, come capacità di assumere iniziative, di governare processi, di esercitare in modo autonomo e responsabile il proprio ruolo. L'Azienda ha disegnato un sistema orientato a consentire ai dirigenti di partecipare al processo decisionale e a indirizzare i comportamenti professionali e gestionali verso logiche meritocratiche. Fondamentale è il ruolo del Nucleo di valutazione, per la sua funzione di supporto metodologico al processo complessivo di valutazione. Nel 2005, oltre alla conclusione della fase di sperimentazione, è stato raccolto il punto di vista delle diverse figure coinvolte nel processo: coordinatori e collaboratori. Sono stati raccolti elementi utili alla costruzione dello strumento e del processo attivato. Il ritorno è stato nettamente positivo: ha risposto quasi il 70% degli interessati, con un *trend* alto di giudizi positivi nell'applicazione. Nel 2006 sono stati attribuiti 157 incarichi dirigenziali di UO complesse o UO semplici dipartimentali e 132 di UO semplici, sono state attribuite 62 posizioni organizzative e sono stati affidati 352 incarichi di coordinamento.

Sistema
di valutazione

L'Azienda si è dotata di una specifica struttura (Agenzia) per la formazione aziendale - AgeFor - con compiti di coordinamento organizzativo e metodologico della fase di analisi del fabbisogno formativo; elaborazione e analisi delle informazioni raccolte con riferimento agli indirizzi, aziendali e regionali; individuazione dei percorsi formativi necessari; predisposizione della proposta di Piano di formazione aziendale; coordinamento organizzativo e metodologico della fase di discussione, verifica e approvazione del Piano; diffusione del Piano approvato. Sono stati accreditati dalla Commissione regionale ECM eventi formativi per un totale di 1.137 edizioni e sono state organizzate 298 edizioni di corsi non

Formazione

accreditati nel 2005 e 113 nel 2006. Prioritario è stato l'addestramento di tutto il personale all'utilizzo del nuovo sistema informativo ospedaliero, delle nuove tecnologie radiologiche PACS/RIS, delle apparecchiature di telecardiologia e di tutta la strumentazione del laboratorio unificato. L'offerta formativa interna è stata garantita per tutte le professionalità presenti in Azienda. Dei 4.554 operatori (5.007 nel 2006) con obbligo di crediti ECM presenti in Azienda, 3.000 (3.185 nel 2006) hanno raggiunto il minimo previsto (15 crediti) con una copertura del 66% per l'anno 2005 e del 64% nel 2006. Degli 899 professionisti (medici) convenzionati, 691 (77%) hanno acquisito il minimo di crediti previsti per il 2006.

Il sistema informativo del personale è stato gestito con l'ausilio di due applicativi: uno per la gestione del trattamento economico previdenziale e l'altro per la gestione dei dati relativi alla presenza/assenza del personale dipendente o con rapporto di collaborazione. Il progetto di reingegnerizzazione è stato un'occasione per la revisione dei processi amministrativi e per una riflessione sugli obiettivi di miglioramento del servizio. Il nuovo sistema, ancora in via di implementazione, consente la diminuzione dei costi di manutenzione, la standardizzazione dei linguaggi aziendali, l'eliminazione di attività duplicate.

Sistema informativo del personale

L'avvio delle attività dei nuovi ospedali di Baggiovara e Sassuolo, che innovano in modo importante il sistema ospedaliero provinciale, ha implicato un ripensamento dello stesso modello organizzativo aziendale. In tale situazione l'Azienda ha dovuto governare i processi di informazione e garantire una puntuale applicazione degli accordi sottoscritti. Il sistema di relazioni sindacali si sviluppa attraverso un raccordo dinamico e quotidiano fra l'Ufficio relazioni sindacali, la Direzione amministrativa, la Direzione sanitaria, i servizi interni e le macrostrutture aziendali.

Sistema di relazioni tra Azienda e personale

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Il Sistema comunicazione e *marketing* coordina le iniziative di comunicazione aziendali e collabora attivamente con lo Sportello prevenzione del Dipartimento di sanità pubblica, il Sistema qualità, AgeFor e il CeVEAS. Nel 2006 la struttura ha continuato a sviluppare il Piano programmatico triennale 2005-2007.

L'obiettivo della comunicazione per l'accesso ai servizi è la conoscenza da parte dei cittadini delle modalità per accedere ai servizi e alle prestazioni. L'Azienda ha perseguito tale scopo attraverso l'URP (Ufficio relazioni con il pubblico), il Numero verde unico regionale, il Numero verde aziendale per la prevenzione dei tumori del colon retto, lo Sportello per la prevenzione, il Punto unico di accoglienza (PUA) distrettuale, la rivista trimestrale *La nostra salute* (inviata alle circa 250.000 famiglie di Modena e provincia), i siti *web* dell'Azienda, i comunicati stampa (184 nel 2005 e 165 nel 2006),

Comunicazione per l'accesso ai servizi

la campagna di comunicazione per l'attivazione nel 2006 del *call center* Tel&prenota. Nel 2005 l'attivazione dei nuovi ospedali di Baggiovara e Sassuolo è stata accompagnata da una vasta campagna di comunicazione e pubblicità. Il BdM 2006 riporta le pubblicazioni curate per l'accesso a particolari servizi.

Per facilitare l'accesso a gruppi specifici, sono state realizzate iniziative rivolte a immigrati,⁵⁹ donne in difficoltà,⁶⁰ anziani, persone con disabilità, bambini, pazienti psichiatrici, pazienti diabetici, ammalati di AIDS. Con l'obiettivo di "attivare gli strumenti per facilitare l'accesso", gli operatori utilizzano la banca dati aziendale informatizzata (ATHENA), presidiata da snodi territoriali e ospedalieri e alimentata da una rete dei referenti della comunicazione. È continuata la costruzione della seconda edizione della Carta dei Servizi.

Con l'obiettivo di "formare gli operatori per comprendere i bisogni dei cittadini e orientare la domanda di prestazioni", l'Azienda ha fatto formazione sul tema della comunicazione, su quello della gestione delle relazioni, sul confronto con persone provenienti da paesi stranieri. Con l'obiettivo di "sperimentare situazioni di coinvolgimento dei cittadini nelle scelte assistenziali", l'Azienda ha promosso iniziative in tema di consenso informato (opuscolo per gli operatori sanitari e iniziative formative); *privacy* (percorso congiunto con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta); gestione delle segnalazioni dei cittadini. Sono funzionanti sei Comitati consultivi misti a cui aderiscono circa 130 persone, di cui oltre 70 in rappresentanza dell'associazionismo. Sono state realizzate "azioni per orientare i cittadini verso l'adozione di comportamenti più sani e sicuri".

Comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

Per contrastare la cattiva informazione è stata perseguita la coerenza di informazione (informare i cittadini in modo corretto e coerente e utilizzando i canali da loro più frequentati) e sono state curate campagne di informazione.

Comunicazione per le scelte di interesse della comunità

Per favorire la condivisione e la partecipazione dei cittadini al Piano per la salute e alle sue iniziative sono state affrontate tematiche inerenti la promozione della salute, la definizione del PPS, la sua organizzazione, il percorso di pianificazione e di sviluppo operativo nonché i risultati conseguiti. *Obiettivi di salute del PPS in provincia di Modena* è un opuscolo informativo rivolto ai cittadini.

⁵⁹ "Parole Comuni", "Parliamoci", Progetto Dune.

⁶⁰ "Scegliere di scegliere", "Sono in attesa e adesso? ... non sei sola", "Mamme oltre il blu".

Biomedicale e *Quality Center Network* rappresentano un progetto condotto dall'Azienda USL con l'Azienda ospedaliero-universitaria, l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, e le associazioni imprenditoriali delle imprese del settore biomedicale di Mirandola, attraverso un Accordo i cui contenuti e finalità sono riportati nel BdM 2005.⁶¹

Il BdM 2006 riporta invece le caratteristiche del progetto AUBADE, sviluppato dall'Azienda (Servizio di ingegneria clinica e Unità operativa di neurologia di Carpi) in collaborazione con la Maserati SpA, finanziato dall'Unione europea e condotto attraverso un consorzio che vede la partecipazione di altre sei aziende europee e dell'Università di Ioannina (Grecia). Ad illustrare le azioni intraprese per lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole, i due documenti sottolineano il ruolo del CeVEAS, che nasce - come si è detto - nel gennaio 1999 come Dipartimento in *staff* alla Direzione generale per favorire l'accesso alle migliori evidenze disponibili su trattamenti e cure, attraverso la valutazione critica dei dati disponibili, la loro comprensione e il trasferimento delle informazioni a medici, decisori e cittadini. Tra le varie sue attività vi è la gestione della biblioteca, che mette a disposizione di tutti gli operatori dell'Azienda circa 130 periodici in formato cartaceo, un centinaio di monografie e banche dati, un nuovo servizio per la consultazione delle riviste *online*: TdNet.

Folder è il sistema di rendicontazione delle donazioni realizzato dall'Azienda per - da un lato - dimostrare al donatore l'uso corretto delle risorse ricevute e - dall'altro - generare un sistema di regole per la trasparenza verso i finanziatori privati.

Nel gennaio 2001 è stato istituito il Comitato etico di Modena, unico a livello provinciale tra Azienda ospedaliero-universitaria, Azienda USL e Università. Il Comitato etico ha valutato e monitorato 203 protocolli di ricerca nel 2005⁶² e 202 nel 2006.⁶³ Gli studi sponsorizzati sono stati 118 nel 2005 e 105 nel 2006. Delle 202 sperimentazioni del 2006, 161 hanno raggiunto un parere

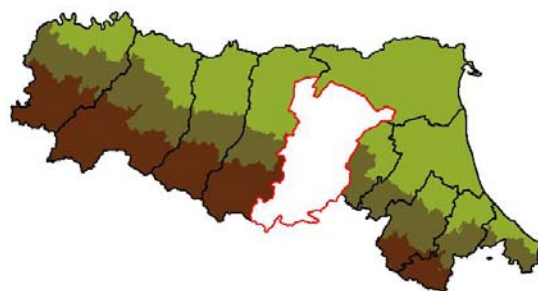
⁶¹ Le finalità dell'Accordo riguardano la formazione degli studenti della Facoltà di medicina e chirurgia per il completamento delle loro conoscenze con particolare riguardo alle tecnologie biomedicali e alle possibilità di utilizzo nella pratica clinica; la messa a disposizione di *expertise* tecnico-scientifica utile alle imprese del settore; la collaborazione nella definizione dei criteri di esecuzione di sperimentazioni pre-cliniche e cliniche di prodotti biomedicali.

⁶² I protocolli esaminati dal Comitato etico nel 2005 sono così ripartiti tra enti di appartenenza: Azienda ospedaliero-universitaria 97, Università 61, Azienda USL 35, Ospedale di Sassuolo SpA. 5, altre strutture sanitarie private accreditate 5.

⁶³ I protocolli esaminati dal Comitato etico nel 2006 sono così ripartiti tra enti di appartenenza: Azienda ospedaliero-universitaria 101, Università 51, Azienda USL 41, Ospedale di Sassuolo 3, altre strutture private 4, ambulatori di MMG 2.

definitivo (8 non approvati e 153 approvati), 36 sono sospese in attesa di chiarimenti, 5 non sono ancora state sottoposte al CE in attesa del completamento della documentazione, 5 sono state approvate col vincolo di un aggiornamento/monitoraggio periodico. Il BdM 2006 riporta l'esito del monitoraggio effettuato sui progetti presentati 1998 al 2006.

Azienda USL di Bologna



Distretto Pianura ovest

Popolazione: 75.766
 Area (Km²): 374,83
 Densità (pop per Km²): 202,1

Distretto Pianura est

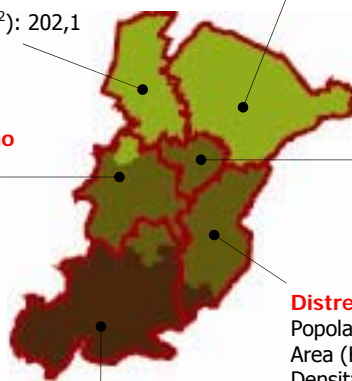
Popolazione: 143.374
 Area (Km²): 756,22
 Densità (pop per Km²): 189,6

Distretto di Casalecchio di Reno

Popolazione: 103.638
 Area (Km²): 404,37
 Densità (pop per Km²): 256,3

Distretto Città di Bologna

Popolazione: 373.743
 Area (Km²): 140,73
 Densità (pop per Km²): 2.655,7



Distretto di San Lazzaro di Savena

Popolazione: 71.987
 Area (Km²): 422,72
 Densità (pop per Km²): 170,3

Distretto di Porretta Terme

Popolazione: 55.994
 Area (Km²): 816,48
 Densità (pop per Km²): 68,6

| Comuni | Area | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|----------|--------------------------|------------------------------------|
| 50 | 2.915,35 | 824.502 | 282,8 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006 ⁶⁴

È questo il secondo Bilancio di missione per l'Azienda USL di Bologna: come per quello relativo al 2005, l'Azienda, sulla base delle indicazioni regionali, si è impegnata a rendicontare i propri risultati di performance e di salute, economico-finanziari e patrimoniali relativi all'anno 2006 ai propri interlocutori istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Il rapporto con le municipalità locali ha consentito anche nel 2006 una programmazione partecipata e integrata e la condivisione delle responsabilità nel governo della sanità locale: con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e i Comitati di Distretto sono stati sviluppati confronti importanti relativamente alla definizione delle strategie complessive dell'intero sistema locale.

Ed ora attraverso il Bilancio di missione l'Azienda rende conto del perseguimento degli obiettivi di salute che le sono stati assegnati. [...]

A permeare tutto il documento sono i due grandi temi che per il 2006, come già per il 2004 e 2005, hanno impegnato a fondo l'Azienda: il riassetto organizzativo (a completamento del processo di unificazione delle tre Aziende pre-esistenti) e la ricerca della sostenibilità economica ("da rendere compatibile con la tutela dei livelli essenziali di assistenza e con le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo dell'Azienda, a salvaguardia di un sistema sanitario universalistico, solidaristico ed equo").

Come nell'anno passato, la costruzione del Bilancio di missione non ha voluto essere un semplice passaggio obbligato verso un adempimento previsto dalla recente normativa regionale, ma l'occasione per avviare un concreto percorso di coinvolgimento delle diverse componenti aziendali sulla rendicontazione dei risultati conseguiti.

Rispetto al Bilancio di missione 2005, si è cercato di oggettivare ulteriormente l'esposizione dei risultati dell'Azienda attraverso nuovi indicatori da monitorare nel tempo (di performance ospedaliera, dell'area della ricerca e della comunicazione); è stata introdotta nella sezione 4 la carta d'identità del personale, "una descrizione dettagliata del personale dipendente in azienda che ha fornito informazioni finora inedite"; sono stati inseriti relativamente ad alcuni indicatori (di qualità dell'assistenza, tasso di ospedalizzazione, consumo di farmaci) i dati riguardanti i distretti aziendali, in modo da rendere possibile una lettura delle diverse realtà territoriali e più agevoli le successive azioni di miglioramento.

Nelle varie sezioni sono state tracciate le politiche e i risultati richiamandoli anche in una sintesi finale.

Nella sezione 7 sono stati indagati obiettivi che nel 2006 hanno rivestito particolare rilevanza. Sono state descritte le strategie aziendali per lo sviluppo delle cure primarie e per migliorare l'accesso, l'appropriatezza e l'efficienza nella specialistica ambulatoriale. È stato illustrato il progetto MAPSAN 06, le mappe dell'offerta di servizi nel territorio dell'Azienda USL di Bologna, per avere una conoscenza approfondita dei servizi sanitari

⁶⁴ <http://www.aUSL.bologna.it/notiziario/dettaglio.php?id=2123>

e socio-sanitari disponibili sul territorio e del loro utilizzo da parte dei cittadini. L'Azienda, come lo scorso anno, ha voluto rappresentare i risultati cercando tra essi quelli più rappresentativi tra le aree EFQM di risultato (risultati chiave di performance, risultati relativi al personale, all'utente e alla società) che potessero consentire la lettura dei risultati, in particolare quelli orientati al cittadino e al suo guadagno di salute.

Franco Riboldi

Direttore generale dell'Azienda USL di Bologna

Contesto di riferimento

Il territorio dell'Azienda va dalla montagna (distretto di Porretta Terme) alla collina (distretti di Casalecchio di Reno, Città di Bologna, San Lazzaro di Savena), alla pianura (distretti Pianura ovest e Pianura est). Nel suo territorio insistono 50 Comuni organizzati nei sei distretti sanitari citati. La sua strategica posizione ha favorito lo sviluppo di importanti vie di comunicazione a valenza nazionale.

Territorio e ambiente

L'inquinamento da polveri sottili (PM₁₀) è fra i più elevati a livello regionale. Nei primi anni del decennio a Bologna si è osservata una progressiva e costante diminuzione della concentrazione media annuale di PM₁₀, che tuttavia torna a crescere a partire dal 2005. I superamenti del valore medio giornaliero sono stati nel corso di questi anni sempre oltre il limite di 35 giorni/anno fissati dalla normativa. Tra gli indicatori che più concretamente rendono visibile il danno prodotto dal persistere dell'inquinamento atmosferico viene annoverato quello degli anni di vita persi, ovvero la stima di morti premature attribuibili al superamento di livelli di PM_{2,5} ritenuti non accettabili (superiori a 15 µg/m³). Nella pubblicazione annuale sull'impatto dell'inquinamento sulla salute della Provincia di Bologna⁶⁵ si è stimato che nel 2005 sono stati persi a causa di esposizione a PM_{2,5} oltre 500 anni di vita. Le classi di età più fragili risultano quelle degli anziani.

La popolazione residente nell'Azienda al 31 dicembre 2005 ammontava a 824.502 e rappresentava circa l'87% di quella provinciale. È in aumento in tutti i distretti, tranne che in quello di Bologna che registra un calo rispetto al 2004 di 682 unità, pari allo 0,18%. Gli unici due distretti che registrano un aumento superiore all'1% sono quelli di Pianura est (1,51%) e Pianura ovest (2,00%). L'aumento della popolazione è imputabile al positivo saldo migratorio, che compensa ampiamente il saldo naturale ancora negativo.

Popolazione

Le classi d'età che hanno registrato l'incremento percentuale annuale più elevato sono state quelle dei grandi anziani (80 anni e oltre con +2,8%)

⁶⁵ *Qualità dell'aria in provincia di Bologna: stato e valutazione sanitaria*. 2005. (<http://www.aria.provincia.bologna.it>).

e dei più giovani (+2,4%). Città di Bologna si conferma il distretto con la più alta percentuale di grandi anziani. La presenza di grandi anziani si differenzia per sesso: in provincia gli ultraottantenni maschi rappresentano il 4,9% dell'intera popolazione mentre le femmine il 9%. La speranza di vita per il 2005 è stata di 78,93 anni per gli uomini e di 83,54 anni per le donne.

I cittadini stranieri residenti nel territorio dell'Azienda nel 2005 erano 55.175, pari al 6,7% della popolazione. La componente femminile nel 2005 ha eguagliato quella maschile, ma nel distretto Città di Bologna superava il 51% già nel 2002. La nazionalità più presente nel territorio aziendale è quella marocchina, mentre nel distretto Città di Bologna è quella filippina.

Le famiglie unipersonali al 2001 erano quasi un terzo del totale, come rileva il Bilancio di missione 2005, che si sofferma sulla conseguente maggiore fragilità in termini sia sociali che sanitari.

Bologna è caratterizzata al contempo da una popolazione con i più alti livelli di istruzione d'Italia e con i più bassi livelli di disoccupazione. I residenti in possesso di laurea o diploma universitario rappresentano l'11,1% della popolazione di età superiore agli 11 anni. Bologna è anche la provincia con la più alta percentuale di cittadini con diploma di maturità di tutto il territorio regionale (36,7% vs 32,9%) e con il più basso indice di non conseguimento delle scuole dell'obbligo (6,7% vs 7,9%).

Condizioni socio-economiche

Il reddito medio pro capite, che registra un leggero calo nel 2005 rispetto all'anno precedente, è fra i più alti in Italia e il più alto di tutta la regione. La spesa per consumi finali si colloca invece nel valore mediano.

I tassi di occupazione sono cresciuti nel decennio al pari di quelli regionali, per poi raggiungere livelli superiori negli ultimi due anni (69,4% nella popolazione aziendale di 15-64 anni contro il 68,4% regionale). Il tasso di disoccupazione è più basso, con differenze più elevate nel sesso femminile.

Il tasso di mortalità infantile è più basso di quelli regionale e nazionale e, in linea con l'andamento generale, in costante diminuzione dal 1993 (5,8 decessi per 1.000 nati vivi vs 7‰ regionale e 8,2‰ nazionale) al 2005 (2,6‰ vs 3,8‰ regionale e 4,1‰ nazionale).

Osservazioni epidemiologiche

Complessivamente la mortalità generale è andata diminuendo in modo significativo nel periodo considerato sia in regione che in Azienda, con un picco anomalo nel 2003 (come in tutta Italia) spiegabile con l'eccezionale ondata di calore di quell'estate. Le principali cause di morte sono costituite dalle patologie cardiocircolatorie (in linea con i dati medi regionali) e tumorali, con dati più elevati per la popolazione femminile rispetto a quelli medi regionali. Esistono disparità statisticamente significative fra i sei distretti in relazione ai tassi di mortalità generale, significativamente più basso nel distretto Città di Bologna (-9%) che ha invece, unitamente al distretto di Porretta Terme (+15%), un eccesso di mortalità per tumori (+6%).

Per quanto riguarda la morbosità, sono in generalizzata crescita la patologia diabetica e l'ipertensione arteriosa; la tubercolosi polmonare si è mantenuta su valori stabili, più alti di quelli medi regionali. Per l'AIDS, è in diminuzione l'incidenza della malattia conclamata e in aumento la sopravvivenza; il tasso di prevalenza è risultato nel 2005 più basso di quello regionale. La patologia diabetica è ormai una delle patologie croniche più diffuse e la sua prevalenza cresce in modo esponenziale con l'età. Considerato lo scenario demografico caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione, sono immaginabili le pesanti ricadute che si avranno sulle attività assistenziali. È quindi indispensabile - sottolinea l'Azienda - perseguire una duplice strada: promuovere adeguati stili di vita e potenziare i servizi assistenziali territoriali. Vengono quindi analizzati i consumi di farmaci e l'uso dell'ospedale, utilizzando l'archivio aziendale delle prescrizioni farmaceutiche per i primi e i dati SDO per il secondo, al fine di stimare la prevalenza di patologie nel territorio.

La qualità di vita percepita è decisamente buona (specie dai maschi), anche se la popolazione bolognese non segue stili di vita particolarmente salutari, visti la scarsa propensione all'attività fisica, il consumo a rischio di sostanze alcoliche in circa il 27% della popolazione (si stima che i grandi bevitori siano più dell'8%), un non altissimo consumo di frutta e verdura e una presenza di quasi il 28% di fumatori. Una specifica attenzione va rivolta ai bambini che, soprattutto in età scolare, presentano alte percentuali di soprappeso e obesità.

Stili di vita

Le morti per incidenti stradali e per incidenti sul lavoro sono in sostanziale stabilità, anche se questi ultimi presentano evidenti differenze territoriali e per comparto lavorativo. È confermata dai dati aggiornati al 2005 la costante ed elevata crescita di infortuni sul lavoro tra i lavoratori stranieri (da 1.908 casi nel 2000 a 2.381 nel 2005).

Sicurezza

Profilo aziendale

La situazione economico-finanziario-patrimoniale dell'Azienda è complessa e, pur a fronte della riduzione del forte disavanzo nel 2005, evidenzia rilevanti tensioni finanziarie e condizioni di squilibrio patrimoniale. Nella sua introduzione al documento del 2006, il Direttore mette in relazione il pesante risultato dell'esercizio con

Sostenibilità
economica e impatto
sul territorio

la riduzione del finanziamento erogato, a causa della sottostima del Fondo sanitario nazionale e regionale (...)

e sottolinea il

trend crescente nello sviluppo degli investimenti, collegato alla progressiva realizzazione dei Piani investimenti degli anni precedenti che vengono a completamento e che hanno visto una riduzione progressiva delle fonti di finanziamento esterne. L'aspetto patrimoniale sarà una delle maggiori criticità del futuro.

Notevole è l'impatto dell'Azienda sul contesto economico del suo territorio, con circa 10.000 unità occupate, tra dipendenti, convenzionati e contrattisti, che per l'80% risiedono nell'ambito territoriale aziendale. Essi rappresentano infatti il 2,3% di tutti gli occupati del territorio e percepiscono emolumenti per oltre 385 milioni di Euro. Inoltre l'Azienda acquista beni e servizi per 1.100 milioni di Euro da fornitori che nel 77% dei casi hanno sede legale nel territorio bolognese.

Al riconoscimento da parte della comunità della funzione sociale dell'Azienda è dedicata la sezione 2.3.2 del Bilancio di missione 2006, con un'ampia illustrazione dei progetti attivati: di sostegno e solidarietà sociale, di cooperazione internazionale, di recupero di attrezzature dismesse ma ancora funzionanti da inviare nei paesi in via di sviluppo, di cooperazione sanitaria e ricoveri umanitari, di volontariato. Il riconoscimento sociale si può leggere anche attraverso i lasciti e le donazioni che di anno in anno segnano il rapporto fiduciario tra Azienda e cittadinanza: il coinvolgimento della cittadinanza per la ricerca di fondi si è concretizzato in diverse azioni che hanno portato all'Azienda donazioni per 2,227 milioni di Euro nel 2005 e 3,408 milioni di Euro nel 2006.

Impatto sociale

Da segnalare la sezione 2.3.4 che l'Azienda dedica, fuori dallo schema base regionale, all'impatto sull'ambiente, con l'illustrazione delle politiche aziendali di promozione di una mobilità sostenibile - Mobilitiamoci - per incentivare l'uso del trasporto pubblico, di carburanti meno inquinanti, del servizio di biciclette aziendali per gli spostamenti di servizio, di veicoli elettrici per l'assistenza domiciliare e del risparmio energetico - M'illumino di meno -.

Impatto sull'ambiente



Per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza, il costo pro capite ponderato di Bologna si pone come uno dei più alti a livello regionale. L'assorbimento evidenzia nel 2004 un maggior costo rispetto alla media regionale del 3,9%, pari a + 56,8 Euro, con un costo pro capite aziendale di 1.512,43 Euro a fronte di 1.455,63 Euro della Regione. Il 2005 registra un miglioramento per l'Azienda di Bologna con uno scarto che scende a +29,9% e un costo pro capite aziendale di 1.552,40 Euro a fronte di un costo medio regionale di 1.522,57 Euro.

LEA
costi

Nel 2006 lo *screening* per il tumore del collo dell'utero ha registrato un'adesione del 57%, quello per il tumore alla mammella del 66,6% e quello per il tumore del colon retto, attivo dal 2005, del 38%.

assistenza collettiva

La copertura vaccinale dei bambini è in linea con i dati medi regionali e anche quella antinfluenzale nella popolazione anziana è salita nel 2006 al 73,6%, portandosi vicino all'obiettivo regionale.

La percentuale di aziende controllate sul totale delle aziende presenti sul territorio mostra una lenta ma costante crescita nell'ultimo quinquennio, con valori che si pongono sempre al di sopra della media regionale. L'attività di controllo sulle aziende alimentari e sugli allevamenti, costantemente inferiore alla media regionale, risente di una politica che privilegia la condivisione di criteri di comportamento corretti (attraverso una crescente attività di informazione e assistenza alle imprese) all'attività di vigilanza e ispezione.

L'Azienda pone l'accento sulle strategie per lo sviluppo dei Nuclei di cure primarie, illustrate in esteso anche nella sezione 7 del Bilancio di missione 2006. L'Azienda comprende 46 NCP, di cui 21 nel distretto Città di Bologna.

assistenza distrettuale

I posti residenziali per anziani non autosufficienti sono 2.501 al 31/12/2006. L'indice di copertura, pur rimanendo inferiore alla media regionale, è passato da 23,8‰ nel 2000 a 25,2‰. I posti semi-residenziali (Centri diurni) a disposizione degli anziani non autosufficienti sono 479 al 31/12/2006, con un indice di copertura dello 4,8‰ (+ 14% rispetto al 2005).

Le persone trattate dal Dipartimento di salute mentale presentano un andamento in crescita dal 2000 al 2003. L'area è caratterizzata nel 2006 da un numero di utenti inferiore a quello del 2005, ma sempre superiore alla media regionale.

Per l'assistenza domiciliare, negli ultimi anni l'Azienda si è data l'obiettivo di miglioramento dell'accesso e tempestività di risposta per le popolazioni più fragili e deboli nell'area delle cure primarie. Nel 2006 sono stati assistiti 21.256 pazienti, registrando un incremento del 21,4% rispetto all'anno precedente, con un forte aumento del ricorso all'assistenza infermieristica. È aumentato anche il numero di pazienti in assistenza distrettuale integrata con una copertura della popolazione anziana del 19,4%.

Riguardo ai consultori familiari si registra una maggiore attività di specialistica ginecologica rispetto ai dati regionali e un'attività inferiore per l'assistenza alla gravidanza e la diagnosi precoce dei tumori femminili. La percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari rappresenta nel 2005 il 37,3% del totale delle donne gravide seguite. Era il 26,4% nel 2000.

Gli indici di consumo per l'assistenza specialistica ambulatoriale sono sistematicamente superiori a quelli medi regionali e con ancora alcune criticità sui tempi di attesa. Anche nel 2006 si registra un maggior consumo e un aumento rispetto al 2005.

La spesa pro capite per l'assistenza farmaceutica, in miglioramento nel 2005, registra nel 2006 un aumento del 2,72%, superiore a quello medio regionale (1,88%). Dall'analisi aziendale emerge che il maggiore scostamento si è registrato nei mesi da aprile a luglio, "periodo in cui le farmacie aperte al pubblico di Bologna, a differenza delle farmacie aperte al pubblico della regione, non hanno acconsentito ad introdurre nuovi farmaci negli elenchi della distribuzione per conto." Lo scostamento dal dato regionale torna a diminuire nei mesi successivi. Il documento riporta dati analitici dei consumi e della spesa pro capite ponderata, per distretto e nel confronto con la RER, per gruppi terapeutici di farmaci.

La dotazione di posti letto, superiore alla media regionale, è scesa da 6,3 per 1.000 residenti nel 2003 a 5,8 nel 2006. La riduzione è soprattutto a carico dei posti letto per acuti in regime ordinario. L'offerta di posti letto per riabilitazione e lungodegenza appare stabile negli anni e omogenea al dato regionale. Nel territorio bolognese sono presenti numerosi centri di alta specialità. La produzione ospedaliera dell'Azienda ha mantenuto nel 2005 e 2006 il *trend* degli anni precedenti: riduzione dei ricoveri e contestuale aumento del punto medio dei DRG. I tempi di attesa sono migliorati per alcune tipologie di ricoveri, ma permane critico l'andamento per gli interventi di protesi d'anca. Nel documento si analizzano i dati di accesso al Pronto soccorso, il grado di attrazione delle strutture aziendali, i tempi d'attesa e il consumo di ricoveri ospedalieri da parte della popolazione residente.

assistenza ospedaliera

I dati relativi ai consumi confermano il *trend* di riduzione in atto da alcuni anni sia nell'Azienda sia in regione: il tasso standardizzato di ospedalizzazione passa nel 2006 a 180,51‰ residenti, inferiore al valore regionale (184,87‰), grazie soprattutto all'utilizzo di altre forme di assistenza, come i percorsi ambulatoriali complessi (*day service*) e l'assistenza domiciliare integrata.

In relazione ai dati riguardanti la qualità dell'assistenza selezionati dalle linee guida regionali, si rileva per l'Azienda una percentuale di parti con taglio cesareo costantemente inferiore al dato regionale, seppure in aumento, un numero di deceduti a seguito d'interventi chirurgici in elezione a basso rischio inferiore ai dati regionali, un tasso di ospedalizzazione evitabile in costante decremento e in linea con il *trend* regionale, un tasso di mortalità intraospedaliera per infarto miocardico acuto costantemente inferiore al dato regionale. Si sono inoltre ridotti nel 2006 i ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani e il tasso complessivo di ospedalizzazione evitabile. Restano invece superiori al dato medio regionale i ricoveri per complicazioni da diabete a breve e a lungo termine. Gli indicatori del basso peso alla nascita sono in crescita nel 2005 e 2006 e da inferiori diventano superiori a quelli medi regionali. Su questi - così come sui dati relativi all'ospedalizzazione evitabile per malattie polmonari cronico-ostruttive - l'Azienda intende approfondire l'analisi ai fini di possibili azioni di miglioramento.

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Il Bilancio di missione 2005, seguendo puntualmente lo schema regionale, riconduce azioni ed esiti dell'attività istituzionale alle quattro finalità: partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria; universalità ed equità di accesso; centralità del cittadino; qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale.

Il Bilancio di missione 2006 segue un altro criterio. Per descrivere azioni e risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi istituzionali sono stati tenuti in considerazione i temi strategici sottolineati dal Direttore nella sua presentazione (promozione della salute; sviluppo di una rete di servizi per le cure primarie, intermedie e ospedaliere; integrazione dei percorsi; rispetto delle compatibilità economiche; tutela delle fragilità; garanzia dell'eccellenza, crescita delle risorse umane e professionali; dialogo con il contesto), facendo confluire alcuni di essi (sviluppo di una rete di servizi, integrazione dei percorsi, tutela delle fragilità) nell'unico grande filo conduttore dell'appropriatezza organizzativa e clinico-assistenziale. Riserva a una tabella riassuntiva, collocata alla fine della sezione, il compito di delineare i rapporti, oltre che tra le varie parti della sezione, tra i temi strategici aziendali e le quattro macro-finalità indicate dalle linee guida regionali. Il documento rinvia ad altre sezioni del BdM la trattazione estesa di alcuni dei temi strategici: la crescita delle risorse umane e professionali (*sezione 4*) e il dialogo con il contesto (*sezione 5*).

La sezione 3 si sviluppa pertanto in cinque capitoli, i cui contenuti vengono qui brevemente descritti, rinviano al documento aziendale per il necessario approfondimento.

Al centro della missione aziendale, la salute dei cittadini rappresenta il cardine del pensiero e dell'azione degli operatori. La persona come protagonista della propria salute, intesa come benessere più che assenza di malattia, rappresenta un valore per l'intera comunità. Da una parte l'Azienda è chiamata a una scelta precisa in favore delle persone più deboli, dall'altra essa deve affiancare tutte le istituzioni deputate ad assumere decisioni che incidono sulla salute dei cittadini.

Prevenzione e promozione della salute

In questo ambito l'Azienda ha contribuito alle azioni di programmazione e verifica della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna, e alla pianificazione locale all'interno del Piano delle attività locali, del Piano per la salute, dei Piani di zona, dei Programmi delle attività territoriali e del Piano regionale della prevenzione. I progetti ai quali l'Azienda ha prioritariamente collaborato hanno riguardato: prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sana, interventi di promozione della salute per utenti e gestori della ristorazione collettiva; sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali, sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici; sorveglianza e prevenzione degli infortuni sul lavoro.

Per favorire l'*empowerment* e lo sviluppo delle capacità del cittadino rispetto all'utilizzo consapevole dei servizi sanitari, l'Azienda ha proseguito le attività del Laboratorio dei cittadini per la salute, con i progetti La tua disdetta aiuta chi aspetta, La diagnosi precoce delle malattie: il programma regionale degli screening oncologici, e con i protocolli spontanei di diagnosi precoce, da cui è scaturita la campagna di informazione Non ti scordar di te.

Nel 2006 è stato inoltre completato il percorso di formazione Mercato della salute, rivolto a cittadini e operatori, con gli obiettivi di sviluppare consapevolezza e capacità critica del cittadino sulle informazioni che riceve sulla salute, di valorizzare l'importanza di un'informazione indipendente dal conflitto di interessi.

Il Bilancio di missione richiama le azioni realizzate per riorganizzare i servizi e i percorsi di accesso al fine di migliorare l'integrazione delle risorse in ambito territoriale e ospedaliero. Di concerto con la CTSS, e con un confronto programmatico con le organizzazioni sindacali dei MMG, è stata definita l'organizzazione dei Nuclei cure primarie secondo un modello omogeneo su tutto il territorio aziendale. Sono proseguite progettazioni specifiche per le cure primarie da affiancare al consolidamento dell'associazionismo medico (progetto regionale SOLE, progetto LUNA) ed è stato costituito un *team* integrato interdipartimentale (neuroscienze e salute mentale) per un Programma assistenziale integrato a favore delle persone con autismo. Al fine di migliorare l'integrazione tra ospedale

Appropriatezza organizzativa e assistenziale

e territorio e favorire il ritorno al domicilio del paziente sono state riviste le funzioni dell'*hospice* e sono stati predisposti gli interventi organizzativi per l'attivazione del nuovo *hospice* situato presso l'Ospedale Bellaria.

In ambito ospedaliero l'impegno dell'Azienda è teso a realizzare una profonda riorganizzazione caratterizzata dall'orientamento alla creazione di un'offerta a rete, in cui il ruolo dei singoli stabilimenti sia configurato per integrarsi in modo complementare e sinergico, e soprattutto funzionale al consolidamento dei percorsi di cura dei cittadini. Nel corso del 2006 l'Azienda ha lavorato all'obiettivo di promuovere la realizzazione di una rete ospedaliera e specialistica a livello di singole specialità, tale da garantire una risposta unitaria in tempi brevi e supportare alcune unità operative anche in zone disagiate attraverso una collaborazione intra-interdipartimentale, in particolare per il trattamento delle malattie rare, del paziente con ictus nella fase acuta e nella fase post-ospedaliera, delle gravi cerebrolesioni (nell'ambito del progetto regionale Gracer). Sono stati inoltre promossi interventi nell'ambito della rete cardiologica (per l'ottimizzazione dell'emodinamica notturna) e nell'area materno-infantile. È stato rivisto il percorso assistenziale della menopausa. Nel corso del 2006 sono stati potenziati in tutti i Pronto soccorso aziendali le funzioni di osservazione breve intensiva (OBI), il che, insieme a una maggiore appropriatezza nell'indicazione di ricovero, ha portato a un abbassamento del tasso di ricoveri. È stato avviato il "cruscotto delle cure intermedie". Funzionale alla riorganizzazione dell'attività di neurochirurgia è stato l'avvio dell'attività di neurochirurgia traumatologica presso l'Ospedale Maggiore, in rete con l'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna e con tutto il sistema dell'emergenza 118. È stata ulteriormente qualificata l'attività di *day service* ambulatoriale, sostitutiva di quella in *day hospital*. In collaborazione con CUP 2000 sono state attivate nuove iniziative per consentire la massima efficienza del sistema produttivo.

Al fine di consolidare e sviluppare le azioni di prevenzione del disagio giovanile, si è provveduto a organizzare e rendere stabili i servizi che lavorano nei luoghi di vita e di aggregazione dei giovani e a potenziare l'offerta di ascolto e di consulenza dei familiari. Altra attività volta a potenziare l'assistenza nei confronti delle fasce deboli è stata quella finalizzata a migliorare l'integrazione con il Centro specialistico Il faro (centro di secondo livello volto alla prevenzione e al trattamento dei casi di abuso e gravi forme di maltrattamento all'infanzia). Nell'ambito di quanto previsto dalla Delibera GR 2068/2004, si è proceduto all'attivazione di un corso specifico rivolto agli operatori delle *équipe* multiprofessionali distrettuali, alle unità socio-sanitarie integrate adulti con disabilità, ai servizi assistenziali tecnici e riabilitativi distrettuali. L'applicazione del Programma regionale di assistenza odontoiatrica ha rappresentato per l'Azienda l'occasione per una complessiva riprogettazione del sistema delle cure odontoiatriche

e per l'istituzione del servizio di assistenza odontoiatrica dedicato a pazienti con grave disabilità e a rischio presso l'Ospedale Bellaria, insieme alla riqualificazione dell'attività del Centro stomatologico Beretta.

Tra le azioni atte a promuovere l'appropriatezza organizzativa viene descritto il sistema delle "unioni d'acquisto per Area vasta" che ha portato a rilevanti risultati (36 gare nel 2005, per un totale di circa 35 milioni di Euro e un risparmio, rispetto alla spesa storica, di oltre 2.500.000 Euro/anno, pari all'8,91%). Nel 2006 si è passati a un risparmio annuo di oltre 10 milioni di Euro, pari all'11,8%.

Per conseguire un uso appropriato dei farmaci, l'Azienda ha lavorato su tre linee d'azione: distribuzione diretta ai pazienti; verifiche di appropriatezza dei piani terapeutici; appropriatezza prescrittiva. Le iniziative sono state accompagnate da programmi specifici di aggiornamento, realizzati con la direzione scientifica del CeVEAS, anche sul tema della corretta prescrizione di farmaci per il trattamento dell'ipertensione, e da attività di *audit* sulle prescrizioni di farmaci in dimissione da ricovero ospedaliero.

L'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali viene perseguita attraverso il progetto *Integrated Health Care Project*, il cui obiettivo primario è garantire al cittadino percorsi assistenziali strutturati in modo omogeneo per le patologie di più frequente riscontro nell'attività specialistica ambulatoriale.

Nel terzo capitolo vengono richiamati gli importanti investimenti realizzati, tra i quali: Centro dialisi ad assistenza decentrata presso l'Ospedale Maggiore di Bologna e la riorganizzazione, in via sperimentale, del sistema di trasporto; *hospice* presso l'ospedale Bellaria; tre nuovi ambulatori odontoiatrici; nuovo reparto di ortopedia e traumatologia nella nuova ala dell'Ospedale di Bentivoglio; nuovo poliambulatorio di Lizzano in Belvedere; nuovo ecocardiografo in dotazione alla cardiologia dell'Ospedale di Bentivoglio; due nuovi mammografi digitali acquisiti dall'Unità operativa di senologia dell'Ospedale Maggiore; due nuovi apparecchi TAC presso l'Ospedale Maggiore e presso l'Ospedale di Bentivoglio; completamento della gara del sistema standardizzato per la trasmissione delle immagini radiologiche (PACS). Si è realizzata la concentrazione in *housing* (cioè con un centro di riferimento presidiato e ad elevata sicurezza) di tutte le apparecchiature informatiche di sistema (oltre 100 *server*), con un miglioramento significativo della qualità e potenzialità della rete dell'ICT e con diminuzioni dei costi di gestione. È stato attivato un sistema innovativo di gestione dell'intranet aziendale, potenziando il portale e consentendo agli operatori aziendali la realizzazione di aree autonome di pubblicazione e documentazione.

Innovazione
e investimenti

La scelta aziendale per la qualità prevede l'integrazione di tre modelli: accreditamento (secondo le disposizioni della Regione Emilia-Romagna), certificazione ISO, modello EFQM. Sono quindi proseguiti i percorsi attivati per l'accreditamento istituzionale. Hanno ricevuto il decreto di accreditamento le Unità operative di anestesia e cardiologia. Sono contemporaneamente proseguite le attività per il mantenimento della certificazione UNI EN ISO 9001:2000 dell'Azienda e di 17 Unità operative in particolare. È stato avviato il percorso di implementazione del modello EFQM. Nel mese di novembre è stata attivata la rete dei referenti qualità-governo clinico assistenziale. Viene sottolineato come il modello EFQM rappresenti anche la cornice sistemica degli indicatori del Bilancio di missione.

Qualità dell'assistenza

La Carta dei servizi è vista dall'Azienda non come ulteriore e semplice strumento di comunicazione, ma come insostituibile interfaccia tra l'organizzazione e il cittadino, o meglio "un vero e proprio contratto stipulato tra le due parti". Seguendo tale impostazione, la realizzazione del progetto avviato nel 2005 è proseguita con la pubblicazione delle Carte relative a: Centro dialisi dell'Ospedale Maggiore, assistenza domiciliare integrata, anestesia e rianimazione, cardiologia. Nel corso dell'anno è stato predisposto un piano che prevede il coinvolgimento progressivo, nell'arco di un triennio, di tutti i Dipartimenti e Distretti aziendali nella rilevazione e analisi della qualità percepita dai cittadini che si rivolgono ai servizi aziendali. Questo percorso tiene conto delle diverse realtà che compongono l'Azienda, dal punto di vista sia territoriale sia organizzativo. Nel corso del 2006 è stato implementato il Progetto del PAL Anziano fragile. Sono proseguite nel corso dell'anno le attività del Comitato consultivo misto aziendale ed è stata approvata la costituzione del gruppo di lavoro permanente sulla salute mentale.

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

Il Bilancio di missione 2006 fornisce la rappresentazione degli operatori e dei professionisti che a vario titolo prestano la propria attività nell'Azienda, una vera e propria carta d'identità del personale, utile per una visione complessiva delle risorse umane di cui l'Azienda si avvale. Al 31/12/2006 erano 8.417 le unità di personale dipendente a tempo determinato e indeterminato, contro 8.570 al 31 dicembre dell'anno precedente. I lavoratori con contratto di collaborazione coordinata e continuativa e libero-professionale erano 388. Il personale disabile si attesta sulle 154 unità negli anni 2004, 2005 e 2006. Le tabelle 4.7-4.10 del Bilancio di missione

Carta d'identità
del personale

illustrano rispettivamente la distribuzione del personale per genere,⁶⁶ la distribuzione dell'orario ridotto per genere e per categoria di personale dipendente,⁶⁷ la distribuzione delle categorie di personale per classi d'età,⁶⁸ le giornate di assenza per tipo di causa e per genere.

Nel corso di tutto il 2004 l'Azienda si è impegnata nel lavoro di ridefinizione del proprio assetto istituzionale e organizzativo conseguente all'unificazione, che si è concluso nel 2005. Nel 2006 si è sviluppato il confronto sull'assetto organizzativo dei Dipartimenti e dei Distretti. Il processo ha interessato oltre che le macrostrutture organizzative aziendali, le OOSS, gli organismi di rappresentanza dei cittadini (CCM), il Nucleo di valutazione, il Collegio sindacale e le istituzioni locali (Conferenza territoriale sociale e sanitaria, Comitati di Distretto). L'Atto aziendale è stato adottato nel 2005. Sono stati costituiti nel 2005 e si sono consolidati nel 2006 gli organi e organismi previsti dagli atti costitutivi e dai regolamenti, tra cui il comitato *budget* aziendale con l'individuazione di un gruppo tecnico di supporto per la definizione delle linee guida e il monitoraggio del processo.

Professionisti nel
governo dell'Azienda

Il tema della valutazione del rischio e della sicurezza è stato al centro dell'attenzione aziendale sia nel 2005 che nel 2006 "come obbligo morale nei confronti dell'utenza e dei lavoratori", sottolinea l'Azienda. La collaborazione stretta dei servizi preposti con le Direzioni dipartimentali e distrettuali, con il Dipartimento tecnico patrimoniale, con l'area delle risorse umane, è indice di una necessaria integrazione per una reale azione di prevenzione del rischio. Sono stati effettuati accertamenti sanitari periodici su circa 4.400 operatori nel 2005 e su 5.091 nel 2006. Sono state intraprese iniziative in relazione al contenzioso medico-legale e alle polizze assicurative. È proseguita la formazione degli operatori sul tema del rischio e, con cadenze infrannuali, quella per neoassunti. La valutazione dei rischi e la formazione del personale sui rischi sono attività importanti che il settore del *risk management* assicura. Eventi infortunistici denotano un positivo graduale *trend* in diminuzione.

Sicurezza
e gestione dei rischi

Sono state intraprese azioni di ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali coerenti con i processi di ridefinizione dei percorsi e dei modelli assistenziali, fra cui quelle relative alla domiciliazione dell'assistenza, alla continuità delle cure, ecc. È stato istituito

Ridefinizione
dei ruoli professionali

⁶⁶ I maschi rappresentano il 29,08% del totale, il 51,75% dei dirigenti (55,86% dei dirigenti medici e veterinari), il 23,64% del comparto.

⁶⁷ È in regime di orario ridotto il 4% delle donne nell'ambito della dirigenza, il 14% delle donne nel comparto, il 4% degli uomini del comparto, mentre il *part time* è sostanzialmente inesistente tra gli uomini nell'ambito della dirigenza.

⁶⁸ Il 70% del personale è nella fascia d'età compresa tra i 35 e i 54 anni. Nella fascia tra 35-44 si colloca il 40% del personale del comparto mentre nella fascia 45-54 si colloca il 50% della dirigenza.

nel 2005 il profilo dell'operatore socio sanitario (OSS) ed è stato attivato il Servizio assistenziale, tecnico-sanitario e riabilitativo (SATeR). Sono state definite nuove figure di responsabile per le quattro aree professionali afferenti a tale Servizio (area assistenziale, area tecnico-sanitaria, area della riabilitazione, area della prevenzione), oltre al responsabile dell'area sociale.

È stato individuato un responsabile gestionale per ogni Dipartimento e Distretto. Nella ridefinizione dell'area delle cure primarie è stato delineato il profilo dell'infermiere di famiglia.

L'Azienda intende continuare il suo impegno per giungere, con le organizzazioni sindacali sia del comparto che della dirigenza, a un sistema aziendale di valorizzazione delle posizioni di responsabilità e per consolidare il nuovo sistema premiante, fortemente integrato con il percorso di *budget*.

Partendo dal presupposto che la formazione del personale è uno strumento fondamentale per la qualità dei servizi e lo sviluppo professionale dei professionisti, l'Azienda ha rinnovato l'indirizzo per una forte preminenza della formazione interna, anche come momento di confronto e crescita dei professionisti. Mentre nel 2004 l'Azienda ha fatto sostanziale riferimento ancora a modelli e procedure non del tutto omogenei, nel 2005 il Piano aziendale della formazione (PAF) è stato definito con il coinvolgimento di tutte le figure professionali e ha orientato il proprio intervento sullo sviluppo di competenze tecnico-professionali, organizzative e relazionali. Nel 2006 è poi aumentata, rispetto al 2005, la capacità di programmazione delle iniziative di formazione, riducendo il residuo che tradizionalmente si riscontrava a fine anno. Vi è una elevata acquisizione dei crediti ECM con iniziative interne (oltre l'87% di quelli richiesti). L'impegno del settore è volto anche alla formazione al lavoro e alla collaborazione con l'Università degli studi; vi è quindi un costante aumento dell'attività, anche a seguito dell'unificazione delle tre strutture che svolgevano tale attività.

Formazione

La costituzione dell'Azienda unica ha determinato la necessità di progettare un sistema informativo integrato articolato in sottoprogetti, specifico per la gestione delle risorse umane, tenendo conto della particolare rilevanza data dalla numerosità degli attori interni coinvolti nell'alimentazione delle basi dati operative, e di coloro che a vario titolo sono interessati all'accesso alle informazioni e alla reportistica ai fini della gestione: dalla Direzione aziendale, alle macroarticolazioni, ai Dipartimenti, sino ai responsabili delle Unità operative aziendali o ai Servizi di *staff*.

Sistema informativo del personale

Le relazioni sindacali sono state particolarmente intense nella contrattazione integrativa aziendale dell'area del comparto e nei lavori delle commissioni bilaterali, sia nel comparto che nella dirigenza, per la predisposizione di proposte ai tavoli negoziali. Si sono raggiunti numerosi accordi per la regolamentazione comune di diversi istituti contrattuali.

Relazioni sindacali

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Partecipazione, accesso, informazione, trasparenza, tutela sono diventate le parole chiave del rapporto dell'Azienda sanitaria con un cittadino sempre più partecipe e consapevole dei propri diritti di cittadinanza.

Nel 2004 la comunicazione aziendale è stata caratterizzata da una forte riorganizzazione, in coerenza con il processo di unificazione e con la necessità di superare i tre modelli organizzativi pre-esistenti. L'obiettivo è stato quello di promuovere una politica di comunicazione capace di mettere insieme le fasi dell'ascolto dei cittadini (singoli e associati), degli operatori, delle proposte e delle risposte, fino alla verifica dell'efficacia. È stata creata una nuova funzione centrale che, oltre all'attività consolidata di ufficio stampa e *marketing*, ha strutturato un lavoro di riorganizzazione della rete del settore di relazioni con il cittadino e quello di comunicazione interna.

La comunicazione - si legge nell'introduzione alla sezione 5 del Bilancio di missione 2006 - entra con tutta la sua valenza strategica e di innovazione nell'ambito della rendicontazione sociale grazie anche al modello proposto dalla Regione Emilia-Romagna, che sottolinea la necessità di ripensare in un *unicum* di progettazione i percorsi di relazione interni ed esterni all'Azienda, arrivando a modificarne i processi.

Il progetto del *software* IAP (Informazioni, Accesso, Prenotazioni), la nuova procedura dei reclami, le prime Carte dei Servizi e la registrazione dell'abbattimento delle telefonate dello Sportello telefonico relativamente alle informazioni sulle agende sono i passaggi più significativi del 2006. La nuova rete dei referenti degli URP e la messa a punto della banca dati reclami con il nuovo *report* sull'ascolto sono il frutto del lavoro d'integrazione svolto dal settore relazioni con il cittadino. Gli operatori dello Sportello telefonico, infine, nel corso del 2006 sono stati coinvolti nella revisione delle informazioni presenti in banca dati per l'allineamento della stessa ai progetti SOLE e Sparta; ciò ha significato il controllo e la revisione delle informazioni di 700 prestazioni e delle modalità con le quali vengono fornite nei diversi luoghi di erogazione aziendali.

Comunicazione
per l'accesso ai servizi

L'Azienda ha attivato specifiche campagne di comunicazione per informare i cittadini: sugli orari e le chiusure estive dei punti di prenotazione aziendali; sulle nuove modalità di accesso ai servizi; sulla riorganizzazione metropolitana del laboratorio analisi. Ha adottato una nuova procedura per rendere omogenee a livello aziendale le modalità di gestione delle segnalazioni presentate da cittadini, associazioni ed enti e garantire risposte entro 30 giorni. Nel 2006 è stata completata la rete dei referenti del sistema di gestione delle segnalazioni. Si è consolidato il Numero verde regionale; è attivo il telefono verde per stranieri per un servizio di

mediazione culturale e informazione dedicato agli stranieri; il telefono verde AIDS risponde a richieste di informazione anche anonime su tutto ciò che riguarda tale rischio.

Gli Sportelli unici distrettuali sono presenti su tutto il territorio di città e provincia ed effettuano tutte le pratiche amministrative per accedere ai servizi sanitari.

L'Azienda ha predisposto con gruppi di lavoro tecnico le tipologie di Carta dei Servizi, che rappresenta gli impegni che l'Azienda USL si assume nei confronti dei cittadini nel fornire i propri servizi. Ha operato una ricognizione sulla segnaletica in uso al fine di verificarne l'efficacia e l'omogeneità.

I Comitati consultivi misti (CCM) sono stati istituiti a garanzia della partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni per assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi, alla promozione e alla sperimentazione di indicatori di qualità. L'Azienda USL di Bologna ha approvato nel 2005 le nuove regole per il funzionamento dei CCM e la costituzione dei sei nuovi comitati di Distretto e del Comitato di coordinamento a livello aziendale.

Comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

Nel 2006 il CCM aziendale si è riunito 11 volte, ha visitato 10 strutture, e ha contribuito alla redazione delle Carte dei Servizi approvate dall'Azienda. Ha sviluppato il Laboratorio del cittadino per la salute per la promozione dell'utilizzo consapevole dei servizi sanitari, attraverso la partecipazione dei cittadini alle scelte per la salute.

L'Ufficio comunicazione svolge il compito di ufficio stampa della Conferenza territoriale sociale e sanitaria e del suo Ufficio di Presidenza. Nel corso del 2006 il rapporto con la CTSS si è concretizzato nella preparazione e condivisione del primo Piano per la salute.

Comunicazione per le scelte di interesse della comunità

Va segnalato l'importante lavoro fatto per le campagne di promozione della salute, sensibilizzazione ai comportamenti corretti, la produzione di strumenti informativi e la partecipazione a fiere; l'organizzazione di eventi per far conoscere nuovi servizi e per promuovere stili di vita sani. In particolare vanno ricordate le azioni di comunicazione per le attività di responsabilità sociale dell'azienda: Mobilitiamoci, e la giornata sul risparmio energetico, che vengono dettagliatamente richiamate ed illustrate nel documento dell'azienda.

Nel corso del 2006 l'Azienda ha curato la comunicazione interna a supporto ai principali processi aziendali, attraverso la progressiva integrazione degli strumenti propri della funzione con le nuove tecnologie per l'informazione e la comunicazione (intranet, nuovo comitato di redazione del giornale aziendale *AgendaUSL*, informazione capillare degli eventi che hanno caratterizzato la vita dell'Azienda, servizio *mail* a tutti per sottolineare la particolare rilevanza di situazioni organizzative).

Comunicazione interna aziendale

Ricerca e innovazione

Per quanto riguarda l'obiettivo di creare

un ambiente culturale favorevole, un'infrastruttura locale per ricerca e innovazione, integrazione, coerenza e trasparenza, la nascita della nuova Azienda USL - si legge nel BdM 2005 - ha rappresentato, di per sé una formidabile palestra per progettare e sperimentare un nuovo modello organizzativo e cercare al proprio interno competenze specifiche e risorse utili allo sviluppo di ricerca e innovazione, al fine di renderle accessibili a tutti i livelli dell'organizzazione.

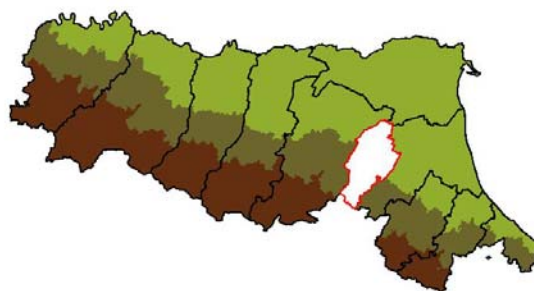
L'Azienda ha ricercato il finanziamento di progetti da parte di sponsor non commerciali. Ha stipulato accordi con l'Università di Bologna. Ha istituito la rete dei referenti. Ha impegnato risorse strutturali e organizzative attraverso l'Ufficio ricerca, innovazione e relazioni internazionali (con compiti tra gli altri di ricercare attivamente opportunità di finanziamento per progetti di ricerca e innovazione e di offrire supporto tecnico e amministrativo ai professionisti per l'elaborazione di progetti ed eventuale gestione); l'Area governo clinico dello *staff* aziendale; il Comitato etico; la Commissione aziendale per la sperimentazione clinica dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta; la Commissione ricerca e innovazione del Collegio di Direzione.

Il Bilancio di missione 2006 richiama il mandato attribuito dalla Regione alle Aziende, all'interno del 4° Piano regionale sociale e sanitario, per l'organizzazione dell'infrastruttura aziendale e lo sviluppo di competenze e strumenti per l'esercizio della funzione di ricerca, in applicazione della LR 29/2004. Nel corso del 2006 l'Azienda ha approvato procedure e istruzioni operative per l'attivazione e la gestione di progetti co-finanziati da enti e organizzazioni esterne, per la gestione degli studi clinici e osservazionali, per la gestione di finanziamenti vincolati. Ha approvato i regolamenti di funzionamento del Comitato etico e per il funzionamento della Commissione aziendale per la sperimentazione clinica dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Ha attivato il Registro delle sperimentazioni e dei progetti co-finanziati.

Nel 2006 sono state individuate tre reti di referenti/facilitatori per ogni Dipartimento e Distretto aziendale: formazione, qualità e governo clinico, ricerca e innovazione. Sono state avviate le attività di formazione per sviluppare il loro ruolo di facilitatori.

È stato consolidato l'inserimento di informazioni nella banca dati per il monitoraggio dei progetti di ricerca e innovazione, che sono ora in grado di documentare il livello qualitativo e quantitativo di coinvolgimento delle diverse macrostrutture aziendali. Il totale di progetti attivi è di 187, di cui 47 iniziati nel corso del 2006. Le tabelle 6-1 e 6-2 del documento illustrano i progetti di ricerca finanziati rispettivamente con bandi pubblici e con il Fondo di modernizzazione.

Azienda USL di Imola



Distretto di Imola
Popolazione: 125.094
Area (Km²): 787,06
Densità (pop per Km²): 158,9

| Comuni | Area (Km ²) | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 10 | 787,06 | 125.094 | 158,9 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006⁶⁹

Il Bilancio di missione 2006 rappresenta per l'Azienda USL di Imola la terza esperienza - essendo entrata, fin dal 2005, tra le Aziende sperimentatrici - e per l'attuale Direzione generale la prima vera occasione di comprendere e agire tale strumento di rendicontazione, su un esercizio interamente governato (il 2006).

La costituzione a livello regionale di un gruppo ad hoc, impegnato nella verifica/valutazione degli elaborati aziendali e nella implementazione e sviluppo dello stesso documento, probabilmente ha agevolato l'opportunità di mantenere l'esperienza dinamica, senza incorrere nel rischio della trasposizione del fine proprio in mero adempimento. In tale senso, l'Azienda USL di Imola ha cercato di mettere in valore lo stesso metodo e processo per la compilazione, decidendo che: il tema della rendicontazione aziendale sui modi e sul grado di perseguimento della mission non possa altro che essere una responsabilità prima - e non delegabile - della Direzione aziendale; essendo un'occasione in cui tutti gli attori aziendali sono chiamati a riflettere su ciò che fanno, per poi poterlo scrivere, l'elaborato debba essere necessariamente compilativo, con partecipazione diffusa, il lavoro finito debba tendere a una univocità di comprensione da parte di una pluralità di lettori (gli stessi professionisti dell'Azienda, le istituzioni locali e regionali, le rappresentanze dei lavoratori e degli utenti, gli enti e le associazioni che collaborano con l'Azienda, fino ai cittadini "competenti" e non), ed infine, affinché avvenga la lettura plurale di cui si è detto sopra (... cosa niente affatto scontata!) e affinché sia utile, il documento non debba essere enfatico sui successi ed elusivo sulle criticità, non debba essere incomprensibile per un eccesso di tecnicismi e, al contempo, non possa avere un tono di presunto semplicismo.

In altri termini, la sanità è un argomento e un ambito di azione complesso, da presentare con trasparenza, e in tal senso è fuorviante renderlo complicato e inaccessibile. Il percorso che ha portato alla compilazione del Bilancio di missione 2006 ha fatto utilmente rilevare una percezione interna di difficoltà nel conciliare la priorità del "fare" e l'onere formale del "dire come e cosa si fa". [...] L'abbondanza delle richieste non necessariamente modifica una cultura e i comportamenti professionali, a maggior ragione se è vero come è vero, che spesso il feedback è che "tanto nessuno legge", "tanto non c'è coerenza e continuità tra l'analisi e l'intervento risolutivo".

Quanto fin qui detto evidenzia in positivo come sia utile che il Bilancio di missione sia letto all'interno [...] così che rappresenti l'occasione per un riconoscimento reciproco dell'impegno comune, lo stimolo per partecipare se non ci si sente rappresentati nella pienezza della propria opera professionale, l'opportunità di un confronto critico e propositivo anche sulle difficoltà di chi opera in un settore diverso, pur sempre della stessa organizzazione e con lo stesso scopo.

Al contempo - stante il rischio fondato del "nessuno legge" - il modo e l'esito del Bilancio di missione 2006 dell'Azienda USL di Imola pongono una prospettiva di sviluppo dell'esperienza sfidante, ovvero la capacità di creare una misura sintetica del risultato di

⁶⁹ <http://www.aUSL.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1622>

missione, sintesi del Bilancio di missione, così come il risultato economico lo è del Bilancio d'esercizio (a questo proposito si veda la ratio e l'idea nella sezione 2). Tale misura sintetica certo non sostituisce il Bilancio di missione così come oggi si propone - anzi da questo necessariamente deriva - bensì è un modo di comunicazione pubblica e certa, ai cittadini, su ciò che a loro interessa (universalità ed equità di accesso; volumi prestazionali erogati; efficacia e qualità dell'assistenza; centralità del cittadino e grado di soddisfazione; tempi di attesa; appropriatezza ed efficienza gestionale; ecc.) - ed è stimolo per l'approfondimento conoscitivo (il Bilancio di missione, appunto). [...]

Sempre al fine che chi deve leggere - ovvero vuole leggere - lo possa agevolmente fare, il Bilancio di missione 2006 è concepito come un unicum, che vuole rendere l'insieme, senza ridondanze e con coerenza di sistema; al contempo, ogni sezione è completa sul tema trattato e, pertanto, fruibile singolarmente. [...]

La presente introduzione del Direttore generale esaurisce il mio intervento diretto... le conclusioni sono già contenute propriamente nella programmazione 2007 e nella attività in corso... al prossimo Bilancio di missione la verifica!

*Mario Tubertini
Direttore generale dell'Azienda USL di Imola*

Contesto di riferimento

L'ambito territoriale dell'Azienda USL di Imola si è dimostrato già da parecchi anni un forte polo di attrazione migratoria, non solo per la sua posizione geografica, ma anche e soprattutto per il suo tessuto socio-economico. Comprende 10 dei 60 Comuni della provincia di Bologna. La popolazione residente al 31/12/2006 ammonta a 125.903 unità, di cui 61.841 maschi e 64.062 femmine. Il 53% risiede in pianura e il 47% in collina. La densità massima si registra a Imola (325,26 abitanti/Kmq) e la minima a Castel Del Rio (23,86).

Popolazione

La popolazione residente ha registrato un andamento in crescita nella variazione assoluta e in diminuzione nella variazione percentuale rispetto all'anno precedente: +1.286 unità (+1,05%) nel 2004, +949 unità (+0,76%) nel 2005, +891 unità (+0,71%) nel 2006. Gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 23% circa dell'intera popolazione, gli ultrasessantacinquenni l'11,36% e gli ultraottantacinquenni il 3%. Tale incidenza è costantemente superiore al dato medio regionale nelle prime due fasce, mentre per i grandi anziani il 2003 è un anno di rottura, quale esito sia di superiori tassi di crescita nella popolazione in generale, sia per l'incorporazione nel territorio dell'Azienda del Comune di Medicina, caratterizzato da popolazione mediamente più anziana.

Il numero di famiglie residenti è aumentato nell'ultimo decennio del 15%. Le famiglie unipersonali ammontavano nel 1991 a 8.340, mentre nel 2001

a 12.016, rappresentando rispettivamente il 20% e il 25% circa del totale dei nuclei, contro rispettivamente il 22% circa e il 27,7% a livello regionale.

I cittadini stranieri sono passati da 3.446 unità nel 2001, a 6.012 nel 2005 e a 6.868 nel 2006, con un *trend* in costante crescita, ma con tasso ad andamento decrescente: +21,7% tra 2004 e 2003; +13,1% tra 2005 e 2004, +7,2% tra 2005 e 2004. La percentuale sull'intera popolazione, inferiore a quella media regionale, è passata dal 3,79% (*vs* 5,13%) del 2003 al 5,45% (*vs* 7,53%) del 2005. Le donne sono il 47,27% e i minorenni il 25,4%. I gruppi di stranieri più numerosi sono rappresentati da marocchini, albanesi, tunisini, pakistani, cinesi.

Il livello di istruzione è in media con quello provinciale e regionale, ad eccezione dei laureati (per i quali si registrano valori più bassi rispetto alla provincia di Bologna e alla regione) e agli alfabeti senza titolo e analfabeti, dove si registrano valori più alti.

Condizioni socio-economiche

I tassi di attività e di occupazione presentano valori allineati ai livelli provinciale e regionale, seppure lievemente superiori, mentre per i tassi di disoccupazione i valori risultano molto inferiori per i maschi e più allineati per le femmine. Il Bilancio di missione 2006 riporta dati relativi alla provincia di Bologna, cui appartiene l'Azienda di Imola, che mostrano un andamento analogo. I contratti interinali presentano un *trend* crescente nel periodo 2000-2003, con il valore massimo di 3.653 contratti registrati nel 2003 e decrescente da quell'anno. Il numero di lavoratori stranieri occupati è in forte crescita, con un incremento di circa 500 unità/anno. Nel 2005 3.617 stranieri sono occupati nell'ambito territoriale aziendale e rappresentano circa il 50% degli stranieri residenti, a conferma della tendenza a radicarsi sul territorio come famiglie.

La provincia di Bologna è al primo posto come reddito pro capite, con forte propensione al risparmio e all'investimento.

Il numero assoluto dei morti passa dai 1.305 del 2003, ai 1.336 del 2004, ai 1.353 del 2005. Stante la crescita più che proporzionale della popolazione residente, il tasso di mortalità è complessivamente in sensibile diminuzione e costantemente al di sotto delle medie regionali. I decessi per malattie del sistema circolatorio rappresentano il 40%, seguono i tumori con il 30% e le malattie dell'apparato respiratorio con il 7,6%. Sulle morti per traumatismi - più frequenti nel territorio imolese per il genere femminile - pesano in modo considerevole gli incidenti stradali. Tra gli indicatori di eccellenza del territorio imolese va iscritto il tasso di mortalità infantile: 0‰ nel 2004 a fronte di un dato medio regionale pari 3,73‰.

Osservazioni epidemiologiche

Dalle tabelle 1.25 e 1.26 riportate nel Bilancio di missione 2006 emerge una prevalenza di casi di AIDS superiore a quella media regionale, una crescita dell'incidenza di parassitosi cutanee e di malattie sessualmente trasmesse, una riduzione di casi di tubercolosi e di malattie trasmesse da alimenti.

Per quanto riguarda gli stili di vita, il Bilancio di missione 2006 riporta i dati relativi alle attività degli ambulatori di medicina dello sport, che mostrano una crescita tendenziale e costante delle visite per l'avviamento alle varie discipline sportive. La tabella 1.29 del documento mostra un aumento (costante) degli alcolisti in carico al SerT, accanto a una diminuzione dell'incidenza di nuovi utenti; il fenomeno è in crescita tra la popolazione femminile.

Stili di vita

In tema di sicurezza, il fenomeno infortunistico è oggetto di un'attenzione particolare. L'OMS ha posto tra i suoi obiettivi la riduzione della mortalità per incidenti domestici. Nel Piano regionale della prevenzione trovano grande evidenza gli obiettivi di sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali, degli incidenti domestici, degli infortuni sul lavoro. Assieme alle altre istituzioni locali, l'Azienda ha dato vita a un tavolo di lavoro da cui è scaturito un Piano per la salute, illustrato nella sezione 5 del BdM, all'interno del quale i temi della sicurezza (incidenti stradali) hanno trovato largo spazio.

Sicurezza

Le tabelle 1.30-1.39 del Bilancio di missione riportano i dati relativi all'infortunistica in un confronto tra le province della regione. Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, il numero assoluto sul territorio imolese è in costante diminuzione. Nel 2006 essi ammontano a 3.307, corrispondenti a una riduzione del 3,5% rispetto all'anno precedente. Particolarmente rilevante è l'inversione di tendenza che si osserva nei comparti dell'edilizia e dell'agricoltura, dove gli infortuni sono scesi rispettivamente del 7% e dell'8% rispetto al 2005. Gli infortuni nel comparto legno, dopo un calo registrato nel 2005, si riportano invece ai livelli degli anni precedenti. Un lieve aumento emerge nell'infortunistica riguardante i lavoratori stranieri, leggibile come effetto combinato di aumento della popolazione straniera, di scarsa conoscenza della lingua, di differente formazione specifica.

Stabile dal 2004 è il numero di incidenti domestici: 6.137 nel 2006.

Profilo aziendale

Il risultato netto d'esercizio evidenzia dal 2003 al 2006 un tendenziale peggioramento, con un'eccezione per il 2005 che risente dell'assegnazione di contributi straordinari finalizzati a raggiungere una complessiva situazione di equilibrio economico-finanziario a livello regionale.

Sostenibilità
economica e
impatto sul territorio

Trattandosi di un ambito territoriale di dimensioni relativamente ridotte, l'Azienda ha sul contesto un impatto economico e occupazionale di assoluta preminenza. L'85% dei dipendenti dell'Azienda risiede nel territorio di competenza e rappresenta il 3% del numero totale di occupati. Il volume degli emolumenti supera i 55 milioni di Euro, con un tasso di incremento del 14% nel 2005 rispetto al 2004, e del 13% nel 2006 rispetto al 2005.

I Bilanci di missione dei due ultimi anni contengono una puntuale rendicontazione degli interventi svolti dal 2001 ad oggi sul patrimonio storico, artistico, culturale e in particolare sul patrimonio archivistico. Nel 2006 vengono segnalate due iniziative: la mostra allestita presso l'ex Ospedale psichiatrico e la donazione da parte dei Lions dell'opera unica devozionale Madonna degli ospedalieri.

Valorizzazione
del patrimonio

L'importo delle donazioni raggiunge nel 2006 l'importo di 1,2 milioni di euro. Ma, rileva l'Azienda, questo buon dato "non deve far trascurare il segnale negativo, costituito dalla riduzione progressiva nel numero di lasciti e donazioni ricevuti dai cittadini".

Il costo sostenuto complessivamente per i livelli di assistenza, rapportato alla popolazione pesata, è costantemente superiore a quello medio regionale, con un allargamento della forbice nel 2005: +4,3% rispetto al +2,5% degli anni precedenti. Lo scostamento negativo si concentra in particolare sul livello dell'assistenza distrettuale, il cui costo appare costantemente superiore a quello regionale: 770 Euro vs 748 Euro nel 2003, 823 Euro vs 799 Euro nel 2004, € 906 Euro vs 843 Euro nel 2005, e ciò nonostante la buona *performance* aziendale per l'assistenza farmaceutica⁷⁰ e il buon indice di consumo di prestazioni specialistiche.⁷¹

LEA
costi

L'adesione ai due *screening* per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella risulta di buon livello in relazione alle medie regionali. Anche per lo *screening* al colon retto, attivato nel 2005, il risultato è soddisfacente: le adesioni sono state del 56%, rispetto a una media regionale del 43%.

assistenza collettiva

La copertura vaccinale nei bambini ha interessato nel 2006 il 98,1% della popolazione *target* per le vaccinazioni obbligatorie con un piccolo decremento rispetto al 2005 (99%). Tutte le coperture vaccinali facoltative hanno superato il valore soglia (obiettivo nazionale) del 95%.

La campagna antinfluenzale 2006/2007 ha interessato il 74,8% degli ultrasessantacinquenni, confermando il *trend* in continuo aumento della copertura registrato negli ultimi anni.

La percentuale delle aziende controllate si attesta intorno al 3%. Tale dato viene letto congiuntamente alla percentuale di aziende, su quelle controllate, nelle quali è stata rilevata un'infrazione. Il dato aziendale risulta in linea con quello regionale. Anche la percentuale di aziende alimentari controllate - che nel 2005 ha subito un decremento - è risalita nel 2006 a valori prossimi a quelli medi regionali.

⁷⁰ La spesa farmaceutica esterna risulta la terza meno costosa della regione.

⁷¹ Il consumo di prestazioni specialistiche dei cittadini imolesi presenta il terzo indice più basso della regione.

L'analisi dell'offerta di posti letto residenziali e semi-residenziali fornisce una delle principali motivazioni allo scostamento dei costi del livello su quello medio regionale. Il numero di posti letto disponibili ogni 1.000 abitanti risulta essere superiore ai valori medi regionali in riferimento all'assistenza residenziale per anziani⁷² e inferiore per l'assistenza semi-residenziale, sia per gli anziani che per i disabili.

La tabella 2.25 del BdM 2006 riporta la distribuzione dell'assistenza domiciliare dal 2003 al 2006 per fascia di età, dalla cui lettura si evidenzia il forte e costante incremento dei pazienti assistiti (da 1.775 nel 2003 a 2.794 nel 2006), concentrati nelle fasce d'età superiori ai 74 anni. Dall'analisi della composizione per livelli di intensità si evince che l'incidenza di prestazioni ad alta intensità è per l'Azienda di Imola nettamente superiore a quella regionale (20,3% vs 13,8% nel 2006) e che l'incidenza di prestazioni sociali rappresenta per Imola il 14% contro un 3% della media regionale.

Per quanto riguarda l'attività dei consultori familiari, i tassi di copertura della popolazione *target* sono inferiori a quelli medi regionali, pur se in tendenziale crescita.

Nell'ambito del Servizio di salute mentale le persone trattate ogni 10.000 abitanti presentano nel 2005 un significativo aumento. Il tasso di ospedalizzazione, mediamente più alto di quello regionale, ha un *trend* in diminuzione. La tabella 2.32 del documento fornisce la descrizione socio-demografica degli utenti del Centro salute mentale territoriale: fasce di età, stato civile, scolarità, professione, collocazione.

La tabella 2.33 del Bilancio di missione 2006 riepiloga alcuni indicatori relativi all'assistenza ai tossicodipendenti, di incidenza di nuovi casi e di prevalenza, entrambi con tassi aziendali superiori a quelli medi regionali.

Il consumo di prestazioni ambulatoriali risulta essere in tutti i raggruppamenti sostanzialmente più basso rispetto ai consumi medi regionali, tranne che per le prestazioni terapeutiche. Anche i tempi d'attesa risultano più contenuti rispetto a quelli medi regionali (tabella 2.34).

L'Azienda è dotata di un unico presidio ospedaliero, composto dai due stabilimenti di Imola e di Castel San Pietro. Sul territorio insiste anche l'Istituto Montecatone Rehabilitation SpA, struttura di riabilitazione di pazienti mielolesi/celebrolesi.

La dotazione di posti letto ha registrato negli ultimi anni nell'area per acuti un progressivo assestamento. Sostanzialmente stabile è la dotazione di posti letto di lungodegenza. L'Azienda ha un elevato indice di autosufficienza territoriale (75% circa). Lavora su alti standard di appropriatezza di ricovero. La tabella 2.38 riporta la distribuzione delle attese per gli interventi monitorati nell'Accordo Stato-Regioni. Nel confronto tra 2005 e 2006 si nota

⁷² 35,5‰ vs 31‰ nel 2004; 34,9‰ vs 31,5‰ nel 2005; 34,2‰ nel 2006.

un netto miglioramento per la cataratta e la neoplasia della mammella, al quale si contrappone un netto peggioramento nella neoplasia del colon retto e negli interventi di protesi d'anca.

Per quanto riguarda la qualità dell'assistenza, il Bilancio di missione 2006 riporta nella tabella 2.39 gli indicatori di processo e risultato relativi agli eventi suggeriti dalle linee guida regionali, accompagnati da un breve commento. Migliorano gli indicatori relativi a ricoveri per polmoniti come esito di complicanze dell'influenza negli anziani e quelli relativi alle complicanze a breve e lungo termine nei pazienti diabetici. Si conferma pari a zero il numero dei nati con basso peso alla nascita. Si inverte invece la costante tendenza alla riduzione registrata nel triennio precedente dell'incidenza di cesarei.

Indicatori di qualità

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

I risultati sono rendicontati nella sezione 3 dei due Bilanci (2005 e 2006) con riferimento agli obiettivi di *budget* negoziati con le strutture aziendali. Nella sezione vengono riepilogati obiettivi, azioni e risultati che nel loro insieme,

rendono conto dell'effettività sostanziale conseguita negli scopi di centralità del cittadino, universalità ed equità d'accesso, qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale.

Vengono riportati in questa sezione dati di attività e di costo o di *performance* (per esempio nei tempi d'attesa) che nello schema regionale concorrono invece a descrivere il profilo dell'Azienda nella sua attitudine a concorrere alla copertura dei livelli essenziali di assistenza. Sono orientati cioè a dare conto della gestione interna all'Azienda più che degli esiti finali complessivamente conseguiti in rapporto agli obiettivi (di salute), secondo le caratteristiche più proprie di un Bilancio di missione.

Per quanto riguarda la partecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati, soltanto il Bilancio di missione 2005 ne fa cenno e riferisce:

Enti locali
e programmazione
sanitaria

- degli esiti del lavoro prodotto rispetto alle priorità rilevate nel Piano per la salute: viabilità, indagata sia sul versante dell'inquinamento ad essa secondario, sia su quello dell'infortunistica prodotta; tossicodipendenze; e, tema che ha manifestato la crescita più esplosiva, etilismo. Attraverso il rapporto prodotto nelle sedi istituzionali (consigli comunali e *mass media*), sono stati pianificati gli interventi con i vari enti, in un confronto con le diverse realtà pubbliche e private co-interessate in varia misura alla gestione dei diversi determinanti della salute rappresentati nei Piani per la salute;

- della funzione di controllo esercitata dal Comitato consultivo misto sulle attività aziendali, in particolare nel suo ruolo di supporto ai percorsi di rilevazione della qualità. Il risultato più evidente della condivisione della metodologia d'indagine è rappresentato dall'alta percentuale dei questionari compilati e restituiti: più del 54%;
- degli investimenti strutturali previsti nel Piano attuativo locale, in particolare per la costruzione del terzo lotto ospedaliero destinato al nuovo Dipartimento emergenza-accettazione, che rappresenta la prima tappa del più complessivo riordino della logistica aziendale;
- del progetto per il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta.

La trattazione degli altri temi della terza sezione del BdM 2005 e tutta la sezione del BdM 2006 fanno riferimento, come si diceva, ai risultati ottenuti in relazione agli obiettivi di *budget*. In premessa l'Azienda precisa che

le linee della programmazione aziendale sono derivate da una molteplicità di fonti, interne ed esterne, ovvero da: obiettivi e progetti posti dalla Regione; linee programmatiche emerse dal confronto con le istituzioni locali; obiettivi annuali e pluriennali, derivanti dalle specificità aziendali e di ciascun dipartimento.

Sintetizza le aree di obiettivo assegnate ai Dipartimenti a *budget* 2006: politiche e gestione del farmaco; miglioramento dei tempi d'attesa; mantenimento dei risultati già raggiunti sul piano quali-quantitativo; miglioramento della capacità di attrazione e contenimento della mobilità passiva, in particolare nell'area chirurgica; controllo dell'accesso al Pronto soccorso; miglioramento dell'appropriatezza.

Dagli indici di consumo e spesa risulta che Imola ha la terza minor spesa pro capite della regione con 208,32 Euro a fronte di una media regionale di 220,14 Euro. La convenzione con le farmacie è stata ampliata con l'inserimento di nuovi prodotti nella distribuzione per conto che, con un'incidenza del 3,75% circa sulla spesa netta esterna, ha consentito un risparmio netto di 244 milioni di Euro nell'anno. L'erogazione diretta è aumentata in valore del 5% rispetto al 2005, e con una spesa di 3.872.181 Euro rappresenta il 20% dei costi per beni sanitari. Nel giugno del 2006 è stato completato il primo prontuario terapeutico dalla Commissione terapeutica provinciale di Bologna, di cui anche Imola fa parte, che ha permesso l'effettuazione di un'unica gara per l'acquisto di farmaci a livello provinciale. Sono state fatte azioni per la sicurezza nell'uso dei farmaci con l'introduzione di un *software* per la personalizzazione delle terapie dei pazienti ricoverati e con misure attuative delle raccomandazioni ministeriali sulla corretta gestione delle soluzioni concentrate di potassio cloruro e di altre soluzioni saline concentrate definite ad alto livello di attenzione.

Gestione del farmaco

L'Azienda riepiloga azioni intraprese e risultati ottenuti relativamente agli obiettivi specifici - strutturati per singola Unità operativa - per le prestazioni diagnostiche e per le visite in relazione all'obiettivo critico della riduzione delle liste d'attesa per la specialistica territoriale. Migliorano nel 2006 gli indici di *performance* relativi alle visite nefrologiche, oculistiche, pneumologiche, mentre si ha un calo rispetto al 2005 per le visite endocrinologiche, neurologiche, ostetrico-ginecologiche. Per le prestazioni specialistiche i buoni risultati ottenuti nel 2005 per ecografia ostetrico-ginecologica, ECG e EEM, RM e TAC sono in diminuzione, pur confermandosi indici di *performance* oltre la soglia di criticità.

Specialistica
territoriale

Il punto 3.3 del Bilancio di missione 2006 illustra i contenuti dell'Accordo aziendale con i medici di medicina generale firmato nel marzo del 2006, all'interno del quale trova particolare rilievo il tema dell'appropriatezza prescrittiva e la riorganizzazione dei Nuclei di cure primarie che, secondo gli orientamenti regionali, da funzionali devono diventare strutturali. Il documento contiene uno speciale *report* sullo stato di avanzamento del progetto SOLE, di cui l'Azienda di Imola ha l'intero coordinamento regionale, progetto che ha raggiunto un livello di realizzazione tale da rappresentare una realtà ormai consolidata e condivisa da tutti gli attori coinvolti, seppure con una funzionalità non uniformemente diffusa su tutto il territorio della regione.

Medici
di medicina generale

Il punto 3.4 è dedicato alla sanità pubblica con i dati di adesione agli *screening* oncologici⁷³ e con l'illustrazione delle politiche vaccinali nell'infanzia: applicazione del nuovo calendario, collaborazione con i pediatri di libera scelta per l'offerta attiva delle vaccinazioni raccomandate nei bambini a rischio, *front office* gestito in autonomia dalle assistenti sanitarie per attività di consulenza vaccinale.

Sanità pubblica

Al punto 3.5 l'Azienda rimarca il miglioramento registrato nel 2006 dagli indicatori di utilizzo ottimale dei regimi di ricovero rispetto alla già eccellente *performance* dell'anno precedente, quale esito della promozione delle modalità più appropriate di assistenza e dell'azione di filtro complessivo al ricovero sviluppata dal Dipartimento emergenza-urgenza attraverso la rimodulazione di Pronto soccorso e l'osservazione breve intensiva. Si registra una tendenziale diminuzione dei DRG a maggiore rischio di inappropriatazza. Due paragrafi specifici sono dedicati rispettivamente agli indici di dipendenza, con tabelle che illustrano, per singola specialità, i risultati

Assistenza
ospedaliera

⁷³ Per la prevenzione del tumore al colon retto la risposta all'invito è stata del 42,5% e la quasi totalità dei soggetti risultati positivi si è sottoposta agli approfondimenti diagnostici. Per lo *screening* mammografico la risposta all'invito è stata del 68,8% e il tasso di adesione alle indagini del 78,8%. Per lo *screening* della cervice uterina la risposta all'invito è stata del 57,8% con una percentuale di adesione da parte della popolazione *target* del 90,2%.

ottenuti nei due anni 2005 e 2006 nel perseguimento dell'obiettivo aziendale di incremento dell'autosufficienza, e al Pronto soccorso, con la descrizione degli accessi e dell'incidenza dei codici bianchi e verdi (che aumenta nel 2006 rispetto al 2005, passando dal 67,12% al 70,22% del totale degli accessi).

Nel punto 3.6 Salute mentale, l'Azienda sottolinea innanzitutto la conclusione positiva del processo di accreditamento del Dipartimento di salute mentale. Vengono descritti gli interventi di riconversione dei posti letto dell'ospedalità privata per trattamenti residenziali prolungati e per l'offerta di posti letto specialistici per disturbi del comportamento alimentare in adolescenti. Sono riportati i dati significativi dell'attività 2006 in relazione all'aumento della degenza media nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, all'appropriatezza nei ricoveri, alla copertura dei casi di emergenza-urgenza; al contenimento dei ricoveri in casa di cura privata, ecc.

Salute mentale

Il punto 3.7 descrive i percorsi attivati per l'integrazione ospedale-Distretto nelle aree di prevenzione cardiovascolare, gestione integrata del paziente diabetico, celiachia, percorso nascita, qualificazione dell'assistenza ai pazienti stomizzati, nutrizione artificiale.

Percorsi
ospedale-Distretto

Al punto 3.8 Integrazione socio-sanitaria, l'Azienda illustra le misure adottate per l'attuazione del Programma regionale in materia di assistenza odontoiatrica, e in particolare le realizzazioni degli interventi strutturali e sulle tecnologie nelle tre sedi ambulatoriali aziendali. Riferisce della piena operatività della rete per gli anziani raggiunta nel 2006, riportando il numero degli accessi infermieristici e delle prestazioni medie per paziente, in un confronto tra il 2005 e il 2006;⁷⁴ i nuovi casi in ADI (che passano da 205 a 215, con un aumento del 5%), e i MMG con almeno un caso attivato per NCP (che passano da 54 a 69). Descrive le caratteristiche della rete integrata per le persone con gravissime disabilità acquisite: al termine del 2006, 7 utenti fruivano dell'assegno di cura ed erano seguiti a domicilio da un'*équipe* assistenziale con progetto individuale, mentre 4 utenti erano ricoverati presso strutture socio-sanitarie. Il documento descrive l'articolazione dei percorsi per i disabili adulti e gli interventi di qualificazione della rete per le demenze. Illustra i contenuti di *audit* di incontro-confronto promossi nel 2006 tra pediatria di comunità, pediatri di libera scelta e UO di pediatria coinvolti, nell'ambito delle attività dei consultori familiari e pediatria territoriale, negli specifici percorsi diagnostici assistenziali relativamente a allattamento al seno, bambino con diabete, malattie rare, prevenzione dell'esposizione al fumo passivo nei bambini, facilitazione dell'accesso all'integrazione sociale e sanitaria (attraverso un progetto di volontariato

Integrazione
socio-sanitaria

⁷⁴ Il numero degli accessi passa da 38.046 a 42.519 (+12%), con un aumento delle prestazioni ad alta e media intensità e una diminuzione di quelle a bassa intensità o occasionali.

attivato dal consultorio Progetto donne che aiutano donne, per funzioni di sostegno alle donne che vivono situazioni di particolare disagio psico-sociale durante il puerperio).

Al punto 3.9 vengono riportati i macro-obiettivi assegnati al Direttore generale con indicazione del loro grado di raggiungimento.

Il punto 3.10 è dedicato a ricerca e innovazione.

Diffondere innanzitutto la cultura della ricerca e innovazione come attività tipica aziendale - piuttosto che iniziative di singoli professionisti, ovvero singole strutture - rappresentano un obiettivo a cui tendere.

Per tale ragione all'Azienda è sembrato opportuno dedicare un paragrafo della sezione 3 all'argomento che nello schema regionale è trattato in una sezione specifica. Esso richiama il ruolo di coordinamento svolto dall'Azienda come capofila del progetto SOLE e all'interno del Piano telematico regionale e riporta inoltre i progetti di modernizzazione/innovazione ai quali essa ha partecipato nel 2006.

Ricerca e innovazione

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

Preliminarmente a ogni altra informazione della sezione, vengono forniti dati e elementi relativi al profilo del personale dell'Azienda. Le unità di personale al 31/12/2006 sono complessivamente 1.957, di cui 1.730 con rapporto di dipendenza, 158 in convenzione e 69 con altre tipologie contrattuali. Le tabelle annesse al Bilancio di missione riportano la distribuzione del personale per categorie, per livelli di assistenza, per classi d'età. I dipendenti in ingresso sono stati 100 nel 2004, 91 nel 2005, 55 nel 2006; quelli in uscita sono stati 74 nel 2005 (saldo +26 nell'anno), 23 nel 2005 (saldo +68 nell'anno) e 78 nel 2006 (saldo -23 nell'anno). Nel 2006 i dipendenti maschi sono 408, di cui 12 *part time*; il personale femminile è costituito da 1.730 unità, di cui 175 *part time*, tipologia contrattuale che si concentra in particolare nel personale infermieristico, tecnico sanitario, OTA/OSS e amministrativo. Il documento sottolinea come

Carta d'identità del personale

l'Azienda sia un'organizzazione di genere femminile, confermando che sono le donne in maggioranza impegnate nelle professioni di cura e assistenza.

L'unico ruolo in cui sono in maggioranza i maschi è quello dirigente.

In tema di partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa, il Bilancio di missione 2005 si è soffermato sul ruolo rivestito dal Collegio di Direzione, indicando i temi trattati negli incontri promossi dalle Direzioni generali che si sono succedute dal 2000 al 2005 e sull'attività del Coordinamento dei Dipartimenti

Professionisti nel governo dell'Azienda

(o Consiglio interdipartimentale). Il BdM 2006 richiama invece i risultati dell'analisi esposta nel Piano strategico aziendale 2006-2009, da cui sono emerse le separazioni che ancora permangono: tra Direzione generale e resto dell'organizzazione; tra componente tecnico-amministrativa e componente sanitaria; tra componente dirigente e componente del comparto; tra componente ospedaliera e componente del Distretto; tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta da un lato e Azienda sanitaria dall'altro.

Rispetto a tale situazione la Direzione intende agire su tre direttici:

- diffusione e condivisione di significati univoci dell'appartenenza aziendale,
- percorsi di trasparenza della decisione,
- realizzazione di una nuova fase di riassetto al fine di assumere gli indirizzi regionali (traduzione in organo del Collegio di Direzione, Dipartimenti come strutture fondamentali dell'azienda, ruolo di governo dell'Azienda) come un'opportunità e non un vincolo a cui adempiere.

Ciò costituisce un traguardo di mandato per la Direzione generale, con l'auspicio di possibili risultati intermedi di cui rendere conto già nel Bilancio di missione 2007.

Per quanto attiene alla gestione del rischio e della sicurezza, richiamata la metodologia di lavoro adottata dal gruppo tecnico trasversale Programma rischio e sicurezza aziendale, il BdM 2006 riprende i due fronti sui quali l'Azienda è fino ad oggi intervenuta:

- individuazione della rete aziendale dei referenti del rischio;
- attività di: analisi e monitoraggio infortuni e malattie professionali, revisione delle inidoneità lavorative, analisi e monitoraggio delle ferite chirurgiche, delle lesioni da decubito, delle cadute dei pazienti; nuova classificazione del personale esposto a radiazioni ionizzanti e promozione di norme di radioprotezione, valutazione del rischio e individuazione di misure di prevenzione e protezione, informatizzazione dei programmi e dei dati sanitari di sorveglianza, formazione alla sicurezza del personale.

Il sistema di valutazione aziendale si è sviluppato secondo le due direttrici fondamentali: verifica/valutazione delle posizioni a scadenza dell'incarico, verifica/valutazione della *performance* annuale di struttura. Mediante il metodo Praxi adottato dalle Aziende della provincia di Bologna, sono valutate le posizioni. Nel 2006 è stata valutata la quasi totalità dei dirigenti.

In materia di sistemi premianti, l'attenzione maggiore è focalizzata nella definizione di un percorso di negoziazione di *budget* che porti a stabilire obiettivi strategici, tali da garantire la misurazione dei risultati raggiunti, ma anche della *performance* gestionale, fissata in termini di risultati gestionali

Sicurezza
e gestione dei rischi

Valutazione
delle competenze

dei professionisti (capacità del dirigente) e risultati negoziati con il *budget*, più specifici. Rispetto al 2005 sono state adottate nel 2006 alcune modifiche metodologiche che hanno puntato a una maggiore co-responsabilizzazione dei direttori di articolazione, a un maggiore coinvolgimento delle restanti responsabilità e professionalità aziendali, a un alleggerimento del sistema di regole.

I due documenti riportano le iniziative realizzate nel corso dei due anni per la formazione e lo sviluppo del personale dipendente, in esecuzione dei rispettivi Piani di formazione annuale. Vengono espone le aree tematiche trattate, gli eventi formativi interni accreditati, il numero dei dipendenti con obbligo ECM e il numero di quelli che hanno conseguito il numero di crediti previsti. Il Bilancio di missione riporta poi l'impegno dell'Azienda nella collaborazione alla formazione universitaria, sia per i corsi di laurea per le professioni sanitarie, sia per le specializzazioni mediche. L'Azienda collabora infine con gli enti di formazione professionale per due corsi di formazione iniziale per OSS.

Formazione

Il sistema informativo del personale è costituito da diversi moduli applicativi gestionali, a oggi quasi tutti integrati tra loro. Nel 2006 sono state consolidate componenti gestionali e di analisi al fine del controllo e della programmazione con lo sviluppo di sistemi di *reporting* per l'analisi di dati relativi alla dotazione organica, al monitoraggio dei costi del personale, a supporto della negoziazione sindacale nell'ambito della definizione dei contratti integrativi aziendali.

Sistema informativo del personale

Il BdM 2006 riporta i dati relativi al *part time* che l'Azienda privilegia tra i vari strumenti di flessibilità e al quale ha assicurato l'accesso per tutti i dipendenti che ne hanno fatto richiesta. Il *trend* ha registrato un aumento fino al 2005, stabilizzandosi a un livello prossimo al limite previsto dalla contrattazione nazionale. Richiama le iniziative di facilitazione per i dipendenti: accesso alla mensa, accordi con esercizi commerciali per agevolazioni su prodotti e abbonamenti. Premettendo che l'Azienda attribuisce la massima importanza a un rapporto positivo con il personale e con le sue rappresentanze, e che si è quindi favorito e sviluppato un sistema di relazioni sindacali che in molti casi va al di là degli obblighi contrattualmente stabiliti, vengono richiamati i tavoli di relazioni decentrate e gli accordi siglati nel triennio per l'area del comparto; per l'area della dirigenza medica e veterinaria, per l'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

Sistema di relazioni tra Azienda e personale

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Con l'attività del Servizio informazione e comunicazione, l'Azienda ha teso a realizzare un coordinamento il più ampio possibile di tutte le attività di comunicazione, interna ed esterna. Il piano di comunicazione è stato lo strumento della programmazione annuale e la verifica dell'attività svolta.

Si consolidano i rapporti con i cittadini e con le loro rappresentanze grazie all'attività dell'Ufficio relazione con il pubblico e del Comitato consultivo misto degli utenti. L'attività di informazione sull'accesso si sviluppa capillarmente tramite 18 punti di interfaccia informativa, con un'intensa attività di assistenza all'utente, che si esprime in una vera e propria presa in carico per percorsi personalizzati per l'accesso ai servizi. La rete dei punti informativi è in realtà costituita da professionisti, portieri e centralinisti che garantiscono un sistema di informazioni diffuso e capillare. Nel 2005 è stato attivato e nel 2006 concluso il rifacimento completo della segnaletica interna ed esterna aziendale. Il sito web aziendale è divenuto uno strumento di comunicazione diretta con gli utenti per l'accesso ai servizi e per i contatti con l'URP. La Carta dei Servizi prodotta nel 2001 è a tutt'oggi in distribuzione presso tutti i punti informativi aziendali. La *Guida alla degenza* è un opuscolo informativo distribuito a tutti i cittadini che vengono ricoverati in ospedale.

Comunicazione
per l'accesso ai servizi

Per gli aspetti della comunicazione che riguardano la gestione individuale dell'assistenza, l'Azienda rende conto nel BdM 2006 dei risultati ottenuti sotto due ottiche: i *feedback* dei cittadini-utenti tramite gli strumenti del Sistema segnalazioni e qualità percepita; le azioni messe in atto a vantaggio delle informazioni dovute e delle capacità relazionali.

Comunicazione per la
gestione individuale
dell'assistenza

Nell'ambito del progetto regionale Ospedale senza dolore è stato costituito un Comitato che nel 2006 ha messo a punto, sul versante della comunicazione, le modalità di rilevazione della prevalenza del dolore nei pazienti ricoverati. Dal giugno 1999 è attiva una procedura generale per la raccolta del consenso informato, che ha subito un aggiornamento nel 2001. Nei due documenti vengono riportati gli eventi realizzati nel corso dei due anni per la formazione degli operatori per comprendere i bisogni dei cittadini e orientarne la domanda.

Periodicamente vengono aggiornati o prodotti materiali informativi diretti a particolari fasce di utenza.

Il Comitato consultivo misto degli utenti dell'Azienda USL di Imola è nato nel settembre 1995. Esso esprime una partecipazione attiva e propositiva: accoglie le istanze dei cittadini e delle associazioni e svolge un ruolo consultivo su proposte, progetti e attività aziendali di interesse per i cittadini. Indicatori di efficacia sono l'alta partecipazione dei membri alle riunioni, l'alta frequenza delle riunioni plenarie e i risultati di attività. I componenti del CCM

Comunicazione per le
scelte di interesse
della comunità

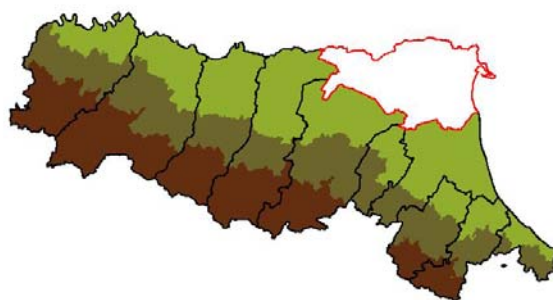
svolgono un'intensa attività anche all'interno di gruppi di lavoro misti (esperti aziendali e cittadini competenti su temi e progetti a forte impatto sociale). Dal gennaio 2005 il governo del Piano per la salute ha sottolineato la necessità di programmare un percorso selettivo su obiettivi concreti per tre macro aree - incidenti stradali e inquinamento ambientale, dipendenze/mondo della scuola, comunicazione - rispetto alle quali i due documenti relazionano sui relativi *step* annuali. L'Azienda partecipa alle campagne informative promosse dalla Regione o dal Circondario o dai Comuni del territorio e promuove specifici interventi in base a priorità locali che i due documenti puntualmente riportano. L'attività di informazione e formazione nei confronti dei cittadini si esplica anche attraverso i diversi *media*. Ogni anno, in collaborazione con associazioni di volontariato e istituzioni, vengono svolti incontri di educazione alla salute.

Per la comunicazione interna, dal 2003 è stato attivato un sito intranet aziendale ad accesso diretto dalla rete informatica interna. Il servizio di biblioteca aziendale è potenziato dall'utilizzo dell'informatica e del *web*, dalla rete di collaborazione con altre biblioteche nazionali e regionali e dalla partecipazione al progetto Biblioteca medico-scientifica metropolitana *on line*. L'Azienda aderisce al Consorzio regionale per il trasferimento dei risultati della ricerca bibliografica nei servizi sanitari (GOT) costituito da 12 Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Attraverso la *Convention* aziendale annuale, l'Azienda ha cercato di

sviluppare una nuova dimensione comunicativa, lasciando spazio e voce ai professionisti.

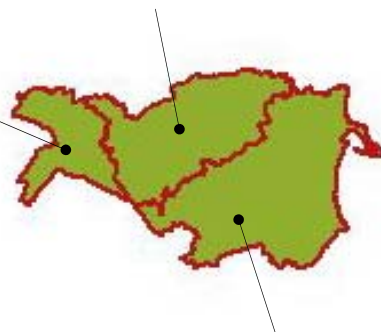
Comunicazione
interna

Azienda USL di Ferrara



Distretto Ovest
 Popolazione: 72.755
 Area (Km²): 413,41
 Densità (pop per Km²): 176,0

Distretto Centro-Nord
 Popolazione: 176.579
 Area (Km²): 887,85
 Densità (pop per Km²): 198,9



Distretto Sud-Est
 Popolazione: 102.129
 Area (Km²): 1.330,56
 Densità (pop per Km²): 76,8

| Comuni | Area (Km ²) | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 26 | 2.631,82 | 351.463 | 133,5 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006 ⁷⁵

Circa due anni fa scrissi che "il Bilancio di missione dovrà diventare uno strumento di lavoro ordinario ... per l'Azienda USL ...", con l'edizione 2006, dopo due anni di esperienza, il Bilancio di missione si consolida in modo definitivo quale documentazione di rendicontazione istituzionale accanto al Bilancio d'esercizio e alla Relazione del Direttore generale sulla gestione; rispetto a quest'ultima è evidente una duplicazione di contenuti ed è pertanto auspicabile il superamento della sua obbligatorietà per gli anni futuri.

La struttura espositiva già utilizzata nel 2005 si mantiene inalterata anche per l'anno 2006, procedendo all'aggiornamento dei contenuti ed all'evidenza dei trend storici garantendo in tal modo il principio della confrontabilità.

Il consolidarsi di questo documento nei tradizionali elaborati di programmazione e di rendicontazione è evidente nella capacità dei referenti aziendali, che vengono annualmente chiamati all'elaborazione delle singole parti, di produrre tempestivamente e chiaramente i contenuti richiesti.

Come nella scorsa edizione prevale l'aspetto descrittivo attraverso tabelle e grafici, seguendo la logica per cui solo indicatori oggettivamente quantificabili possono essere un utile supporto all'espressione i giudizi sui risultati raggiunti e all'elaborazione della programmazione per gli anni successivi.

*Fosco Foglietta
Direttore generale dell'Azienda USL di Ferrara*

Contesto di riferimento

Ferrara è tra le province d'Italia interamente pianeggianti. Oltre 4.000 Km di corsi d'acqua, quali indispensabili opere di bonifica idraulica, solcano il territorio. La densità è fra le più basse in regione (133 abitanti per Km², contro una media regionale di 189). Il dato è inferiore solo per Piacenza e Parma, che sono caratterizzate da estesissime zone montane. Quattro Comuni hanno più di 20.000 abitanti e raccolgono il 60% degli abitanti della provincia. Il restante territorio, ampio e con un numero elevato di centri abitati di piccole dimensioni, è caratterizzato da bassissime densità, ad eccezione del Centese. L'indice di dotazione stradale colloca la provincia al terzultimo posto del Nord-Est. La scarsità di collegamenti stradali, di linee ferroviarie e di trasporto pubblico rispetto alla dispersione della popolazione sul territorio - sottolinea l'Azienda - limita un'equa accessibilità alle strutture sanitarie, con riflessi sulla qualità di vita delle persone, sull'appropriatezza dell'assistenza e sul grado di *performance* complessiva del sistema.

Territorio e ambiente

⁷⁵ <http://www.aUSL.fe.it/staff-servizi-centrali/programmazione-e-controllo-di-gestione/bilancio-di-missione>

L'agricoltura mantiene a Ferrara un ruolo economico rilevante. La quantità di prodotti fitosanitari impiegati (33,5 Kg per ettaro vs 25,4 Kg in regione) può trovare spiegazione in questa situazione. A fronte della diminuzione - registratasi negli ultimi decenni - delle concentrazioni di alcuni inquinanti, come il monossido di carbonio, il biossido di zolfo, il benzene e il piombo, livelli elevati permangono per altri inquinanti, come gli ossidi di azoto, l'ozono e le polveri fini. Gli aspetti più critici della qualità dell'aria nel territorio del comune di Ferrara, così come per le altre città della pianura padana, appaiono quelli legati alle PM₁₀ e all'ozono. Globalmente dal punto di vista ambientale, Ferrara presenta bassi indici di inquinamento e congestione.

Ferrara è la provincia emiliana con il più basso tasso di crescita demografica, pur mostrando segnali di inversione di tendenza. Il progressivo calo demografico osservato negli ultimi 20 anni è riconducibile soprattutto a un saldo naturale fortemente negativo (-2.200 persone/anno). La recentissima inversione di tendenza è legata sostanzialmente all'afflusso migratorio. Alla diminuzione della numerosità della popolazione si sono accompagnate trasformazioni rilevanti nella sua composizione, con importanti conseguenze in termini sociali e assistenziali: si mantengono basse la fecondità e la natalità; sta diminuendo la mortalità; aumenta l'età media della popolazione in età lavorativa; aumenta la popolazione in età post-lavorativa; aumentano gli anziani e le famiglie composte da anziani senza figli, il numero delle famiglie, la popolazione immigrata. Nel 2005 si è registrato un tasso di natalità pari al 7,14‰, con un indice di fecondità pari a 1,05 (le donne in età feconda sono il 42% delle donne), contro valori regionali di natalità dell'8,9‰ e di fecondità pari a 1,24 (donne in età feconda: 44%). Ferrara ha una popolazione mediamente più anziana rispetto alle altre province, con una percentuale di *over* 65 decisamente elevata (25%) rispetto alla media italiana e di *under* 15 (appena il 10%) che è la più modesta del Paese. Per quanto riguarda la presenza di grandi anziani, Ferrara presenta una situazione che si avvicina più alle zone di montagna che a quelle di pianura. A Ferrara non si verifica l'aumento del numero delle famiglie osservato altrove: la variazione intercensuale regionale dal 1991 al 2001 è risultata pari a +11,5%, contro un aumento a Ferrara che si limita al 6%. Il numero medio di componenti per famiglia diminuisce anche a Ferrara (2,38 vs 2,39 regionale).

Gli immigrati sono una presenza numericamente rilevante, sebbene percentualmente in misura molto inferiore alla media regionale.

Ferrara presenta ancora un lieve disallineamento del tasso di scolarizzazione, che si va progressivamente riducendo. Ha un basso indice di imprenditorialità e una struttura economica ancora abbastanza frammentata. Conta infatti 34.941 imprese (1 impresa ogni 10 abitanti) di cui 10.402 artigiane (pari al 30%). Le imprese individuali sono il 70,7%. I comparti

Popolazione

Condizioni socio-economiche

produttivi più significativi e con il maggior numero di imprese sono l'agricoltura (9.195), le costruzioni (5.002) e le attività manifatturiere (4.245). Il numero medio di addetti per impresa a Ferrara è pari a 3,4 addetti, prossimo a quello italiano (3,8).

Nel periodo 1995-2003 il valore aggiunto pro capite è aumentato a Ferrara del 31,9% (vs il 29% regionale). Ferrara continua a occupare l'ultima posizione in regione per quanto riguarda il PIL, ma si sta portando verso valori prossimi alla media regionale.⁷⁶ Il tasso di occupazione provinciale è al quarto posto in Italia,⁷⁷ mentre il tasso di disoccupazione è elevato tra i giovani, anche laureati. Il tasso di disoccupazione provinciale si attesta al 4,3% (in miglioramento progressivo negli ultimi anni). La favorevole evoluzione del quadro economico ha indotto un miglioramento anche nel reddito pro capite: la crescita dal 1995 al 2003 è stata pari al 36,3%, superiore alla crescita regionale (32,8%). L'aumento del reddito disponibile ha modificato il tenore di vita dei ferraresi. Nel 2004 Ferrara si colloca al 20° posto in Italia per reddito per abitante e all'11° posto per consumi per provincia in Italia. Nel periodo 1999-2002 i consumi finali interni delle famiglie ferraresi sono aumentati del 13%, in linea con la tendenza nazionale (13,2%) e meno della media regionale (14,6%). Ferrara presenta un basso indice di povertà.

L'ultima indagine effettuata nel 2003 dal Servizio statistica del Comune di Ferrara segnala la presenza del 5,7% di famiglie al di sotto della soglia di povertà relativa (a fronte del 4,3% in Emilia-Romagna e del 10,6% in Italia, secondo l'indagine nazionale sulla povertà ISTAT 2003).

La speranza di vita alla nascita mostra a Ferrara valori inferiori rispetto alla regione, a fronte di una mortalità infantile tra le più basse. Tra i fattori principali ai quali è addebitabile il *gap* rientra l'elevato tasso di mortalità (per incidenti stradali) nei giovani tra i 15 e i 34 anni.

Le prime cause di morte sono rappresentate in entrambi i sessi da malattie cardiovascolari e tumori, sia pure con differenze legate al sesso: nei maschi la prima causa di morte è il tumore del polmone; mentre nelle donne il tumore della mammella è la quarta causa di morte. Nei maschi il gruppo dei tumori è ormai diventato la prima causa di morte, mentre nelle femmine le malattie circolatorie rimangono la prima causa. Le malattie respiratorie sono la terza causa di morte in entrambi i sessi.

Osservazioni
epidemiologiche

⁷⁶ La variazione percentuale 2003-2005 del valore aggiunto è stata del 36,3% a Ferrara, del 32,8% in Regione e del 37,3% in Italia.

⁷⁷ CDS - Annuario 2005 - Ferrara.

La mortalità per tutte le cause mostra un eccesso significativo a Ferrara nel 2004, rispetto alla regione; la mortalità per tumori mostra un eccesso significativo solo nei maschi nel 2004. La mortalità per tumore del polmone è superiore nei maschi residenti nella provincia di Ferrara rispetto alla popolazione maschile dell'intera regione. La mortalità per cancro del colon retto nella popolazione totale è superiore in maniera statisticamente significativa rispetto alla regione anche nel 2004. La mortalità per tumore della mammella continua ad essere superiore rispetto alla media regionale. È statisticamente significativo il maggior peso di patologie cardiocircolatorie rispetto alla media regionale. Non si osservano differenze nella mortalità per malattie ischemiche cardiache considerate nel loro insieme. La mortalità per malattie dell'apparato digerente mostra un'accentuazione nel 2004 della differenza con la regione, che ora è diventata statisticamente significativa. Anche la mortalità per cause esterne è notevolmente più elevata a Ferrara rispetto alla media regionale, in maniera statisticamente significativa.

L'andamento del tasso di ospedalizzazione provinciale è in calo, come l'analogo tasso regionale, ma si mantiene costantemente superiore negli anni, con un gradiente di circa 15-20 ricoveri per 1.000 abitanti.

L'Azienda segnala come l'aspetto più preoccupante dell'epidemiologia dell'AIDS sia la perdita di attenzione alla malattia e ai comportamenti a rischio che ne costituiscono il veicolo di diffusione. La tubercolosi polmonare ha mostrato una maggiore frequenza di comparsa negli ultimi tempi, ma il numero complessivo di casi è ancora limitato, anche in ragione del lavoro di profilassi svolto.

Per quanto riguarda il diabete mellito, Ferrara ha avviato da molti anni programmi di ricerca. Logica conseguenza è una prevalenza di diabete nettamente superiore alla media regionale (4% di esenzioni contro una media regionale pari a 2,4%). Il lavoro svolto tra medici di medicina generale e centri antidiabetici è sfociato nella costruzione di un Registro di patologia, alimentato dai dati provenienti da centri antidiabete e sanitari che assistono pazienti diabetici. Il 5,5% della popolazione ferrarese risulta diabetica.

I fumatori sono pari al 24,7% della popolazione compresa tra i 18 e i 79 anni. I fumatori maschi sono il 28,6% contro il 21% di femmine. Le persone sovrappeso e obese sono numericamente pari alle persone normopeso (48,6% vs 48,4%).

Stili di vita

L'impegno richiesto dai lavori domestici⁷⁸ è il tipo di attività fisica con il quale si misura la maggioranza dei ferraresi. Le donne sono impegnate in misura

⁷⁸ Va tenuto presente che le attività domestiche non possono essere inserite in toto tra le attività fisiche, in quanto solo alcuni lavori di casa comportano un sufficiente dispendio energetico.

maggiore in tali attività (89,7% contro il 79,8% per gli uomini). Le persone che si dichiarano totalmente prive di esercizio fisico sono il 32,9% dei ferraresi. A queste persone sedentarie si aggiunge un ulteriore 25,5% che svolge un'attività fisica con una frequenza insufficiente secondo le attuali linee guida nazionali e internazionali. Le persone sedentarie sono dunque pari al 60,1% dei ferraresi e le donne sono più inattive: il 63,4% contro il 56,6% degli uomini.

Ferrara ha un numero di incidenti stradali (4,88 ogni 1.000 abitanti) abbastanza basso rispetto alla regione (5,84) e all'Italia (3,92). La mortalità è invece doppia a Ferrara rispetto all'Italia e alla regione. Il tasso di mortalità da incidente stradale è il più alto in Italia.⁷⁹

Sicurezza

Gli infortuni domestici rappresentano un fenomeno di interesse sociale e sanitario paragonabile da un punto di vista quantitativo a quello degli incidenti stradali. Complessivamente, questa tipologia di ricovero assomma a circa il 65% di tutti i ricoveri per trauma dei ferraresi.

Gli infortuni sul lavoro mostrano un andamento stabile, ai valori inferiori del *range* regionale.

Profilo aziendale

Nel corso del triennio 2002-2004 l'Azienda ha prodotto una perdita d'esercizio in incremento.⁸⁰ In chiusura del 2005 la Regione ha assegnato contributi straordinari finalizzati a raggiungere una complessiva situazione di equilibrio economico-finanziario a livello regionale.

Sostenibilità
economica

Il costo pro capite ponderato per i livelli essenziali di assistenza della popolazione ferrarese è superiore alla media regionale. Nel 2005 Ferrara è la quarta Azienda e mostra un andamento nel triennio costantemente superiore di circa il 3% a quello medio regionale. Dall'analisi per singolo livello, l'Azienda evidenzia un costo pro capite superiore ai valori medi regionali per l'Area ospedaliera e per la sanità pubblica, mentre è leggermente inferiore il valore relativo all'Area distrettuale. Al punto 2.3 del Bilancio 2006 si pongono a confronto gli impieghi di risorse tra i Distretti sanitari, si illustrano con grafici i Comuni compresi nelle singole aree e le strutture sanitarie presenti (presidi ospedalieri, servizi territoriali, residenze sanitarie).

LEA
costi

⁷⁹ Il tasso di mortalità per 100.000 abitanti è: 25 a Ferrara; 15 in regione; 10 in Italia.

⁸⁰ Il risultato netto della gestione annuale passa da -25.260 Euro nel 2002 a -26.909 Euro nel 2003 e a -54.073 Euro nel 2004.

Vengono illustrati interventi e dati di attività in tema di prevenzione e tutela della salute, di sicurezza sugli ambienti di vita e di lavoro, di controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari. Per lo sviluppo dei programmi regionali di *screening* per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del colon retto, l'Azienda ha adottato dal 2005 come modello organizzativo il coordinamento interaziendale per rispondere alle esigenze di integrazione tra le aree di prevenzione, diagnosi e trattamento. Gli incontri dei gruppi specifici per ogni *screening* si sono svolti regolarmente nel 2006 e hanno permesso di gestire e valutare i programmi attraverso il coordinamento operativo dei professionisti e delle strutture coinvolte. L'Ufficio di coordinamento è presieduto dal Presidente della CTSS; nel coordinamento sono presenti i rappresentanti dei Comitati consultivi misti. Per ognuno dei tre *screening* il Bilancio di missione riporta i dati di attività⁸¹ (popolazione invitata, adesioni, test eseguiti, test non negativi), supportati da cartine tematiche che indicano le percentuali di copertura nei diversi ambiti territoriali della provincia. Nei programmi di vaccinazione, la copertura nell'infanzia è al di sopra della media regionale per tutte le tipologie di vaccino. Il programma antinfluenzale rivolto alla popolazione anziana ha raggiunto nella campagna 2005/2006 una copertura del 73,9% in linea con la media regionale (74,2%). In materia di controllo sugli ambienti di lavoro il documento riporta tabelle illustrative della percentuale di aziende controllate sulle aziende esistenti,⁸² delle prescrizioni emesse,⁸³ l'andamento dell'attività di controllo dell'Azienda dal 2001 al 2005.

assistenza collettiva

All'Area dell'assistenza distrettuale è dedicata la parte preponderante della seconda sezione. Tre cartine illustrano per ognuno dei distretti il numero dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonché i punti di Guardia medica. L'assistenza residenziale agli anziani è stata caratterizzata nel 2005 da un incremento dell'offerta che ha portato da 32,6 a 34,6 il numero di posti letto per 1.000 ultrasettantaquattrenni. Nel 2005 29 persone ogni 1.000 abitanti ultrasettantaquattrenni hanno ricevuto l'assegno di cura. L'assistenza a disabili fisici, psichici e sensoriali è assicurata dall'Azienda con proprie strutture o attraverso strutture convenzionate con una copertura di 0,39 posti letto ogni 1.000 abitanti per la residenziale e 0,59 per la semi-

assistenza distrettuale

⁸¹ *Screening* tumore della cervice uterina: popolazione invitata 32.289, adesione totale 64,8%, test eseguiti 20.938, test non negativi 609.

Screening tumori mammella: popolazione invitata 21.777, adesione spontanea 160, adesione totale 80,9%.

Screening tumori colon retto: popolazione invitata 49.636, adesione 50%, test positivi 1.563.

⁸² La percentuale per Ferrara è del 3,1% vs il 3,4% regionale.

⁸³ Le prescrizioni hanno riguardato il 19,9% delle aziende controllate a Ferrara vs il 23,7% regionale.

residenziale. Per l'assistenza domiciliare la situazione del 2006 rispecchia quella dell'anno precedente, con una accentuazione della concentrazione degli assistiti nelle fasce d'età degli ultrasettantaquattrenni che passa dal 73 al 75% di tutti gli assistiti. Il 58% dell'assistenza a domicilio continuativa e non occasionale è fornita dai MMG in collaborazione con gli altri operatori (infermieri e/o assistenti di base del servizio sociale). La quota di assistenza domiciliare integrata (ADI), con la presa in carico dell'assistito da parte di una *équipe* multidisciplinare, è più alta della media regionale (39% *vs* 35%). L'*hospice* di Ferrara, che ha 12 posti letto, costituisce parte integrante della rete delle cure palliative, insieme all'assistenza domiciliare di alta intensità e ai servizi di assistenza e consulenza ambulatoriali ospedalieri. Vengono quindi illustrati con grafici il numero di cittadini in assistenza domiciliare per livello di intensità assistenziale e il numero dei cittadini in assistenza infermieristica domiciliare rapportati a 1.000 abitanti residenti, per ognuno dei Comuni dei tre Distretti.

Nell'ambito dei servizi consultoriali vengono illustrati i dati di attività per la salute donna e per la salute infanzia.

Il numero di persone annualmente trattate dal Dipartimento di salute mentale di Ferrara è lievemente inferiore alla media regionale, con un andamento diverso del ricorso ai servizi ambulatoriale tra i tre Distretti. Attraverso rappresentazioni grafiche in quadranti viene poi descritta l'analisi di efficienza dei servizi territoriali (domiciliare integrata 2005, salute donna, pediatria di comunità, dipendenze patologiche, consumi CSM ambulatoriale, costi NPJA) in ognuno dei tre Distretti.

Richiamando infine che nell'ambito dei LEA è compresa anche la fornitura di prodotti dietetici, presidi sanitari a soggetti affetti da diabete mellito, di protesi e ausili, il Bilancio 2006 descrive il rapporto tra numero di autorizzazioni e popolazione di ciascuna area distrettuale e per Comune di appartenenza.

In tema di assistenza farmaceutica il Bilancio 2006 illustra le azioni messe in atto per il contenimento della spesa che ha registrato nel primo semestre del 2006 un brusco incremento (+9,55% rispetto al 1° semestre 2005). L'anno si è chiuso con un aumento del 3,3% a fronte di un aumento regionale dell'1,88%. Ne è seguita un'analisi delle principali classi farmacologiche prescritte e del diverso comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale, che si riflette sull'andamento disforme della spesa per singolo NCP. Per quanto concerne l'assistenza specialistica, vengono esposti in grafici: l'indice di consumo standardizzato per età nei tre distretti e complessivo a confronto con quello delle altre aziende, la correlazione tra consumo e mobilità fuori provincia e indici di dipendenza per ogni distretto.

L'assistenza ospedaliera si articola sul territorio provinciale negli ospedali del Delta, di Comacchio e di Argenta per l'area est e negli ospedali di Cento, Copparo e Bondeno nell'area Ovest. L'organizzazione prevede sette Dipartimenti: chirurgia, medicina, materno-infantile, emergenza, diagnostica per immagini e radiologia interventistica, diagnostica di laboratorio, medicina di comunità di Copparo. Complessivamente il sistema ospedaliero aziendale è dotato di 731 posti letto, di cui 620 di ricovero ordinario e 111 di ricovero in regime di *day hospital*. L'indice di dipendenza delle strutture è pari all'84%, con una crescita negli ultimi anni che segna la maggiore capacità attrattiva degli ospedali aziendali nei confronti dei cittadini residenti. Per quanto riguarda il regime di ricovero, il 29% è in diurno e il 71% in ordinario. Il tasso provinciale di ospedalizzazione risulta il più elevato in regione, sia in forma grezza che standardizzata. La tipologia in cui si registra il massimo scostamento è quella del *day hospital* sia medico che chirurgico. Nel Bilancio di missione 2006 vengono riportate in matrici di posizionamento le correlazioni tra consumo e mobilità fuori provincia di ogni distretto e in grafici gli indici di dipendenza della popolazione dalle strutture di ricovero, nonché l'attività del Pronto soccorso di ogni ospedale secondo il codice di accesso.

assistenza ospedaliera

In relazione agli indicatori di qualità dell'assistenza selezionati dal modello regionale, il documento espone con grafici gli andamenti nel triennio dei nati con basso peso alla nascita, delle dimissioni per polmoniti e influenza negli anziani, del diabete con complicazioni a breve termine e a lungo termine, dei parti con taglio cesareo, della mortalità intraospedaliera per interventi a basso rischio, della mortalità intraospedaliera per infarto del miocardio e della ospedalizzazione evitabile, mettendo a confronto i dati tra le Aziende della regione con un cenno al significato dell'indicatore.

Indicatori di qualità

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

L'Azienda ha teso a garantire la partecipazione del cittadino attraverso il suo coinvolgimento nella programmazione, gestione e valutazione del rapporto tra domanda e offerta dei servizi. Il Bilancio 2005 richiama a questo proposito: i Piani per la salute (sottoposti a nuova progettazione secondo uno stile partecipato); il progetto realizzato in collaborazione con i centri sociali per l'educazione all'uso appropriato dei farmaci; la partecipazione attiva di utenti e famiglie per l'addestramento all'assistenza a utenti in dimissione dalle RSA e per *counseling* a familiari di utenti affetti da demenze; l'attivazione di gruppi permanenti in seno ai Comitati consultivi misti nell'ambito della salute mentale; la formalizzazione della partecipazione di associazioni e rappresentanti degli utenti nei percorsi di programmazione e verifica della qualità dei servizi; l'attivazione di due punti di ascolto e di un gruppo di sostegno psicologico per familiari di persone con disturbi psichici.

Centralità del cittadino

Il Bilancio di missione 2006 richiama gli interventi effettuati sotto due principali profili:

- il coinvolgimento dei cittadini nei processi di programmazione e valutazione (la valutazione della qualità percepita),
- le condizioni che garantiscono l'accesso del cittadino ai servizi e la qualità delle prestazioni (la cartella clinica informatizzata).

Sulla qualità percepita da parte dei pazienti, nel 2006 è stata effettuata un'indagine in tutte le Unità operative che afferiscono al Dipartimento di medicina, di degenza e ambulatoriali (con particolare riferimento ai modelli organizzativi di riabilitazione). Sono state effettuate quattro rilevazioni a cadenza trimestrale. Nelle Unità di degenza (cardiologia, medicina, lungodegenza) sono stati compilati 1.072 questionari, con una partecipazione di circa il 70% sul totale dei dimessi. Nei servizi ambulatoriali i questionari compilati sono stati oltre 802, con un'adesione del 90% degli utenti.

L'Azienda ha progettato un sistema informatico di gestione del dato clinico (cartella clinica elettronica) quale strumento utile sia agli operatori per facilitare i processi di diagnosi e cura, sia al *management* quale supporto alle decisioni per il miglioramento della qualità del servizio. In tal modo si punta alla ricerca di una soluzione che integri le diverse componenti applicative presenti nell'attuale sistema informativo aziendale, secondo gli standard per l'informatica in sanità, con lo scopo di salvaguardare gli interventi in ICT già effettuati e di permettere una crescita progressiva, modulare, coerente del sistema anche nel medio-lungo periodo.

Nell'ambito dell'integrazione con gli Enti locali, l'Azienda ha realizzato una rete informatica per facilitare la comunicazione fra i Comuni e il Distretto su contenuti di carattere sociale e sanitario. Per implementare la programmazione concertata, sono state pianificate verifiche periodiche con i Comitati di Distretto e le macro organizzazioni aziendali su problematiche di interesse per la comunità locale.

Enti locali
e programmazione
sanitaria

Nel 2006 l'Azienda ha avviato un percorso di integrazione della pianificazione di Piani per la salute, Piani delle attività territoriali e Piani di zona nel Distretto Centro nord, per identificare e creare sinergie. La metodologia adottata si è fondata sul confronto delle attività e dei servizi, e sull'integrazione di conoscenze, azioni, attori. La premessa operativa è stata l'allineamento dei tempi di pianificazione di Piani per la salute e Piani di zona. Lo strumento necessario è la costruzione del Profilo di salute - benessere del Comune di Ferrara con la partecipazione di attori del sistema sanitario, sociale e dell'associazionismo (Laboratorio Profilo).

Nell'ambito del Coordinamento dei servizi socio-sanitari sono state realizzate intese fra Provincia, Comuni e Azienda USL sui temi delle adozioni nazionali e internazionali, degli abusi e maltrattamenti, degli affidi familiari. Le forme dell'integrazione socio-sanitaria illustrate nel Bilancio di missione 2006 sono:

- la rete degli sportelli sociali dei Comuni, per la quale si è conclusa una prima fase di sperimentazione tra Azienda USL e Comune di Ferrara;
- i percorsi integrati per l'adozione, attraverso azioni di sostegno alle politiche di tutela dei minori, corsi di preparazione delle coppie candidate all'adozione, la predisposizione di un protocollo operativo sull'affido.

Le azioni finalizzate all'universalità ed equità d'accesso vengono illustrate nel Bilancio 2006 al punto 3.2.1 Condizioni di accesso omogenee, di qualità e rispettose dell'appropriatezza, e al punto 3.2.2 Riduzione della forbice fra consumi reali e consumi stimati come appropriati.

Universalità
ed equità d'accesso

Nel corso del 2005 e 2006 l'Azienda ha sviluppato un progetto sperimentale promosso dalla Regione volto alla definizione e applicazione di un assetto innovativo dedicato all'integrazione socio-sanitaria attraverso il quale definire i criteri distributivi del Fondo per la non autosufficienza, predisporre le modalità per la costituzione e il funzionamento della rete dei servizi socio-sanitari, per l'analisi, valutazione e revisione dei processi che attengono alla qualità dell'assistenza e all'integrazione dei servizi. Nel 2006 si è dato avvio alla sperimentazione del Fondo regionale per la non autosufficienza, con azioni concordate con la CTSS e i Comitati di Distretto e con una fattiva concertazione con le organizzazioni sindacali. Si è attuata la sperimentazione dell'Ufficio comune per l'integrazione socio-sanitaria nel Distretto Centro nord.

Il lavoro svolto dal Tavolo anziani⁸⁴ ha prodotto indicazioni per la valutazione della qualità dei servizi offerti nelle strutture protette convenzionate con l'Azienda USL. Il risultato delle rilevazioni è stato illustrato in una iniziativa pubblica con gli enti gestori, le istituzioni e gli operatori socio-sanitari.

L'accesso alle strutture è stato migliorato intervenendo sulla gestione delle liste di attesa attraverso la pulizia e la revisione delle agende, utilizzando il modello richiesta/referto e la presa in carico del paziente tramite percorsi assistenziali facilitati per patologie croniche: diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica, BPCO. Nel 2005 è stato avviato un progetto condiviso tra Azienda USL e Azienda ospedaliero-universitaria per la riorganizzazione delle agende di specialistica ambulatoriale a respiro biennale, per un migliore controllo dei tempi d'attesa. Nel 2006 il progetto ha avuto un ulteriore

⁸⁴ Il Tavolo anziani, attivato presso l'Azienda USL, è composto da rappresentanti delle istituzioni e del Terzo settore, operatori sanitari, aree anziani dei sindacati, dirigenti dell'Azienda USL.

sviluppo con la condivisione di azioni di miglioramento gestionale e organizzativo. Il Bilancio 2006 illustra poi la rete provinciale delle cure oncologiche, un modello di gestione teso a coinvolgere tutte le risorse professionali delle Aziende ferraresi per rispondere ad esigenze di definizione dei ruoli, chiarezza dei percorsi, uniformità delle procedure, certezza della presa in carico in tutte le diverse fasi della malattia.

Per quanto riguarda la forbice tra consumi reali e consumi stimati come appropriati, vengono illustrati dati e azioni in tema di ospedalizzazione. Un grafico rappresenta il *trend* dei tassi di ospedalizzazione della provincia a confronto con quelli della regione, da cui risulta evidente non solo il divario storico tra gli stessi ma anche il suo continuo accentuarsi. Vengono esposte le aree di possibile intervento messe a punto dalle due Aziende.⁸⁵ Dal canto suo, nell'ambito organizzativo del Presidio ospedaliero l'Azienda USL ha condotto interventi specifici, quali il passaggio delle isteroscopie diagnostiche da regime di ricovero a regime ambulatoriale; la gestione ambulatoriale integrata del paziente con scompenso cardiaco cronico; la defibrillazione in Pronto soccorso di pazienti affetti da fibrillazione atriale; la gestione ambulatoriale della tubercolosi.

Le azioni finalizzate all'efficacia, qualità ed efficienza gestionale, vengono illustrate nel Bilancio di missione 2006 sotto tre profili:

Qualità dell'assistenza

- strategia dell'appropriatezza;
- strategia dell'integrazione;
- revisione degli assetti organizzativi e razionalizzazione dei fattori produttivi.

In tema di appropriatezza farmaceutica viene richiamato il ruolo della Commissione terapeutica provinciale, costituita nel 2004 dalle due Aziende ferraresi. Nel 2005 la Commissione ha definito un unico prontuario terapeutico provinciale per ospedali e servizi territoriali. Sono stati attivati tavoli tecnici interaziendali per l'assistenza al paziente con elevato rischio cardiovascolare, per la cura delle malattie muscolo-scheletriche, per l'uso appropriato dei PPI.⁸⁶ In collaborazione con la Provincia e la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, l'Azienda ha condotto dal 2004 iniziative volte alla promozione di corretti stili di vita e del corretto impiego di farmaci. In tema di sicurezza nell'uso dei farmaci, il Dipartimento farmaceutico ha effettuato un coinvolgimento dei segnalatori di sospetta reazione avversa

⁸⁵ Le aree riguardano: l'attivazione dell'osservazione breve intensiva in tutti i Pronto soccorso; la trasformazione dell'attività di *day surgery* e *day hospital* in attività ambulatoriale; l'azzeramento dei ricoveri in *day surgery* polispecialistico con DRG medico.

⁸⁶ Classe di farmaci inibitori di pompa protonica, il cui utilizzo è in costante aumento.

(ADR), con una informazione di ritorno ampiamente commentata. La sensibilizzazione ha fatto sì che la provincia di Ferrara si collochi tra le prime in Italia per tasso di segnalazioni di ADR, in linea con il *gold standard* fissato dall'OMS. In collaborazione con l'Università di Ferrara, l'Azienda ha attivato il progetto ALARM, il cui obiettivo è valutare i processi terapeutici applicati in pratica clinica per il trattamento di patologie croniche sulla base di uno standard di riferimento prefissato.

Al punto 3.4.2 del BdM 2006 Strategia della integrazione vengono illustrate le azioni intraprese dall'Azienda in tema di rete odontoiatrica, oncematologia (nuova strutturazione delle Unità operative e dei moduli organizzativi dell'Ospedale San Camillo); puerperio domiciliare; accordo con i MMG; integrazioni e interconnessioni tra strutture ospedaliere e tra queste e strutture territoriali (organizzazione dei Centri antidiabetici).

Al punto 3.4.3 Revisione degli assetti organizzativi e razionalizzazione dei fattori produttivi vengono invece illustrati gli interventi svolti per una maggiore efficienza gestionale. Le aree hanno riguardato la politica di governo della spesa farmaceutica, la funzione tecnico-amministrativa, la spesa per beni e servizi, la struttura informatica. Rispetto a quest'ultima, l'Azienda ha investito in tecnologie intranet per trasformare in formato digitale molte informazioni presenti nell'organizzazione, rendendole accessibili da tutti gli addetti e ottimizzando i processi operativi; confida nel miglioramento delle funzionalità con l'avvio di Lepida che porterà a regime il progetto SOLE; partecipa attraverso la sua struttura ICT al gruppo di lavoro di Area vasta che opera con l'obiettivo di definire il grado di condivisione, utilizzo, riuso di *software* esistenti e di condividere le scelte di implementazione e sviluppo.

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

L'attività svolta nel 2004 e nel 2005 in tema di gestione del rischio ha riguardato in particolare:

- l'organizzazione di seminari sugli argomenti connessi;
- l'attivazione del sistema di *incident reporting* nel Dipartimento dell'emergenza;
- la determinazione dei criteri di definizione delle criticità;
- un incremento degli eventi formativi per l'Azienda;
- la partecipazione a eventi formativi regionali e nazionali;
- l'estensione dell'*incident reporting* in ostetricia e ginecologia;
- il passaggio della UO di medicina legale in *staff* alla Direzione sanitaria.

Sicurezza
e gestione dei rischi

Il Bilancio di missione 2006 illustra il percorso seguito dall'Azienda attraverso gli atti deliberativi adottati, inizialmente finalizzati alla mera gestione del contenzioso, per poi implementarsi con strategie di gestione del rischio che si integrano con progetti regionali. Le attività inerenti sono compendiate in programmi e uffici affidati all'Unità operativa di medicina legale: Programma di gestione del rischio clinico; Ufficio gestione sinistri; Comitato per il controllo delle infezioni in sanità.

Inoltre, l'Azienda ha istituito presso l'Unità operativa di medicina legale un modulo organizzativo di gestione del rischio clinico. Il documento sottolinea l'intensa attività di formazione e aggiornamento (convegni e seminari su tematiche generali, per aree operative e per argomenti).

In tema di identificazione dei rischi, il documento richiama definizione ed elenco di eventi sentinella del Ministero della salute, informa dello stato di realizzazione della sperimentazione regionale di *incident reporting* alla quale l'Azienda aderisce dal 2004 e riporta le segnalazioni inoltrate dalle Unità operative dell'Azienda USL che partecipano alla sperimentazione, secondo livello di gravità.

Ribadito come il consenso informato costituisca uno dei cardini della gestione del rischio non tanto nella consueta chiave di lettura giuridica quanto come fondamentale processo di comunicazione, il Bilancio di missione 2006 riferisce delle iniziative promosse per la valutazione delle conoscenze in tema di consenso informato, obiettivo di iniziative formative e dal 2006 oggetto di obiettivo di risultato per tutte le Unità operative di degenza.

Un altro punto che il documento sottolinea è la rilevanza della cartella clinica, in merito alla quale l'Azienda ha eseguito una verifica per valutare l'appropriatezza della sua compilazione, ha elaborato (tramite apposito gruppo di lavoro) un modello aziendale insieme a connotazioni specifiche previste per singoli Dipartimenti clinici, ha implementato le procedure su singoli temi. Anche la gestione della cartella clinica è diventata oggetto di obiettivo di risultato per l'anno 2006 per tutte le Unità operative di degenza.

Nell'ambito dei temi individuati dall'Agenzia sanitaria regionale per il controllo delle infezioni ospedaliere,⁸⁷ l'Azienda di Ferrara rientra

⁸⁷ Nel 2005, per l'Area di programma Rischio infettivo dell'Agenzia sanitaria regionale sono stati individuati i seguenti temi:

- Istituzione di un gruppo regionale (CIO);
- Sorveglianza delle infezioni in sito chirurgico;
- Nuovo sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella;
- Rischio infettivo in ambiente endoscopico;

tra quelle individuate per l'avvio del progetto per il controllo delle infezioni del sito chirurgico, rispetto al quale il Bilancio illustra risultati e criticità. Vengono quindi descritti i contenuti degli altri progetti regionali e lo stato di adesione dell'Azienda, con un richiamo all'avvenuto insediamento del rinnovato Comitato per la prevenzione e il controllo delle infezioni contratte in ambito sanitario.

In tema di gestione degli infortuni, i due Bilanci di missione riportano alcuni indicatori, elaborati dal sistema informativo aziendale: andamento degli infortuni nei distretti e totale, infortuni divisi per rischio e per distretto, indice di incidenza, distribuzione degli infortuni per distretto e per tipologia di rischio.

L'Azienda di Ferrara ha attivato un innovativo sistema di valutazione aziendale in *staff* alla Direzione generale, con l'obiettivo di coordinare e omogeneizzare i diversi organismi di verifica dei dirigenti. La Direzione ha modulato in questa logica gli obiettivi aziendali introducendo, oltre a quelli strategici e di risultato, gli obiettivi di posizione attribuiti ai dirigenti secondo tre nuove tipologie: obiettivi standard, riconducibili alle capacità gestionali e tecnico-professionali relative alla qualifica e al contesto organizzativo; obiettivi di programmazione, relativi a esigenze specifiche della struttura di competenza; obiettivi mirati, che derivano da eventuali criticità per le quali si rendono necessarie azioni di correzione.

Sistema di
valutazione aziendale

Nel 2005 si è completata la gestione del processo valutativo relativamente all'Area della Dirigenza. A conclusione, sono stati elaborati per ciascun Dipartimento strumenti di sintesi in cui sono state riportate aree di miglioramento, osservazioni del valutato e un valore numerico espressione dell'elaborazione della scheda di valutazione. Tali strumenti sono forniti ai direttori di Dipartimento per la formulazione del Piano formativo annuale dipartimentale, l'individuazione delle competenze più aderenti alla posizione e professionalità, la progettazione operativa e/o organizzativa delle risorse di eccellenza rilevate.

L'Azienda ha sviluppato nel 2005 la seconda fase del Progetto di implementazione del sistema di valutazione aziendale per il consolidamento del modello di valutazione dei dirigenti. Il risultato atteso era quello di focalizzare le mappe di competenza professionale in coerenza con i criteri della *clinical competence* e della valutazione della *performance*, definiti nel percorso dell'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti. In accordo con le organizzazioni sindacali, l'Azienda ha previsto l'estensione del processo valutativo agli incarichi di coordinamento nell'Area comparto. Nel 2006 il percorso è stato rafforzato con la revisione delle schede di valutazione professionale dei dirigenti e la loro contestualizzazione per

-
- Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna (Progetto LaSER).

diversi Dipartimenti, la produzione delle schede di valutazione per le tre tipologie di incarico più aderenti alle attività dipartimentali, e con l'evoluzione del sistema di valutazione dell'Area del comparto.

Il Piano formativo dell'Azienda, in sintonia con i requisiti richiesti dal processo di accreditamento istituzionale della Regione, rappresenta per i Dipartimenti uno strumento di importante valenza programmatica e operativa, sintesi di una diffusa analisi dei bisogni. Il Piano formativo è approvato dal Collegio di Direzione, che ha definito le seguenti linee generali di indirizzo:

Formazione

- per il 2005: progettare percorsi in grado di sostenere e favorire il processo di definizione degli obiettivi di *budget* e più in generale della pianificazione annuale; offrire ai professionisti un'opportunità di continuo miglioramento in sintonia con gli obiettivi della struttura di appartenenza e con lo sviluppo della *clinical competence*; favorire l'innovazione, sia dal punto di vista tecnico-scientifico, sia dal punto di vista gestionale; sostenere le politiche dipartimentali, in linea con quanto previsto dal programma regionale di accreditamento istituzionale;
- per il 2006: implementazione dell'appropriatezza; potenziamento dell'integrazione; miglioramento e razionalizzazione delle condizioni di accesso; miglioramento della qualità; miglioramento dell'efficienza gestionale; obiettivi di rilevanza regionale.

Tra gli obiettivi prioritari dell'Azienda è compresa la riqualificazione del personale dipendente: OSS e massofisioterapisti negli anni precedenti e 56 operatori tecnici delle due Aziende per autisti di ambulanza nel 2006. Il Bilancio di missione 2006 illustra alcune iniziative di sperimentazione di nuove tipologie di formazione: la formazione a pagamento, per partecipanti esterni all'Azienda; la formazione a distanza, attivata dall'Azienda nel 2006 con un corso sperimentale; il Centro didattico aziendale LIFE.

Anche nel 2006 si conferma l'assoluta prevalenza delle iniziative interne rispetto a quelle esterne. Un grafico mostra come dal 2002 al 2006 l'attività formativa interna all'Azienda sia triplicata. Nel 2006 la spesa per corsi esterni è lievemente diminuita rispetto al 2005 mentre è aumentato il numero di partecipanti. Nel 2005 i corsi realizzati con docenti interni sono stati 168, e i docenti interni che hanno svolto attività di docenza sono stati 302. Nel 2006 sono stati rispettivamente 204 e 753.

I corsi programmati nel Piano formativo 2006 sono stati 414, effettivamente realizzati 366, di cui 336 interni e 30 esterni. La Commissione regionale ECM ha accreditato 316 eventi nel 2005 e 330 eventi nel 2006, per un totale complessivo di 764 edizioni nel 2005 e 593 edizioni nel 2006. La percentuale di dipendenti che hanno ottenuto i crediti ECM è del 93%, mentre per i medici convenzionati è del 83%.

Nell'anno accademico 2003/2004 è stato attivato il Corso di laurea in infermieristica a Codigoro, in collaborazione con l'Università degli studi di Ferrara e con il Comune di Codigoro. L'Azienda ha sottoscritto una specifica Convenzione con l'Università, mettendo a disposizione un coordinatore del corso e un *tutor* per ogni anno di corso attivato, i quali, oltre a presidiare tutta l'attività di tirocinio, svolgono la docenza nelle materie professionalizzanti. Per gli insegnamenti specialistici (quali medicina del lavoro, radioprotezione, infermieristica clinica applicata), professionisti dell'Azienda vengono incaricati dell'attività di docenza. Coordinatore, *tutor* e docenti fanno inoltre parte del Consiglio del Corso di laurea. Il tirocinio clinico viene svolto nell'ambito delle strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL. L'Azienda ha consolidato l'esperienza nella formazione esterna per OSS, iniziata nel 2004 e svolta sulla base di un accordo tra le due Aziende ferraresi e l'Amministrazione provinciale.

Il Polo formativo di Ferrara ospita le iniziative formative aziendali, compresi i corsi di informatica che trovano spazio in un'apposita aula dedicata e attrezzata.

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

I temi della salute sono fra quelli che continuano a suscitare il più vasto interesse nell'opinione pubblica ferrarese. Gli utenti, per contro, dispongono di una gran quantità di notizie e informazioni sulla salute, sulle possibilità di cura di tante patologie, su stili di vita appropriati per restare sani e in forma.

Proprio questa attenzione continua ai temi e ai fatti della salute richiede un costante affinamento degli strumenti di comunicazione, che hanno finito col costituire uno dei fattori di qualità delle Aziende sanitarie.

La comunicazione aziendale è diventata nell'ultimo triennio uno degli strumenti di modernizzazione e innovazione, il che si è concretizzato dal 2003 nell'elaborazione di uno specifico Piano di comunicazione a valenza biennale.

Adottare una comunicazione integrata ha comportato:

- coordinare la comunicazione istituzionale, la comunicazione di interesse per l'utenza, la comunicazione rivolta all'esterno e la comunicazione interna, valorizzandone le sinergie;
- differenziare la produzione di materiali informativi, progettati e dedicati a specifici pubblici;
- creare un legame tra le diverse strutture e risorse che normalmente informano o comunicano per conto dell'intera struttura, anche per favorire una percezione più qualificata tra i diversi pubblici.

Nel 2006 l'Azienda ha confermato le proprie strategie comunicative, impegnandosi nelle azioni volte al miglioramento del clima aziendale e del senso di appartenenza, a concorrere all'aggiornamento degli strumenti d'informazione dei cittadini per una fruizione più semplice e diretta dei servizi, a mantenere rapporti coi *media* locali basati su trasparenza, imparzialità e reciproco riconoscimento. Nel 2006 sono stati riprogettati e implementati il sito internet aziendale e la rete intranet per dipendenti e medici convenzionati.

La comunicazione per l'accesso ai servizi è stata curata dall'Azienda attraverso il periodico *Informa Salute*, dalla pagina redazionale inserita nei quotidiani ferraresi (*Il Resto del Carlino* e *La nuova Ferrara*) e nei mensili *La Città* e *La Piazza*, distribuiti gratuitamente alle famiglie ferraresi, e dalla newsletter *Informa Salute. L'approfondimento*.

Comunicazione
per l'accesso ai servizi

Nel dicembre 2005 l'Azienda ha coinvolto in un'indagine di gradimento alcuni *stakeholder* aziendali: presidenti e vice presidenti dei Comitati consultivi misti, responsabili di Uffici stampa di alcuni Enti locali, dell'Università, dell'Azienda ospedaliero-universitaria e di URP della Pubblica amministrazione. Per suggerimenti tecnici sono stati interpellati i caporedattori dei quotidiani e di alcuni periodici ferraresi.

Per diffondere l'informazione su eventi di vario interesse per *target* specifici, la pagina redazionale *Informa Salute* si trasforma in un inserto di 2-4 pagine a colori del mensile *Il Cicero*, stampato in 15.000 copie e diffuso gratuitamente negli URP comunali e dell'Azienda USL, nei luoghi di ritrovo dei giovani gestiti da associazioni di volontariato, negli Enti locali e nelle biblioteche pubbliche.

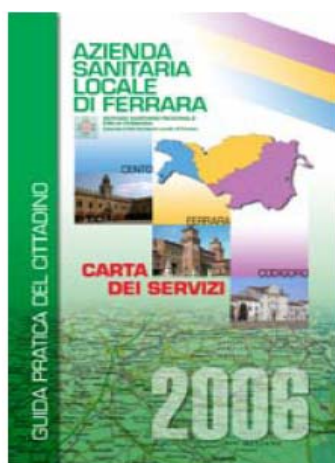
Gli spazi televisivi sono all'interno della programmazione dell'emittente TV locale. L'inserimento di pagine redazionali in spazi messi a disposizione sui periodici o sui siti internet di alcuni Comuni ferraresi è proseguito nel corso del 2005 e 2006.

Le guide per l'accesso ai servizi sono redatte con una scelta di priorità ben precisa, come strumenti informativi correlati al percorso di certificazione e accreditamento di alcune Unità operative ospedaliere e alcuni servizi territoriali. Il pieghevole informativo turistico per i sette lidi è stato realizzato per il quarto anno consecutivo. Nel 2005 e nel 2006 l'Azienda ha partecipato con un inserto sui servizi d'emergenza alla *MiniguídaFerrara*, redatta per i turisti che visitano la città. L'Azienda partecipa alle iniziative regionali di educazione attraverso la progettazione di gruppi di lavoro appositamente costituiti (ad esempio per gli *screening* oncologici e per le campagne antinfluenzali, compresa quella aviaria) o attraverso il piano aziendale di distribuzione dei materiali.

L'URP aziendale predispone strumenti e percorsi di comunicazione integrata finalizzati a soddisfare le complessive esigenze conoscitive dei cittadini in merito ai servizi erogati. L'organizzazione dispone di vari strumenti operativi: una procedura formale e validata, che descrive tutte le fasi che riguardano la gestione delle segnalazioni, le responsabilità dei soggetti coinvolti, i tempi di elaborazione e le caratteristiche di *report* descrittivi e analitici sull'attività svolta; procedure omogenee per la gestione dei reclami; un sistema di classificazione comune e condiviso in ambito regionale; *report* descrittivi e analitici quali indicatori dei fattori che influiscono negativamente sulla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie e assistenziali.

Il sistema informativo del Numero verde telefonico è un altro strumento specifico di comunicazione gestito dall'URP. Il progetto Pronto salute, finalizzato a garantire l'omogenizzazione e l'aggiornamento delle informazioni gestite da tutte le aree dell'accesso (URP, punti informativi e centralini), è stato realizzato utilizzando il patrimonio informativo della Banca dati del Numero verde per dar vita a una banca dati aziendale.

Nell'agosto 2006 è stata pubblicata e diffusa la Carta dei Servizi dell'Azienda. L'elaborazione della Carta e la definizione dei suoi contenuti sono stati il risultato di un processo di riflessione e progettazione attraverso il quale l'organizzazione ha analizzato se stessa, i propri servizi e le logiche di erogazione allo scopo di migliorarle. Sono stati chiariti ed esplicitati ruoli, competenze e responsabilità, nell'ottica di fornire un servizio utile ai cittadini. È stata occasione per favorire relazioni con i diversi *stakeholder* dell'Azienda. L'aggiornamento della seconda e della terza parte è stato realizzato in collaborazione con i Comitati consultivi misti.



La Carta è costituita da quattro parti:

1. presentazione generale dell'Azienda e dei suoi principi fondamentali;
2. meccanismi di tutela e partecipazione [...];
3. standard, indicatori e impegni di qualità [...];
4. descrizione dell'offerta sanitaria, indicazione dei punti di erogazione delle prestazioni, come accedere ai servizi sanitari (per cittadini stranieri, giovani, donne, bambini, anziani), l'integrazione con i servizi sociali, la salute mentale, [...],

Il Bilancio 2006 riporta i risultati delle indagini effettuate sulla qualità percepita dai cittadini degli URP, l'esperienza della sperimentazione di *audit civico* nel Dipartimento delle cure primarie, la partecipazione a eventi

fieristici, la sperimentazione dell'attività di mediazione del conflitto. I due Bilanci riportano infine i *report* dell'andamento delle segnalazioni: segnalazioni pervenute, tipologia, distribuzione per tipologia, oggetti delle segnalazioni, destinatari.

Nel 2005 e 2006 sono proseguite le attività nell'ambito delle cinque aree oggetto di progettazione e coordinamento dell'UO Piani per la salute:

- Prendersi cura di chi si prende cura - *Caregiver* anziani;
- Prendersi cura di chi si prende cura - *Caregiver* malati psichici, per l'attivazione di punti di ascolto per le famiglie (PAF);
- Sostegno ai genitori nella cura dei figli, per la promozione dell'allattamento al seno;
- Prevenzione incidenti stradali e loro esiti, per favorire l'adozione di comportamenti responsabili nei giovani, nei diversi contesti e luoghi di aggregazione;
- Prevenzione tumore al polmone, per la prevenzione del tabagismo nelle scuole.

Comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

Nel corso del 2005 e 2006 l'Azienda ha realizzato azioni specifiche sia per meglio comprendere i bisogni di salute della popolazione residente nel territorio provinciale, sia per orientare i cittadini verso l'adozione di comportamenti più sani e sicuri. I due Bilanci di missione ne illustrano le campagne più significative. Il Bilancio 2006 elenca infine tutte le azioni comunicative svolte nell'anno.

Le informazioni interne sono contenute nelle *newsletter* prodotte direttamente dall'Ufficio comunicazione e inviate al personale tramite i cedolini stipendiali. Gli strumenti utilizzati sono la newsletter *InformaUSL*, il libretto guida per i nuovi assunti, la formazione addetti al sito intranet, la rete intranet, la rassegna stampa.

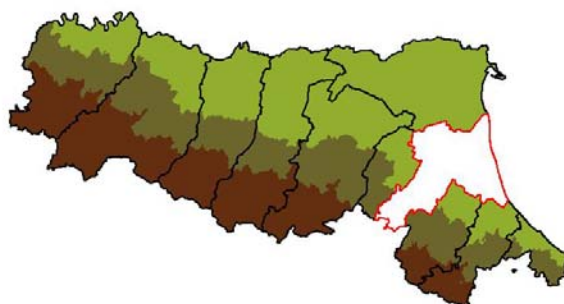
Comunicazione interna

Ricerca e innovazione

L'Azienda USL di Ferrara ha partecipato attivamente ad alcuni filoni di progetti sviluppati nell'ambito dei progetti regionali di modernizzazione e del PRI E-R.

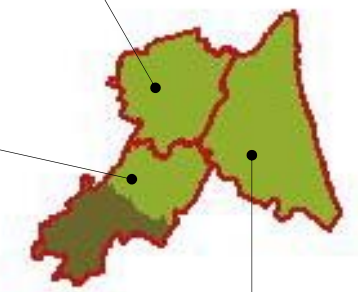
I due Bilanci di missione espongono obiettivi e stati di avanzamento dei singoli progetti sviluppati dall'Azienda nell'ambito del programma regionale Fondi di modernizzazione, del PRI E-R, dei programmi ministeriali, dei co-finanziamenti dell'Unione europea. Illustrano infine le azioni intraprese nei due anni per il potenziamento dell'attività di supporto alla ricerca: rafforzamento della biblioteca multimediale aziendale; realizzazione di eventi formativi per lo sviluppo delle competenze per il corretto utilizzo dell'informazione scientifica.

Azienda USL di Ravenna



Distretto di Lugo
 Popolazione: 98.006
 Area (Km²): 479,71
 Densità (pop per Km²): 204,3

Distretto di Faenza
 Popolazione: 84.291
 Area (Km²): 597,58
 Densità (pop per Km²): 141,1



Distretto di Ravenna
 Popolazione: 187.128
 Area (Km²): 781,2
 Densità (pop per Km²): 239,5

| Comuni | Area (Km ²) | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 18 | 1.858,49 | 369.425 | 198,7 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006⁸⁸

Questa edizione del Bilancio di missione dell'Azienda USL di Ravenna si propone come base sia per la revisione delle attività compiute, sia per giungere ad una puntuale descrizione delle azioni realizzate in relazione all'assunzione della responsabilità di rendere conto (accountability degli anglosassoni), di informare sulle necessità e sui presupposti tecnici che hanno portato alle singole scelte e sull'entità dei problemi da risolvere per garantire una assistenza di elevato livello tecnico e di alta qualità.

Come per l'edizione dello scorso anno, la struttura del documento presenta alcune linee di lettura che attraversano il documento stabilendo connessioni tra informazioni multiple ed (apparentemente) eterogenee fra loro, che rappresentano percorsi di interpretazione caratterizzati dal superamento della logica della rendicontazione legata solo ai processi di produzione, per aprirsi ad una visione più aderente alla centralità del cittadino che tratta problemi sanitari che si snodano nei diversi episodi di assistenza in un percorso continuo. Il carattere dominante di questo Bilancio di missione è conseguenza della analisi e interpretazione integrata della nostra realtà, che, al pari di quanto accade in altri contesti caratterizzati da un sistema sanitario avanzato, è chiamata a confrontarsi con una serie di problemi dal cui controllo/soluzione dipende la sopravvivenza di un sistema sanitario pubblico con caratteristiche di elevata qualità tecnica.

Per quanto dimensioni e gravità siano oggettivamente diversi, la natura e la tipologia dei maggiori problemi comprendono la: compatibilità economica; eccessivo consumo di prestazioni sanitarie; insufficiente personalizzazione delle cure; allungamento eccessivo nelle liste di attesa; variazioni importanti (e non sufficientemente spiegabili) nel consumo, nella produzione e nei costi unitari; insufficiente coordinamento/integrazione tra servizi; equità nell'accesso ai servizi ancora insufficiente.

Alcune delle circostanze che probabilmente stanno all'origine di questi problemi (invecchiamento della popolazione, immigrazione, progresso tecnologico) sfuggono al controllo dell'amministrazione decentrata. Altre invece, interessano l'ambito delle responsabilità delle singole amministrazioni quali l'organizzazione dei servizi, l'appropriatezza, i valori e le caratteristiche del sistema decisionale, l'importanza attribuita al beneficiario dei servizi, il coordinamento, l'integrazione, ...

Il controllo, e per quanto possibile, il superamento di tali problematiche, richiede il superamento dell'attitudine di isolare il problema dal contesto complessivo col quale interagisce l'insieme dei determinanti dello stesso. L'analisi dei principali fattori che influenzano il sistema dei servizi e la sua dinamica di funzionamento evidenzia la prevalenza di problemi il cui controllo richiede sempre maggiore capacità di individuare specifici ed appropriati percorsi assistenziali, che siano capaci di soddisfare il particolare episodio di cura nel più generale ambito dell'episodio di malattia cui appartiene,

⁸⁸ <http://www.ausl.ra.it/h3/h3.dll/aaur4lout/d1/fpagina?ID=BilancioMissione2007&UID.x=15368-1178622930>

insieme alla capacità di differenziare la risposta assistenziale in funzione della natura e dell'intensità del bisogno, valorizzando risorse professionali e sviluppando ottimali livelli di integrazione e coordinamento. [...]

Se lo sviluppo e l'esercizio di competenze specifiche richiedono settorializzazione del sapere e del saper fare, la natura e la complessità dei problemi di salute fanno sì che una risposta adeguata oltrepassi i limiti dell'eccellenza tecnica settoriale e sia sempre più subordinata al concorso coordinato di una pluralità di competenze e di azioni.

[...]

*Tiziano Carradori
Direttore generale dell'Azienda USL di Ravenna*

Contesto di riferimento

La Provincia di Ravenna ha una superficie di 1.858,49 Km². Compresa fra la costa adriatica a est e i rilievi appenninici a sud-ovest, è costituita in gran parte da territorio pianeggiante. Ha una densità di 201 abitanti per Km², è composta da 18 Comuni e si articola in tre Distretti (Ravenna, Faenza, Lugo). Caratteristiche peculiari sono date dalle presenze sul suo territorio del porto commerciale (uno dei principali dell'Adriatico), del polo chimico-industriale (uno dei più grandi d'Italia) e del fenomeno turistico (oltre 1 milione di arrivi nella stagione estiva lungo la fascia costiera nei Comuni di Ravenna e Cervia).

Territorio e ambiente

La Provincia è ai primi posti in Italia per il sistema di depurazione, con l'87% delle acque depurate. Per trattamento dei rifiuti solidi urbani e industriali la Provincia è praticamente autosufficiente, la raccolta differenziata ha raggiunto nel 2004 il 39,4%, con un costante *trend* di crescita. Per il monitoraggio della qualità dell'aria, oltre alla rete pubblica gestita dall'ARPA è operante una rete privata in prossimità del polo industriale di Ravenna. Anche per il 2005, come per gli anni precedenti, si sono registrate criticità per ossidi di azoto, ozono e PM₁₀. Nell'ultimo triennio il *trend* segna tuttavia un miglioramento, mostrando una graduale e costante riduzione dei parametri fuori norma. Per alcuni inquinanti (biossido di zolfo, monossido di carbonio, benzene) i valori registrati nel 2005 sono in linea con quelli degli anni precedenti, sempre al di sotto dei limiti di legge.

La popolazione all'1/1/2007 era di 373.446 abitanti, di cui il 51,4% femmine, con un aumento dell'1,1% rispetto all'1/1/2006 e del 6% rispetto all'1/1/2005. La piramide dell'età mostra un allargamento alla base dovuto a un aumento delle nascite e un ampliamento del vertice, per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione. La speranza di vita alla nascita nel triennio 2000-2002 era di 78,47 anni nella popolazione maschile e di 84,12 anni in quella femminile, di poco superiori a quelli regionali (77,78

Popolazione

e 83,78 rispettivamente). Al 2006 è salita a 80,06 anni per i maschi e a 85,28 per le femmine. La percentuale di anziani è superiore alla media regionale, del 7,5% nel 2005 per gli ultrasessantacinquenni, dell'8,1% per gli ultrasettantacinquenni e dell'11,6% per gli ultraottantacinquenni. L'incremento tra il 2005 e il 2006 della popolazione di età pari o superiore ai 74 anni è stato di un punto percentuale superiore a quello medio regionale (+12,3% vs 11,3%). Parallelamente si osserva un aumento delle famiglie mono-componenti.⁸⁹ I grafici riportati nel Bilancio di missione 2006 mostrano gli esiti della rilevazione⁹⁰ della popolazione unifamiliare di età compresa tra 75 e 84 anni e ultraottantacinquenne con o senza servizi dell'Azienda USL presente nei tre distretti.

Al 31/12/2004 gli stranieri residenti ammontavano a 20.141 unità. Al 31/12/2006 sono 26.103, con un sostanziale riequilibrio tra i due generi (12.371 femmine e 13.732 maschi).

Il tasso di occupazione segna una costante crescita nell'ultimo triennio, con un andamento differente tra i due generi: nei maschi si registra un'inversione di tendenza nell'ultimo anno dopo un biennio in diminuzione, mentre per le donne si assiste a un progressivo aumento. La crescita è dovuta al settore terziario, mentre nell'agricoltura si registra un'ulteriore flessione. Per quanto concerne le forme contrattuali, il contratto di formazione è in via di esaurimento e quello di lavoro interinale si è molto ridimensionato; cresce il lavoro a tempo indeterminato ed esplose quello a tempo determinato; crescono i contratti con orario parziale.⁹¹ Aumentano gli occupati non comunitari. Il reddito medio disponibile per le famiglie nel 2005 ammonta a 20.320 Euro. I consumi medi finali ammontano a 18.390 Euro.

Condizioni
socio-economiche

I tassi di mortalità per tutte le cause si mostrano tendenzialmente più bassi della media regionale. I valori di mortalità per i tumori alla mammella e collo dell'utero, del colon retto, per malattie dell'apparato respiratorio e per traumatismi e avvelenamenti sono in linea con quelli regionali.

Osservazioni
epidemiologiche

Per alcune fasce della popolazione (cittadini stranieri e anziani di età ≥ 75 anni) Ravenna ha tassi di ospedalizzazione significativamente più elevati della media regionale per alcune patologie. Nei cittadini stranieri il ricorso al ricovero è tre volte più frequente della media regionale per enterocoliti e nelle cittadine straniere tre volte superiore alla media aziendale per problemi di salute collegati alla sfera riproduttiva. Nella popolazione straniera sono rilevanti anche le ospedalizzazioni per traumatismi e avvelenamenti,

⁸⁹ I dati al 2001 (27,3%) a confronto con i dati al 1991 (21,1%) segnalano un incremento superiore del 3% a quello regionale.

⁹⁰ La rilevazione è stata effettuata al 30 giugno 2006 per il problema delle ondate di calore.

⁹¹ Bilancio di missione 2005.

verosimilmente connessi all'attività lavorativa. Per tumori e malattie cardiovascolari i residenti presentano un ricorso al ricovero ospedaliero significativamente minore del resto della regione. Per l'infezione tubercolare, l'incidenza si mantiene costante ormai da un decennio. Relativamente all'AIDS la provincia si colloca al 2° posto fra le province italiane con la più alta incidenza e prevalenza dopo Brescia.

Si ha una maggiore sedentarietà dei ravennati (16,5%) rispetto alla media regionale (13,3%). Negli ultimi 40 anni si assiste a una progressiva riduzione della percentuale di fumatori tra gli uomini, mentre cresce la percentuale delle donne; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano. La popolazione presenta la prevalenza di obesità e sovrappeso più bassa di tutta la regione; ma il sovrappeso aumenta significativamente nei bambini di 9 anni, attestandosi su un valore superiore alla media regionale.

Stili di vita

Nel periodo 2002-2005 si sono registrati 2.287 ricoveri per incidente domestico. Il 48,5% ha coinvolto le persone ultra sessantacinquenni e il 54% sono donne. Nello stesso periodo gli incidenti domestici si sono resi responsabili di 278 decessi. L'età più colpita è quella dei grandi anziani. Nel periodo 2002-2004 si sono verificati 1.570 ricoveri per fratture del collo del femore, pari a un tasso di 60 nuovi casi per 10.000 all'anno. La patologia prevale nelle donne (75,5%) e nei grandi anziani (85% in età >74 anni).

Sicurezza

Nel 2006 è stato avviato un progetto in collaborazione con i Comuni per attività di sostegno e consulenza alle persone anziane nell'adattamento dell'ambiente domestico, attraverso i Centri per l'adattamento domestico (CAAD), costituiti da *équipe* di tecnici: architetto, assistente sociale, fisioterapista. L'Azienda si propone uno sviluppo degli interventi in relazione all'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza.

La Provincia si colloca ai primi posti per incidenza degli infortuni sul lavoro. Dal 1994 al 2005 si è registrato un tendenziale calo dell'indice in linea con la tendenza regionale. Dal 2001 si sono registrati i valori migliori del periodo, anche se nel 2005 la distanza con il resto della regione sembra aumentare.

Profilo aziendale

L'esercizio 2005 si è chiuso con una perdita pari a 9,5 milioni di Euro. Il contributo dell'Azienda alla perdita complessiva del Sistema sanitario regionale è sceso dal 16,5% del 2003, al 12,8% del 2004, al 7,8% del 2005.

L'Azienda produce un effetto volano sull'attività economica del complesso tessuto territoriale attraverso i rapporti di fornitura di materiale e prestazioni intermedie (per oltre 308 milioni di Euro) e occupazionale (con i suoi 4.504 dipendenti e 491 medici convenzionati). Il numero dei soggetti direttamente occupati rappresenta il 2,7% dell'intero corpo lavorativo della provincia:

Sostenibilità
economica e impatto

essa è dunque una delle più grandi realtà aziendali della provincia stessa. Un aspetto dell'impatto sul territorio riguarda la mobilità per spostamenti casa-lavoro, che l'Azienda illustra attraverso grafici che descrivono l'intensità del fenomeno nei tre distretti.

Il patrimonio artistico dell'Azienda è di considerevole qualità e di particolare interesse per le connessioni con le vicende storiche assistenziali e sanitarie. Le mostre organizzate nel 1997 e nel 1999 hanno rappresentato la tappa di un percorso volto alla valorizzazione della raccolta faentina, perseguito anche negli anni successivi con la schedatura informatizzata di tutte le opere e la costruzione di specifici inventari. Nel 2006 l'inventario è stato aggiornato per il reperimento di nuove opere. Con la nuova catalogazione e perizia di stima, le oltre 1.800 opere sono state classificate secondo il livello di interesse per la conservazione e valorizzazione.

Valorizzazione
del patrimonio

Per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza, la spesa pro capite dell'Azienda USL di Ravenna è superiore a quella regionale. Lo scarto maggiore (+9% nel 2005) è rappresentato dall'assistenza distrettuale, mentre minore e in modo discontinuo è quello relativo all'assistenza ospedaliera (0,9%). La sanità pubblica si attesta a livelli inferiori rispetto alla spesa pro capite regionale (-6%).

LEA
costi

Gli *screening* registrano una buona risposta, procedono regolarmente, con buoni indicatori di *performance*.⁹² La copertura vaccinale nei bambini supera il 95% per tutte le vaccinazioni, in linea con i dati medi regionali; la copertura antipoliomelitica e antimorbillosa è costantemente superiore. Si ha un progressivo incremento della vaccinazione negli ultrasessantatrenni (+31% dal 2000/2001 al 2005/2006), mentre il tasso di copertura è passato dal 55,7 al 76,7%.

assistenza collettiva

La programmazione dell'attività di vigilanza si orienta al controllo delle aziende alimentari appartenenti ai comparti a più elevato livello di rischio (chimico e microbiologico), con una percentuale complessiva di aziende controllate (34% nel 2005, 27% nel 2006) inferiore al dato medio regionale (37,3% e 36,3%). Mantiene un livello di copertura pressoché costante nel medio periodo per le aziende di ristorazione, per le quali la percentuale in regione si riduce progressivamente. Presenta un analogo andamento il controllo delle aziende di trasformazione, lavorazione, confezionamento di alimenti di origine non animale. La provincia è caratterizzata dalla presenza di numerose zone di produzione di molluschi. Negli ultimi anni si è registrata una diminuzione degli episodi di contaminazione di natura biotossicologica delle acque marine. Nel corso del 2006 l'Azienda ha realizzato una

⁹² Al 31/12/2006 la risposta al quinto *round* dello *screening* mammografico è stata del 77,4%, per i tumori al collo dell'utero del 62,6%, per tumori al colon retto del 57%. Le percentuali di risposta sono tra le più alte a livello nazionale.

campagna per la prevenzione dell'infezione da HIV attraverso la produzione di *spot* multilingue, distribuzione di materiale informativo, ecc. La sezione 3.1 del Bilancio 2006 illustra le principali attività di controllo condotte dall'Area dipartimentale di sanità pubblica veterinaria nei tre settori specialistici in cui si articola: sanità animale, igiene degli alimenti di origine animale, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Nel 2006 l'influenza aviaria si è imposta all'attenzione pubblica come un'emergenza sanitaria che Ravenna ha affrontato con un Piano aziendale di emergenza, l'attuazione sistematica di sopralluoghi negli allevamenti industriali, l'intensificazione del monitoraggio sierologico e virologico negli animali sensibili allevati, il recupero di animali appartenenti alle specie sensibili. L'Azienda ha inoltre attivato una campagna di controllo e informazione sanitaria nel settore dell'allevamento non professionale. Sono stati individuati 1.856 siti ove vengono allevati con metodi tradizionali un numero limitato di capi avicoli.

Ciò che contraddistingue l'UO igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche di Ravenna rispetto alle altre del territorio regionale e nazionale è l'attività presso il porto, in cui vengono sbarcati annualmente milioni di tonnellate di alimenti destinati all'industria mangimistica italiana. Rilevante è inoltre il dato dei capi suini macellati, che rappresentano oltre il 21% di tutti i suini macellati in regione.

L'attività del Servizio di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro è aumentata negli ultimi due anni, sia come quantità di aziende controllate, sia come numero di lavoratori interessati, allineandosi nel 2005 agli standard regionali, con un aumento dei controlli nell'edilizia, un rafforzamento dell'attività di vigilanza sulla cantieristica navale e un potenziamento delle autorizzazioni alla bonifica di siti dall'amianto. Il Servizio di sicurezza impiantistica antinfortunistica presenta dati di attività (per controllo sugli apparecchi in scadenza) costantemente e sensibilmente al di sopra dello standard regionale.

I tre Distretti offrono ai loro cittadini la stessa gamma di attività territoriali. L'art. 23 dell'Atto aziendale riconosce che

il Distretto è una articolazione territoriale fondamentale del governo aziendale e luogo di formulazione dei piani di committenza, che esprimono il fabbisogno di assistenza specialistica e territoriale in forme residenziale, ambulatoriale e domiciliare.

L'assistenza a domicilio è organizzata su tre livelli di intensità assistenziale ed è in rete con gli altri servizi, ospedalieri e territoriali, per garantire la continuità delle cure. Ogni Distretto ha un centro organizzativo e gestionale, cui fanno capo i professionisti che intervengono in materia di cure a domicilio.

assistenza distrettuale

Nel marzo 2002 è stato aperto a Lugo l'*hospice* territoriale, un ulteriore passo verso la realizzazione della rete di cure palliative dell'Azienda.

Nel BdM 2006 viene mostrata la dislocazione dei nuclei di cure primarie nel territorio provinciale, la distribuzione dei medici del territorio e del personale dipendente, del Dipartimento di cure primarie e del Dipartimento di salute mentale.

Il BdM 2005 rilevava come per l'assistenza alla popolazione disabile adulta e per la popolazione anziana ogni ambito territoriale presentasse un assetto organizzativo diverso in relazione alla diversa gestione delle funzioni socio-assistenziali da parte dei Comuni, con i quali esistevano tre diversi accordi di programma.

Il BdM 2006 mette in evidenza le direttrici di lavoro che, nell'ambito dell'assistenza agli anziani, hanno riguardato le azioni di sviluppo di un sistema di governo condiviso da Comuni e Azienda USL della rete dei servizi per la non autosufficienza. La CTSS definisce la programmazione dell'offerta dei posti letto residenziali e l'assegnazione del Fondo per la non autosufficienza per i tre Distretti in coerenza con azioni di riequilibrio delle risorse al fine di una maggiore equità nello sviluppo della rete dei servizi nell'ambito provinciale.

Nel 2006 l'Azienda ha adottato le prime correzioni con azioni di riequilibrio tendenti a realizzare nell'ambito di ciascun Distretto nel triennio un'offerta pari al 3,3% di posti letto residenziali. Vengono quindi descritte le prime fasi realizzate, gli effetti dell'applicazione delle delibere regionali per gli oneri a rilievo sanitario, il differenziale dalla media regionale per il 2005 e il 2006 degli oneri per le case protette (in diminuzione) e per le RSA. Il quadro dell'assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani e disabili, descritto nel Bilancio 2006 con tabelle e grafici, viene accompagnato dall'esposizione dello sviluppo della domiciliarità e del lavoro di cura e sostegno alle famiglie, condotto dai servizi di assistenza domiciliare. L'insieme degli interventi della rete dell'offerta di posti residenziali e semiresidenziali, di assistenza domiciliare integrata e dell'assegno di cura descrivono per Ravenna una complessiva capacità di presa in carico pari a circa il 10% della popolazione residente settantacinquenne e oltre.

Per l'assistenza domiciliare integrata l'Azienda presenta un numero di cittadini assistiti inferiore e un numero di accessi superiore alla media regionale. Ha una maggiore percentuale di bambini e giovani adulti in carico e una minore proporzione delle fasce di età anziane (65-84 anni) rispetto alla media regionale. In quanto a tipologia di assistenza, si ha un ricorso minore al MMG (-23% rispetto a media regionale) e maggiore all'assistenza infermieristica (+35%). Per quanto riguarda l'intensità assistenziale, si ha un progressivo decremento di quella a bassa intensità a favore degli interventi a medio livello assistenziale. Le persone assistite a domicilio nel corso del

2006 sono state 6.380 con un aumento del 10,4% rispetto al 2005. Relativamente agli assegni di cura, nel 2006 l'Azienda ha attivato 2.513 contratti. Dal confronto con la situazione regionale (anno 2005) emerge che fruisce dell'assegno di cura una percentuale minore di cittadini di età inferiore a 80 anni e una percentuale maggiore di ultraottantenni. È molto minore la percentuale di coloro che utilizzano contemporaneamente altri servizi. Vengono infine illustrati i ricoveri di sollievo effettuati nelle strutture per anziani caratterizzati da temporaneità e finalizzati ad allentare il carico assistenziale della famiglia, e il servizio di telesoccorso attivato in provincia nel 2006.

Per quanto riguarda l'assistenza in *hospice*, vengono riportati i dati di attività della struttura che dall'1/1/2007 ha 8 posti.

Per quanto riguarda i consultori familiari l'Azienda registra un progressivo avvicinamento agli standard regionali nell'ultimo quadriennio, con un incremento del 57% delle prestazioni di assistenza alla gravidanza. Ha una percentuale minore rispetto alla media regionale di prestazioni per IVG, di psicologia e ginecologiche.

Per la salute mentale il dato che l'Azienda rileva tramite SDO comprende sia i ricoveri ospedalieri sia i *day hospital*, rappresentando una particolarità nell'ambito regionale. Ne risulta conseguentemente un tasso di ospedalizzazione nettamente superiore alla media regionale, che - se correttamente depurato - si riporta al dato medio regionale. La percentuale di TSO sul totale dei ricoveri è minore di quella regionale e presenta un decremento progressivo nel corso del quinquennio. Nell'accesso al CSM la popolazione maschile è più rappresentata nelle fasce più giovani d'età, mentre quella femminile nelle fasce più avanzate, nonostante non si rilevino differenze eclatanti fra i due generi. Sembra invece esistere una maggiore differenza fra utenti maschi e utenti femmine relativamente allo stato celibe: il 61% degli uomini si trova in condizioni di solitudine mentre solo il 45% delle donne che si rivolgono al CSM si trovano in tale condizione.

Per le dipendenze patologiche, mentre l'utenza in carico si mantiene al di sopra della media regionale sia per i tossicodipendenti sia per gli alcolodipendenti, il tasso di incidenza⁹³ risulta inferiore.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, risulta che 7 persone su 10 della popolazione abbiano ricevuto nel corso del 2004 almeno una prescrizione farmaceutica. La spesa e il consumo aumentano con l'età: un assistito con oltre 75 anni di età comporta una spesa undici volte superiore a quella di una persona con età compresa fra 25 e 34 anni. La popolazione con più di 65 anni assorbe il 60% della spesa e delle dosi. Nel 2004 le dosi di farmaco prescritte sono state 869 ogni 1.000 abitanti (813 in regione

⁹³ Affluenza di nuovi casi.

e 784 in Italia) con un aumento del 6,3% (6,4% in regione e 9,8% in Italia). La spesa pro capite nel 2003 è dell'1,7% in più rispetto a quella della regione. Considerando le tre tipologie distributive, fra loro complementari - tramite le farmacie convenzionate, distribuzione diretta, somministrazione in regime di ricovero -, la spesa convenzionata si è mantenuta al di sopra della media regionale (+8,6% nel 2006), mentre quella diretta è aumentata contestualmente all'aumento regionale, ma rimanendone al di sotto (-31,7%). L'Azienda ha quindi attivato un sistema di monitoraggio sistematico e di coinvolgimento dei professionisti al fine di ridurre la variabilità della prescrizione e aumentare l'omogeneità delle prestazioni, e individuare le aree di criticità della prescrizione suscettibili di miglioramento.

Per quanto riguarda l'attività specialistica ambulatoriale, l'indice di consumo standardizzato evidenzia nel 2006 un livello uguale alla media regionale per la diagnostica e la riabilitazione, un maggiore consumo del 12% per le prestazioni di laboratorio e del 13% per le prestazioni terapeutiche; un minore ricorso del 14% alle visite. La situazione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali si caratterizza per l'elevata criticità in molte branche specialistiche. L'indice di *performance* 2005 è in linea col dato medio regionale per le visite, mentre mostra un valore inferiore per le prestazioni diagnostiche (68% vs 77%). I tempi d'attesa sono stati costantemente monitorati nel 2006 e la situazione mostra un progressivo miglioramento anche per le prestazioni specialistiche.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera la prospettiva strategica aziendale mira a una rete imperniata su tre nodi (Ravenna, Lugo e Faenza), ognuno dei quali è punto di riferimento della popolazione distrettuale per l'insieme delle prestazioni specialistiche e per quelle di alta complessità assistenziale. Nel corso del 2006 sono state realizzate azioni finalizzate alla riorganizzazione di diverse funzioni: ortopedia, per limitare la ridondanza dell'offerta; oculistica, per mantenere l'attività di base in tutte le sedi e concentrare quelle ad alta complessità assistenziale; pediatria, con l'attivazione di una struttura complessa e tre strutture semplici; neurologia, con la riorganizzazione dell'attività in un'unica struttura complessa aziendale; otorinolaringoiatria, con rotazione del personale medico sulle tre sedi; diabetologia, con la costituzione di un'unica struttura complessa aziendale e la rotazione del personale sulle tre sedi. L'Azienda ha inoltre costituito un tavolo tecnico per la gestione integrata del diabete, ha proceduto alla revisione organizzativo-funzionale delle sale operatorie, ha elaborato linee guida in tema di accesso, percorso e dimissione per la lungodegenza.

assistenza ospedaliera

La dotazione di posti letto nel 2006 (4,55‰) è leggermente inferiore al dato medio regionale. La capacità attrattiva è sostanzialmente in linea con quella media regionale. Nel 2006 si sono concretizzati i progetti di riorganizzazione previsti nel PAL, con una riduzione del numero di posti letto per acuti di pediatria e dei posti letto di *day hospital* come rimodulazione dell'offerta

in funzione del trasferimento al *day service* ambulatoriale del trattamento di alcune patologie. Il tasso standardizzato di ospedalizzazione mostra un *trend* in costante diminuzione e comunque sempre entro la media di riferimento regionale. Nel 2006 si attesta a 180,9‰, a fronte di un valore regionale di 184,7‰. Il tasso di ospedalizzazione in *day hospital* si abbatte dell'11,7%. L'attività chirurgica registra un incremento del 2,4%.

Non si notano variazioni significative nel *trend* dell'indice di dipendenza delle diverse discipline, quanto piuttosto una cronicizzazione dei principali determinanti della mobilità passiva. Si mantiene costantemente alto l'indice di fuga per ortopedia e otorinolaringoiatria. Migliora invece l'indice di dipendenza per la dermatologia. La diminuzione per la pediatria è fatta risalire dall'Azienda agli effetti immediatamente successivi alla rimodulazione dell'offerta. Rimane critica la situazione dei tempi d'attesa per la chirurgia protesica. Sostanzialmente buona è la risposta alla chirurgia elettiva per patologie neoplastiche.

Per la qualità dell'assistenza, gli ambiti principali di intervento nel 2005 sono stati quelli della gestione del rischio e dell'implementazione del sistema di valutazione. L'attività di promozione dei percorsi di miglioramento dell'assistenza è stata sistematizzata con il processo di accreditamento e la definizione degli standard di qualità per i prodotti individuati. Nel corso del 2006 l'Azienda ha investito ulteriormente sia sugli strumenti di *budget* sia sul governo clinico. Le azioni sono state dirette prioritariamente all'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, al contenimento dei costi, al percorso di accreditamento.

Indicatori di qualità

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

I contenuti informativi della terza sezione del BdM 2006 sono organizzati in sei punti: obiettivi programmatici, Atto aziendale, riorganizzazione amministrativa, strategia organizzativa delle cure primarie, Fondo regionale per la non autosufficienza, strategia organizzativa del DSM.

Gli obiettivi programmatici fanno riferimento sia al Piano delle azioni scaturito dall'analisi della Direzione sulla situazione aziendale, sia agli indirizzi regionali e al Piano attuativo locale 2004-2006. Le aree prioritarie hanno riguardato: farmaceutica, specialistica (liste d'attesa), interventi di prevenzione, sanità pubblica e veterinaria (*screening* oncologici, prevenzione delle malattie infettive, sicurezza nelle strutture sanitarie e *iter* autorizzativi, Piano regionale di prevenzione, sicurezza sul lavoro, sicurezza alimentare, sanità pubblica veterinaria), area ospedaliera, sistema informativo, percorsi integrati ospedale-Distretto, integrazione socio-sanitaria.

Obiettivi programmatici

Al punto 2 della sezione viene richiamato l'Atto aziendale e viene riportata la sua articolazione. Al punto 3 vengono illustrati obiettivi strategici e linee di intervento per la riorganizzazione amministrativa. Al punto 4 è richiamato il contesto di riferimento, viene illustrato il processo di realizzazione dei Nuclei di cure primarie, con particolare attenzione ai modelli organizzativi e alle relazioni del NCP con le altre funzioni di assistenza del territorio e alla rete dei servizi.

Atto aziendale
e strategie
organizzative

Il punto 5 è dedicato a un'esposizione molto dettagliata delle valutazioni sulla fase di sperimentazione del Fondo regionale per la non autosufficienza e delle soluzioni di prospettiva.

Fondo regionale per la
non autosufficienza

La programmazione territoriale per l'attuazione del FRNA - afferma l'Azienda - rappresenta una straordinaria opportunità per innovare l'approccio e i rapporti con i cittadini non autosufficienti.

Gli impegni prioritari vengono individuati nel sostegno alla domiciliarità alla quale vengono finalizzati assegni di cura, assistenza domiciliare, ricoveri temporanei di sollievo, sostegno delle reti sociali e prevenzione per anziani fragili, centri diurni, adattamenti domestici.

Al punto 6 viene descritta la strategia organizzativa del Dipartimento di salute mentale: Unità operative complesse e loro articolazioni interne, strategie e obiettivi, linee del programma e azioni.

Dipartimento
di salute mentale

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

In apertura della sezione è riportato l'articolo 24 dell'Atto aziendale, che fissa gli impegni che l'Azienda si assume verso i propri collaboratori e quanto da essi si attende.

Carta d'identità
del personale

Alla data del 31 dicembre 2006 i dipendenti erano 4.504, di cui 3.268 femmine e 1.236 maschi. La percentuale dei dipendenti con incarico a tempo determinato è la stessa (2,5%) per i due generi e si innalza al diminuire dell'età, diventando il 12% tra i dipendenti sotto i 35 anni d'età. Il 46% dei dipendenti ha meno di 44 anni mentre il 14% supera i 55 anni. Il personale infermieristico è di gran lunga il più rappresentato (47%) seguito dal personale medico (16%) e dal personale amministrativo e altro personale (20% complessivamente).

In tema di partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa, il documento richiama le competenze degli organi e il sistema di governo indicato nell'Atto aziendale. Vengono quindi illustrati principi e criteri dell'attività aziendale, assetto organizzativo, ruolo del Distretto (che assume una funzione di governo) e modifiche

Professionisti nel
governo dell'Azienda

introdotte nei Dipartimenti (strutture organizzative dell'Azienda). Un rilievo particolare è dato alle politiche aziendali di sviluppo del capitale professionale e al ruolo del Collegio delle professioni sanitarie.

Per quanto riguarda la gestione del rischio e della sicurezza, durante il 2006 l'Azienda ha aggiornato le valutazioni del rischio relative a movimentazione manuale dei carichi, rischio chimico, amianto, radon, rischio incendio. Ha implementato il programma di *audit* di sicurezza realizzato negli anni precedenti dai Servizi di prevenzione e protezione dell'Area vasta Romagna. Vengono poi esposti i risultati della sorveglianza sanitaria effettuata dal medico competente/autorizzato sulla base del protocollo predisposto. Sono state effettuate 2.401 visite nel 2005 e 1.919 nel 2006. Le vaccinazioni antinfluenzali sono state 991 nel 2005 e 1.160 nel 2006, le altre (HBV, HAV, antidiftotetica, antivaricella) sono state 115 nel 2005 e 84 nel 2006. Sono state effettuate 311 ore di formazione verso 1.403 dipendenti (31% del totale). La gestione del rischio clinico è una funzione posta in capo alla Direzione sanitaria aziendale che la esercita attraverso il coordinamento delle funzioni di *staff* che operano nel settore (Servizio prevenzione e protezione, medico competente, Servizio epidemiologia e igiene ospedaliera, Servizio medicina legale, fisica sanitaria, Programma farmaco, direzione assistenziale, qualità aziendale). Il sistema complessivo di gestione del rischio è oggetto di riorganizzazione con definizione delle diverse aree di intervento.

Sicurezza
e gestione del rischio

In tema di ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali, il Bilancio 2005 richiama l'impegno dell'Azienda per il rafforzamento della centralità dei professionisti attraverso la revisione dell'assetto organizzativo e funzionale del Servizio infermieristico e tecnico, la modifica della struttura gerarchica, una rivisitazione dei ruoli tradizionalmente conferiti e un ri-orientamento delle carriere.⁹⁴ Il Bilancio 2006 illustra il processo di ridefinizione dei ruoli professionali in relazione alla riorganizzazione amministrativa.

Ridefinizione
dei ruoli professionali

Per quanto riguarda il sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti, a partire dal 2002 la Direzione generale si è impegnata nella diffusione a livello aziendale della cultura della valutazione. Il Bilancio 2006 richiama i principi fondamentali del sistema di valutazione fissati nell'Atto aziendale e compiti degli organismi ad esso preposti: Collegi tecnici e Nucleo di valutazione.

Valutazione
delle competenze

⁹⁴ Le principali azioni riguardavano: la valorizzazione della figura professionale dell'assistente sanitario nella pratica vaccinale; la valorizzazione dell'ostetrica per la definizione di un nuovo modello organizzativo dell'assistenza ostetrica; l'infermiere *case manager* per la presa in carico dei pazienti dei Centri di salute mentale; il responsabile infermieristico dei settori operatori.

A supporto dello sviluppo strategico aziendale, della riduzione del rischio e dell'adozione di buone pratiche professionali, della soddisfazione dell'utenza, della ricerca e innovazione, l'Azienda adotta i Piani formativi annuali. Il punto 4.6 del Bilancio di missione 2006 illustra le modalità di definizione dei bisogni formativi, le aree tematiche ritenute prioritarie,⁹⁵ gli obiettivi ad esse sottesi, le modalità organizzative con le quali le attività sono state svolte. Per quanto riguarda i corsi di laurea per operatori socio-sanitari l'Azienda ha attivato un protocollo di intesa con l'Università degli studi di Ferrara (corsi di laurea in infermieristica e in fisioterapia a Faenza), un protocollo di intesa con l'Università degli studi di Bologna (corsi di laurea in infermieristica e in logopedia a Ravenna), una convenzione con il Consorzio provinciale per la formazione professionale per i corsi di formazione per operatore socio-sanitario.

Formazione

In quanto a struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze, l'Azienda assicura alle rappresentanze sindacali collettive il confronto, la partecipazione e il coinvolgimento attraverso un sistema stabile e strutturato di relazioni sindacali.

Sistema di relazioni
tra Azienda e
personale

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Nel corso del 2005, l'Azienda ha attivato nuovi percorsi per semplificare l'accesso ai servizi: i FARMACUP (sportelli CUP dislocati presso le farmacie del territorio), il CUPTel per prenotazioni telefoniche; l'accesso diretto alle prestazioni del laboratorio analisi. Il Piano di comunicazione integrata 2006 si è particolarmente concentrato sulla diffusione delle informazioni relative ai nuovi servizi a supporto dei servizi a prenotazione diretta e di quelli raggiungibili per telefono. Sono state realizzate le guide ai servizi sanitari e sociali, per orientare il cittadino ai servizi offerti. Sono state curate 70 nuove pubblicazioni per l'accesso e 30 per informazioni di vario tipo. Il portale *web* è un servizio per il miglioramento della comunicazione e delle informazioni relative all'accesso ai servizi, che si collega alla *Guida ai servizi sanitari e sociali* dell'Azienda. La rete è integrata con la banca dati del Numero verde regionale.

Comunicazione
per l'accesso ai servizi

Oltre agli URP presenti nei tre Distretti, esiste una rete di portinerie e punti informativi a presidio della funzione di accoglienza. L'Azienda ha in cantiere un progetto per dotare di attrezzature informatiche in rete tutti i punti, per formare il personale addetto, per trasformare le attuali portinerie in veri e propri punti informativi. Ciascun Comitato consultivo misto territoriale, all'interno del proprio ambito, ha promosso iniziative per la rilevazione del grado di soddisfazione da parte dei cittadini sui servizi territoriali erogati

⁹⁵ Le aree riguardano lo sviluppo dei saperi professionali, il *management*, l'informatizzazione, le relazioni interpersonali, la gestione della risorsa umana.

e per rispondere alle problematiche rilevate dai cittadini e rappresentate all'interno dei Comitati dalle associazioni di volontariato. L'URP è impegnato in un'azione di promozione dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione dei cittadini ai servizi sanitari, nonché di raccordo della comunicazione interna ed esterna. Dal confronto tra il 2004 e il 2005 si nota un'inversione di tendenza nella tipologia di chi presenta le segnalazioni, con una diminuzione degli studi legali e un aumento dei cittadini (singoli o rappresentati da un'associazione), confermata dal confronto dei dati del 2006 con quelli del 2005. L'Azienda sottolinea infine l'impegno al miglioramento della segnaletica interna ed esterna e l'attenzione posta nell'applicazione del logo del SSR su tutti i materiali dell'Azienda.

In tema di comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza, l'Azienda ha progettato nel 2005 una procedura sulle modalità di acquisizione del consenso informato su: interventi chirurgici programmati, procedure diagnostiche o terapeutiche invasive non in urgenza, trattamento anestesiológico. Scopo della procedura è definire le modalità con le quali deve essere acquisito il consenso, con particolare riguardo alle caratteristiche delle informazioni che devono essere fornite al cittadino-paziente per metterlo in grado di esercitare il suo diritto di scelta. L'Azienda ha promosso iniziative tese a fornire agli operatori strumenti per comprendere i bisogni della cittadinanza e saperne orientare la domanda di prestazioni: giornate di studio su tematiche legate alla professione, pubblicazione e diffusione di linee guida, protocolli, atti di giornate di studio.

Comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

L'iniziativa "Per un ospedale più accogliente" è nata dalla collaborazione tra il Comune di Ravenna e la Direzione ospedaliera di Ravenna (diversi locali sono stati abbelliti con opere realizzate dagli allievi degli Istituti d'arte della città). "Un ospedale a colori" è il progetto che ha condotto alla realizzazione di una nuova sala giochi a servizio del reparto di pediatria dell'Ospedale di Ravenna.

Comunicazione per favorire la conoscenza dell'Azienda

I percorsi promossi dalla Regione per valorizzare il patrimonio artistico, culturale e scientifico della sanità mirano anch'essi - si legge nel BdM 2005 - ad avvicinare il cittadino alle strutture sanitarie. Si tratta di un patrimonio vastissimo di antiche sedi, palazzi, chiese, cappelle, farmacie, spezierie, archivi, biblioteche, con quadri, affreschi, sculture, arredi, libri, documenti, strumenti scientifici, ecc. spesso di grande valore, che rappresentano nel loro insieme una preziosa testimonianza della storia sociale, sanitaria e culturale della Regione.



L'Azienda partecipa attivamente alle campagne di comunicazione per la prevenzione e promozione della salute, finalizzate ad aiutare i cittadini verso l'adozione di comportamenti sani e sicuri. Promuove campagne di *marketing* sociale.

Comunicazione per le scelte di interesse della comunità

Dopo il primo biennio di sperimentazione, con i Piani per la salute del 2004 e 2005 sono stati promossi oltre 30 progetti in cui si è cercato di allargare la fascia dei cittadini competenti, di incoraggiare esperienze significative e condivise di promozione della salute, di mettere in rete le esperienze del territorio, ripensate e arricchite secondo una metodologia basata sulla partecipazione di più soggetti e competenze. È nato così il sito *web* PPS <http://www.aUSL.ra.it/pianiperlasalute>.

Nel corso del 2006 la CTSS ha organizzato un seminario di approfondimento e riflessione sui Piani per la salute con gli amministratori e i dirigenti dell'Azienda per un riposizionamento dei PSS sui nuovi bisogni della popolazione e rilanciare un ruolo di guida e promozione degli Enti locali.

Le nuove aree tematiche sono: anziani e fasce deboli, sicurezza e qualità del lavoro, ambiente e salute, diritto alla salute della popolazione immigrata. per ognuna della quattro aree sono stati individuati un referente politico e uno tecnico per il coordinamento dei progetti.

Nella rete intranet convivono rubriche appartenenti alle diverse aree della comunicazione: funzionale (di tipo operativo), informativa (tesa a far conoscere l'organizzazione nel suo complesso a un pubblico sia interno che esterno), formativa (per la condivisione di strategie, *mission*, valori, cultura, simbologia, al fine di formare e coinvolgere i collaboratori). Altri aspetti e strumenti di comunicazione interna sono la *newsletter* aziendale e i *report* (profili prescrittivi) forniti ai medici di medicina generale sulle prescrizioni farmaceutiche.

Comunicazione interna

Ricerca e innovazione

L'argomento trova una ampia esposizione nel Bilancio 2006 che vi riserva un quarto dell'intero documento. La sezione ha la seguente articolazione:

- 6.1. Attività di valutazione e di governo clinico
- 6.2. La ricerca clinica in Azienda
- 6.3. Governo della ricerca e linee strategiche di innovazione
 - 6.3.1. Strumenti e modelli di ricerca per lo sviluppo delle cure primarie
 - 6.3.2. Osservatorio sul diabete
 - 6.3.3. Indagine sull'uso inappropriato del Pronto soccorso e degli ambulatori dei medici di famiglia
 - 6.3.4. Progetto anziani: mappa della fragilità nella terza e quarta età

Richiamato il principio generale dell'integrazione tra assistenza, ricerca e formazione stabilito dalla LR 29/2004, il documento si sofferma sui contenuti del nuovo Atto aziendale. Riporta lo schema del ruolo della struttura che si occupa di ricerca-formazione-assistenza (ricerca-in-formazione) nell'Azienda, già presente nel Bilancio di missione 2005. Nell'ambito della riorganizzazione dell'assetto istituzionale, l'Azienda ha infatti previsto la riorganizzazione dello *staff* del Direttore sanitario. Il Bilancio di missione 2006 ne riporta analiticamente le aree di impegno. Per quanto riguarda l'aggiornamento e la formazione permanente, l'Azienda sottolinea la necessità di

sviluppare, tenendo conto del ruolo centrale svolto dal Collegio di Direzione, adeguate competenze e strette relazioni con le articolazioni organizzative e con le componenti professionali perseguendo i seguenti obiettivi:

- *sviluppare un'area di competenze [...] in grado di sostenere in modo integrato e collaborativo il processo attraverso gli esperti del governo clinico, della formazione, della ricerca, dello sviluppo organizzativo, dell'accesso alla comunicazione scientifica;*
- *costruire una rete capillare di operatori [...];*
- *collaborare ai programmi di monitoraggio, valutazione e proposta degli Osservatori regionali per le Scuole di specializzazione in medicina e per le professioni sanitarie operanti presso l'ASR.*

Al fine di facilitare il conseguimento degli obiettivi di sviluppo di competenze e relazioni, l'Azienda ha predisposto tre strumenti organizzativi: il Tavolo tecnico Efficacia e governo clinico, l'Ufficio di epidemiologia, ricerca & sviluppo, la rete professionale dei referenti EBP dipartimentale e di progetto interdipartimentale.

Viene quindi riportato integralmente il Manifesto del Gruppo di redazione dell'Area vasta della Romagna, pubblicato a Forlì il 13 febbraio 2003, quale risultato del progetto di modernizzazione Studio sull'ampliamento delle

basi informative e della definizione degli indicatori di *performance* clinica per assumere decisioni per l'orientamento clinico del percorso assistenziale. *Tableau de bord.*

Segue l'illustrazione dei risultati del primo censimento delle attività di ricerca condotte nel periodo 2002-2004 promosso nell'ambito del PRI E-R; degli articoli scientifici pubblicati su embase.com nel periodo 2000-2006; dei progetti di ricerca cofinanziati con i fondi di modernizzazione; dei progetti di AVR 2004-2006; dei progetti di *audit* clinico condotti dall'Azienda. Rispetto a questi ultimi vengono riportate, per ognuno dei progetti, schede illustrative su motivazioni e obiettivi, materiali e metodi, criticità e risultati, ipotesi di lavoro per il miglioramento degli esiti.

Al punto 6.3 Governo della ricerca e linee strategiche di innovazione viene illustrato, partendo da alcune esperienze del Servizio sanitario inglese,⁹⁶ il nuovo modello di cura delle malattie croniche, che

ha portato a dimostrare una precoce identificazione della patologia, un buon controllo per minimizzare gli effetti e ridurre l'insorgenza delle complicanze, un uso più appropriato dei farmaci, la riduzione del numero di crisi, un minor ricorso ai servizi sanitari, la promozione dell'indipendenza e dell'empowerment dei singoli pazienti attraverso l'apprendimento di conoscenze e strategie operative utili ad autogestire la malattia e migliorare la qualità della vita.

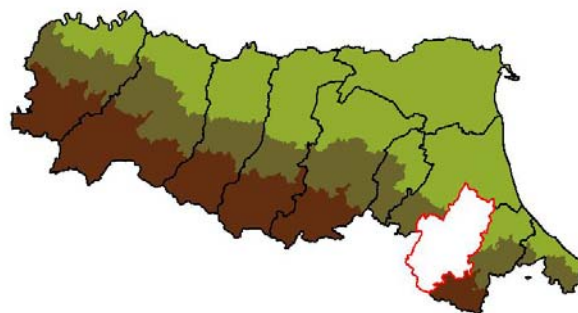
Il modello prevede diverse componenti: *team* multiprofessionali; Registro di patologie a lungo termine; *management* infermieristico; supporto all'autocura; verifica dell'applicazione delle linee guida (*audit* e formazione); sistema informativo integrato. Le linee strategiche individuate per l'applicazione progressiva del modello nella pratica clinica e assistenziale portano all'attuazione di quattro progetti di ricerca-innovazione:

- Strumenti e modelli di ricerca per lo sviluppo delle cure primarie;
- Osservatorio sul diabete;
- Indagine sull'uso inappropriato del Pronto soccorso e degli ambulatori dei medici di famiglia;
- Progetto anziani: mappa della fragilità nella terza e quarta età.

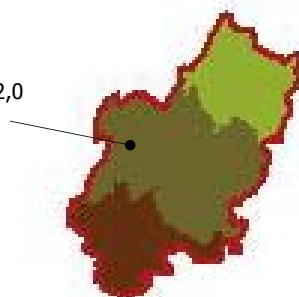
A ogni progetto viene riservata una specifica e articolata illustrazione.

⁹⁶ Alcune esperienze del Servizio sanitario britannico hanno dimostrato come un approccio all'assistenza primaria basato sul modello di cura delle malattie croniche migliori radicalmente l'esito dei pazienti con condizioni a lungo termine.

Azienda USL di Forlì



Distretto di Forlì
Popolazione: 178.977
Area (Km²): 1.260,14
Densità (pop per Km²): 142,0



| Comuni | Area | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|----------|--------------------------|------------------------------------|
| 15 | 1.260,14 | 178.977 | 142,0 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006⁹⁷

Ad un anno di distanza dal primo documento pilota, il Bilancio di missione relativo all'esercizio 2006 può considerarsi a tutti gli effetti la prima rendicontazione sociale dell'AUSL di Forlì, in continuità con il documento sperimentale 2005. Infatti mentre il documento precedente ha messo a punto il sistema di relazioni con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e ha testato gli strumenti operativi, il documento 2006 rappresenta un documento più articolato e complesso, un modo proficuo di rendere conto agli interlocutori interni ed esterni all'Azienda su argomenti quali: il sistema sanitario territoriale rispetto al proprio contesto ambientale e demografico, al proprio assetto organizzativo e gestionale, agli obiettivi di programmazione che hanno coinvolto e coinvolgono costantemente questi interlocutori sia in fase di preparazione, sia in sede decisionale. Il proficuo rapporto instaurato con la CTSS nel 2005 ha permesso di consolidare lo strumento e il processo di rendicontazione in termini di chiara e semplice lettura dei risultati e di semplificare i contenuti fra i numerosi strumenti di programmazione.

[...] la seconda edizione del Bilancio di missione è stata anche l'occasione per affinare e approfondire il testo delle sezioni inerenti i livelli di assistenza, gli obiettivi strategici e le peculiarità aziendali dal punto di vista dell'innovazione e delle risorse umane coinvolte nei processi di cambiamento organizzativo; si è cercato quindi di evidenziare da un lato le specificità dell'AUSL di Forlì (composizione demografica in particolare), dall'altra di esplicitare i risultati del nuovo mandato, o meglio l'impostazione strategica per affrontare la sfida di posizionamento strategico dell'AUSL di Forlì a fronte di forti cambiamenti strutturali quali l'attivazione dell'IRST e il consolidamento del modello ospedale e territorio.

Questi approfondimenti danno una fotografia molto nitida del sistema di governance locale e della collocazione dell'Azienda nel sistema di Area vasta, oltre a permettere una rappresentazione più completa ed efficace dei risultati complessivi dell'AUSL di Forlì. Tale rappresentazione [...] si avvale di un insieme di contenuti e di indicatori che nel tempo consentano il confronto dei dati relativi all'evolversi della domanda e dell'offerta, indicatori che riguardano gli stili di vita e le condizioni di salute della popolazione, lo stato di efficienza della gestione dei servizi aziendali, in particolar modo evidenziando le caratteristiche delle risorse umane aziendali, a cui è stata dedicata la sezione 4 del documento. Analizzando questi elementi si potranno capire i cambiamenti in atto e come questi avvengono, anno dopo anno, [...] sia a livello di organizzazione interna dei servizi forniti ai cittadini, sia nel rapporto di questi con i livelli assistenziali che l'Azienda riesce a garantire.

L'ulteriore sfida che attende questo documento così ricco di contenuti è ora quella della disseminazione e divulgazione fra gli stakeholder che nel documento, in particolare nella sezione 7 di approfondimento, vengono definiti "capitale relazionale" che includono oltre agli Enti locali e alle altre istituzioni pubbliche, associazioni del volontariato, del no

⁹⁷ <http://www.aUSL.fo.it/Percorsionline/DocumentidiProgrammazione/tabid/660/Default.aspx>

profit che partecipano alla valutazione e alla definizione dei servizi offerti a garanzia del rispetto dei principi ispiratori del Sistema sanitario regionale: centralità del cittadino, partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria, universalità ed equità di accesso, qualità ed efficienza gestionale.

*Claudio Mazzoni
Direttore generale dell'Azienda USL di Forlì*

Contesto di riferimento

La provincia di Forlì-Cesena è costituita da 30 comuni e ha un'estensione di 2.377 Km² di cui il 53% dell'Azienda USL di Cesena e il 47% dell'Azienda USL di Forlì. Questa ha infatti un territorio di 1.260 Km² (5,7% dell'intero territorio regionale) e comprende 15 comuni, con una popolazione all'1/1/2006 di 178.977 abitanti (4,27% dell'intera popolazione regionale). Il territorio aziendale si estende su quattro vallate, corrispondenti ai quattro corsi fluviali che percorrono longitudinalmente il territorio, dalla montagna fino alla pianura. La viabilità si sviluppa su rete viaria, su rete ferroviaria e aeroportuale.

Territorio e ambiente

La distribuzione della popolazione presenta una concentrazione nei comuni della pianura (75,06%), dove si trova Forlì (con il 63% dei residenti dell'Azienda USL). Nel periodo 2001-2006 si è registrato un fenomeno di spopolamento dei comuni della montagna, mentre i comuni della pianura mostrano una crescita in linea con l'incremento aziendale. La densità abitativa per il 2006 risulta inferiore a quella regionale, anche se nel corso degli anni ha mostrato un sensibile incremento (da 136,24 abitanti/Km² nel 2000 a 142,03 abitanti/Km² nel 2006).

Tra i 15 Comuni del Comprensorio,⁹⁸ coincidente con il territorio dell'Azienda, è vigente un accordo per la gestione associata di tutte le funzioni sociali e socio-sanitarie nelle aree di assistenza a famiglia e minori, disabili, dipendenze, immigrazione, oltre che in area anziani per la rete alla non autosufficienza.

Nella provincia il 65% delle giornate del 2006 ha fatto registrare valori del PM₁₀ entro i limiti vigenti di giornate/anno con valori nella norma. Se si considera invece il valore previsto dalla normativa per l'anno 2010, la percentuale delle giornate con valori nella norma è vicina al 50%.

⁹⁸ La Legge regionale 3/1999 obbliga i Comuni con una popolazione inferiore ai 10.000 abitanti alla gestione associata dei servizi. Nel comprensorio i Comuni che rientrano in questa casistica sono 13, ma in realtà tutte le Amministrazioni comunali hanno aderito a qualche forma di cooperazione, anche in casi in cui non vi è l'obbligo di legge.

La popolazione dell'Azienda, dopo un calo dal 1981 al 1998, ha registrato un costante aumento, passando dalle 170.551 unità all'1/1/1999 alle 178.977 all'1/1/2006 (+4,6%), con una crescita di circa 5.200 unità nell'ultimo triennio. Le piramidi di età sono ben esplicative della predominanza femminile nelle classi di età anziane, in particolare nell'anno 2005 nella classe di età 80-84 risulta una differenza in valore assoluto di 1.600 persone a favore delle donne e di altre 2.268 unità nella classe di ultraottantacinquenni.

L'indice di vecchiaia è molto superiore sia a quello della regione, sia a quello di Area vasta, anche se il *trend* nel tempo è decrescente (214,60% del 2000 al 200,23% del 2006). La fascia degli ultrasessantacinquenni rappresenta il 23,83% del totale della popolazione residente e mostra un *trend* in crescita nel tempo. Risulta sempre più importante il peso dei grandi anziani: è in aumento la popolazione con età superiore a 75 anni (12,12% nel 2006) e quella con oltre 85 anni (3,14%).

La numerosità del nucleo familiare si sta riducendo con il passare degli anni e nel 2001 le famiglie con uno (26,6%) o due (29,6%) componenti rappresentavano già la tipologia più frequente, con percentuali in aumento tra i due censimenti.

Il tasso grezzo di natalità presenta valori inferiori alla media regionale, anche se a partire dal 2003 il *gap* di differenza si è ridotto a causa dell'incremento di presenza di donne straniere in età feconda.⁹⁹ I tassi di natalità più elevati si riscontrano infatti nei Comuni che presentano negli ultimi anni uno sviluppo di sedi produttive che hanno indotto un aumento di immigrazione e di ricongiungimenti familiari. Il tasso di fecondità presenta fino al 2002 valori inferiori a quelli regionali, ma il trend si inverte a partire dal 2003 fino al 2005, giustificando anche l'aumento della natalità.

I dati confermano il costante incremento della vita media. La speranza di vita alla nascita è in linea con i valori nazionale e regionale.

Dal 1998 al 2005 gli stranieri residenti si sono più che sestuplicati, passando da 1.756 all'1/1/1998 a 11.364 e all'1/1/2006 costituivano il 6,3% della popolazione. La concentrazione maggiore si ha per gli uomini in età lavorativa. La presenza delle donne nel tempo è tuttavia aumentata, raggiungendo il 46%. Tale variazione è attribuibile a ricongiungimenti familiari e a lavori prettamente femminili (badanti, laboratori di sartoria). La nazionalità più rappresentata è quella albanese (17%), seguita da marocchini (14%) e rumeni (13%). La popolazione cinese rappresenta il 9% del totale e costituisce il 67% degli stranieri provenienti dall'Asia.

⁹⁹ Le donne immigrate in età feconda risultano in percentuale superiore rispetto alla popolazione di donne italiane.

La dotazione infrastrutturale della provincia di Forlì fa registrare un valore che, fatta 100 la media nazionale, è pari a 89,5 nel 1991 e a 98,8 nel 2004. La provincia consegue il 39° posto nazionale e il 10° nel Nord-Est.

Condizioni socio-economiche

I settori trainanti dell'economia sono l'agricoltura (22,3%) e il commercio (22,4%), che in totale assorbono il 45,7% di tutte le imprese.

Nel 2005 il tasso di disoccupazione era pari al 4,2%, un valore pari quasi alla metà del dato nazionale. La disoccupazione femminile risulta in lieve aumento, mentre la disoccupazione maschile risulta in lieve miglioramento.

Le condizioni di vita dei residenti della provincia di Forlì esprimono standard qualitativi elevati. Il reddito disponibile pro capite è di 19.953 Euro, valore che, ben al di sopra di quelli già consistenti di molte altre province della regione, colloca la provincia in seconda posizione in Italia. Anche l'analisi dei consumi fa segnare risultati eccellenti. La capacità di attrazione delle numerose località balneari pongono la provincia (con 20.033 Euro) al secondo posto (dopo Aosta) della graduatoria nazionale dei consumi interni pro capite.

Nel 2005 il tasso grezzo di mortalità era del 11,38‰ per mille, in lento e costante aumento, in linea con l'invecchiamento della popolazione che ne è il maggior responsabile. Il dato aziendale degli anni di vita potenzialmente persi è in linea con quello regionale.

Osservazioni epidemiologiche

Dall'Indagine multiscopo sulle famiglie emerge che una persona su cinque (221 ogni 1.000 abitanti in Emilia-Romagna e 181,5 in Italia) presenta una patologia a carico del sistema cardiocircolatorio. Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte e di ricovero ospedaliero. La sopravvivenza a 5 anni per tutte le cause è fra le più alte d'Italia.

Il tasso d'incidenza per TBC nell'ultimo biennio risulta più alto di quello regionale (10,4 vs 7,4 per 100.000 abitanti). Aumenta la percentuale di casi diagnosticati in cittadini extracomunitari.¹⁰⁰ L'Azienda registra tassi di incidenza AIDS alti, superiori a quelli regionali anche se in diminuzione nell'ultimo biennio. Come per la regione si registra un aumento costante dell'indice di prevalenza, da imputare all'efficacia delle terapie.

A Forlì lo studio PASSI 2005 evidenzia che il 3% delle persone in età compresa fra 18 e 69 anni risultano sottopeso, il 55% normopeso, il 29% sovrappeso e il 13% obeso. Lo studio PASSI 2006 evidenzia che il 31% degli intervistati riferisce di fumare sigarette, il 43% di non fumare e il 26% di essere un ex fumatore. L'abitudine è simile tra gli uomini e le donne. I tassi più alti sono osservati nelle classi dai 18 ai 49 anni. Per il consumo di alcool, quasi un quinto della popolazione tra i 18 e i 69 anni ha abitudini considerabili a rischio (per quantità o per modalità di assunzione).

Stili di vita

¹⁰⁰ 20% nel biennio 2000-2001; 12% nel biennio 2002-2003; 42% nel biennio 2004-2005.

Nel periodo 1998-2004 in provincia sono avvenuti oltre 18.000 incidenti stradali, con 454 decessi e quasi 25.000 feriti. Nelle province della Romagna gli indici infortunistici sono sempre stati più alti che nel resto della regione, tuttavia nel territorio dell'Azienda l'andamento è relativamente e moderatamente favorevole. Nel triennio 2002-2004 si è avuta la percentuale di infortuni gravi più bassa di tutta la regione.

Sicurezza

Profilo aziendale

L'Azienda evidenzia un andamento ciclico del risultato d'esercizio, con anni di forte perdita e anni di rispetto del *deficit* programmato dalla Regione. Nel 2005 sono stati assegnati alle Aziende sanitarie regionali contributi straordinari, non assegnati nel 2006.

Sostenibilità
economica e
impatto sul territorio

L'Azienda contribuisce all'occupazione provinciale per oltre il 3%. L'85% dei dipendenti risiede nel territorio di riferimento dell'Azienda; il volume degli emolumenti raggiunge i 67,6 milioni di Euro. Rilevante è anche l'effetto generato attraverso gli acquisti dai fornitori (circa 124 milioni di Euro nel 2005, di cui 85,7 milioni circa da fornitori della regione e 54 milioni circa da fornitori del comprensorio, pari al 43% del totale).

In relazione agli aspetti culturali l'Azienda, con la collaborazione della Regione e del Comune di Forlì, ha realizzato un itinerario all'interno del nuovo Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni, che ha messo in luce il proprio patrimonio storico-artistico. Si tratta dello sviluppo dell'attività di conoscenza e prima valorizzazione del proprio patrimonio culturale che l'Azienda ha compiuto in occasione dell'inaugurazione del nuovo ospedale, confluita nel volume *I beni della salute. Il patrimonio dell'Azienda sanitaria di Forlì*.



Per quanto concerne i livelli essenziali di assistenza, il costo pro capite ponderato è superiore a quello medio regionale, pur mostrando una dinamica incrementale inferiore (+3,64% vs. +4,6% nel 2005). Caratteristica distintiva dell'Azienda è di avere una distribuzione dei costi incentrata per il 58% sul livello dell'assistenza distrettuale, rispetto al 55% della media regionale. Pur mantenendosi superiori alla dinamica regionale, i tassi di crescita dei costi del livello mostrano tuttavia una stabilizzazione, soprattutto nell'ultimo biennio. Da un'analisi della disgregazione dei costi per sottolivelli emerge che per molti di questi (spesa farmaceutica, emergenza territoriale, protesica, salute mentale, ecc.) la dinamica di crescita dei costi è inferiore a quella regionale, mentre per altri sottolivelli (anziani, cure palliative, MMG, assistenza specialistica) lo scostamento nei due anni analizzati è superiore alla media regionale.

LEA
costi

Anche per l'assistenza ospedaliera si registra la tendenza alla stabilizzazione dei costi e una crescita complessivamente inferiore a quella regionale.

Il *trend* di crescita del costo pro capite relativo alla sanità pubblica è inferiore a quello regionale, ma presenta le stesse dinamiche di crescita.

Il progetto di *screening* per la diagnosi precoce del tumore della mammella registra buoni risultati nel suo avanzamento e nell'adesione, anche se permane l'obiettivo di aumentare la percentuale di adesione. Per lo *screening* per la diagnosi precoce del carcinoma della cervice uterina si osservano valori di avanzamento del programma ottimali, anche in virtù degli accessi spontanei. L'Azienda infine ha avviato il programma di *screening* per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon retto, secondo le indicazioni regionali.

assistenza collettiva

La copertura vaccinale dell'infanzia presenta da anni nella regione tassi tra i più elevati d'Italia. Forlì registra per la polio un *trend* superiore a quello regionale fino al 2002, per poi mostrare un *trend* altalenante fino a un 97,3% del 2006; per il morbillo, a fronte di un aumento del tasso di copertura in regione dall'90,4% del 2000 al 92,9% del 2005, a Forlì si è passati dal 88,3% al 90,3% (e 92,6% nel 2006).

La copertura vaccinale contro l'influenza nella popolazione anziana è risultata del 77,9%, attestando l'Azienda al più alto tasso di copertura insieme al dato di Modena. Il dato è correlabile positivamente con la riduzione dei ricoveri per influenza e polmoniti negli anziani (individuato come indicatore di qualità dell'assistenza).

La percentuale di aziende controllate è stata superiore alla media regionale fino al 2003, mentre nel 2004 e 2005 è scesa di poco sotto, rimanendo però sempre nettamente sopra il 3%. Nel 2006 l'attività è stata particolarmente intensa nei settori delle costruzioni e metalmeccanico. La percentuale

di aziende sanzionate è sempre superiore al 30%, contro una media regionale del 22% circa: la vigilanza viene fatta in modo mirato nelle aziende a maggior rischio.

Il Bilancio di missione descrive innanzitutto l'assetto organizzativo articolato su tre livelli: Comune, Area territoriale omogenea, Distretto o Azienda (che per Forlì coincidono). La mappa delle strutture indica 30 presidi di erogazione diretta di prestazioni sul territorio, di cui 11 nel comune di Forlì e 19 negli altri comuni del comprensorio. L'assetto distributivo comprende anche i presidi di erogazione non gestiti direttamente dall'Azienda: i due ospedali privati accreditati (che erogano sia attività di degenza sia attività specialistica ambulatoriale in modo integrato con i presidi dell'Azienda), due laboratori di analisi privati accreditati e, in ambito socio-sanitario, le numerose strutture convenzionate per prestazioni rivolte alla popolazione anziana (2 RSA, 13 case protette e 9 centri diurni), a disabili adulti (14 centri diurni, 19 residenze riabilitative e 7 laboratori), le molte strutture riabilitative, residenziali e semi-residenziali per prestazioni rivolte a pazienti con problematiche psichiatriche e a tossicodipendenti.

assistenza distrettuale

Nel 2006, su una popolazione totale di 178.977 abitanti, 42.658 - cioè il 23,8% - avevano più di 65 anni, e il 12,1% era over 75; il 57,7% è costituito da donne.

Negli ultimi anni si è assistito a un vero e proprio proliferare di servizi, articolati e personalizzati, per garantire alle persone di terza età un'esistenza bella, oltre che in salute: un'efficiente sistema di assistenza domiciliare, i centri diurni, le case protette, la creazione di percorsi di cura personalizzati, gli assegni di cura e infine i Piani sociali di zona e un accordo di programma fra i 15 Comuni del Circondario, l'Azienda USL, la Provincia e le associazioni di volontariato, per gestire in forma associata i servizi sociali e in forma integrata i servizi socio-sanitari.

Anche il Terzo settore si prodiga con molte iniziative (spesa a domicilio, compagnia telefonica e domiciliare, trasporto gratuito a visite ed esami medici). La rete di servizi residenziali è storicamente sviluppata a livelli superiori alla media regionale.¹⁰¹ L'Azienda USL di Forlì è stata la prima in Italia ad avere avviato nel 1995 un ospedale di comunità (*Country Hospital*).

Il *Country Hospital* è un modello di struttura socio-sanitaria territoriale della rete dei servizi distrettuali che si rivolge prevalentemente a persone anziane attraverso l'attivazione di posti letto gestiti dai loro medici di fiducia. Rappresenta la novità socio-sanitaria e assistenziale degli ultimi anni e si colloca come anello di congiunzione fra la rete dei

¹⁰¹ La maggiore dotazione è attribuita dall'Azienda sia alla domanda (alti indici di vecchiaia) che all'offerta (sviluppo dagli anni '70 di strutture a bacino provinciale e sovra-aziendale).

servizi domiciliari, le strutture residenziali per anziani (RSA, case protette, di riposo, albergo) e gli ospedali. Superata la fase di sperimentazione, i dati mostrano una situazione ormai consolidata in termini di numero di ricoveri e di degenza media, con un tasso di utilizzo medio intorno al 100% e in certi periodi anche superiore.

Nel corso del 2005, ai reparti situati nei presidi ospedalieri (con vocazione riabilitativa) si sono aggiunti temporaneamente posti letto presso strutture residenziali socio-sanitarie in sostituzione di parte dei letti di lungodegenza presenti negli ospedali privati accreditati. Per la semi-residenzialità permane una situazione di mancata copertura (con valori di circa il 40,4% per il 2006).

Per quanto concerne la psichiatria, dal 2001 si registra una stabilizzazione dell'offerta di posti residenziali e semi-residenziali. Si prevede per il 2007 una riorganizzazione dei posti letto residenziali, con un incremento del loro numero. L'attività dell'Azienda USL nei confronti dei cittadini disabili in età adulta è rivolta principalmente ai disabili gravi e gravissimi, con un impegno di natura sanitaria e riabilitativa che si integra con le azioni messe in campo dagli Enti locali, contenute nel Piano sociale di zona. La DGR 2086/2004 ha messo in moto un percorso, iniziato nel 2005, di implementazione di servizi domiciliari, di sostegno economico alla cura e residenziali per tali cittadini, con costi a totale carico sanitario.

L'Azienda ha attivato uno specifico progetto al fine di facilitare i percorsi dei disabili nelle fasi del percorso interno ai vari servizi aziendali, dalla certificazione dell'invalidità, all'acquisizione degli ausili e delle protesi, dalla dimissione protetta, al percorso riabilitativo residenziale, ambulatoriale e domiciliare, fino alla predisposizione dell'abitazione che deve accogliere il disabile.

Per quanto riguarda i posti letto per disabili, l'Azienda ha un'offerta maggiore alla media regionale, per quanto riguarda sia l'assistenza residenziale che semi-residenziale. Nel corso del 2005 è stato attivato un *hospice* territoriale, con 8 posti letto, che si inserisce nella rete delle cure palliative, integrandosi con l'*hospice* ospedaliero e con l'assistenza erogata a domicilio.

I pazienti in carico all'assistenza domiciliare sono suddivisi in tre livelli di intensità assistenziale: a bassa intensità sanitaria (I livello); a media intensità (II livello); ad alta intensità (III livello). A questi livelli vanno aggiunti i percorsi infermieristici. L'assistenza domiciliare è indirizzata soprattutto alla popolazione anziana. Il responsabile terapeutico del caso è il MMG, ma l'infermiere rappresenta la figura centrale dell'ADI, in grado di assicurare una grande parte delle prestazioni a domicilio e di dare continuità all'assistenza. Nel 2006 gli accessi infermieristici sono stati 42.583, per un totale di 114.233 prestazioni, ai quali vanno aggiunti 13.127 prelievi eseguiti a utenti non deambulanti a domicilio. Il confronto

fra gli ultimi anni di attività ha mostrato un costante incremento di accessi (+7,9% 2004/2005 e +4,6% 2005/2006).

Per quanto riguarda i consultori familiari, si conferma un crescente impegno verso l'assistenza alla nascita. La presa in carico delle donne immigrate risulta superiore ai livelli medi regionali, raggiungendo nel 2005 circa il 55% della donne gravide in carico ai consultori. Il numero di gravide complessivamente in carico, rapportato al totale dei nati vivi residenti, presenta un *trend* di crescita importante (passando dal 18,4% del 2000 al 46,5% del 2005). Il settore ostetrico-ginecologico raccoglie molta adesione, mentre l'area psicologica, pur manifestando un andamento regionale crescente, non riceve ancora molto interesse; il settore della specialistica raccoglie oltre il 30% delle prestazioni; l'attività di prevenzione ai tumori femminili il 24,6%.

Per quanto riguarda la salute mentale, il Dipartimento di salute mentale ha terminato con esito positivo il percorso per l'accreditamento istituzionale nel 2006. Questo percorso ha coinvolto tutte le Unità e i Servizi che afferiscono al DSM e ha consentito una rilettura dei prodotti e delle attività, l'individuazione di indicatori e standard, la definizione di protocolli e procedure.

Per quanto riguarda i ricoveri, il tasso di ospedalizzazione¹⁰² è inferiore a quello regionale fino al 2003 e si assesta agli stessi livelli regionali negli ultimi anni. Il numero di persone trattate è passato dai 2.529 del 2000 ai 2.761 del 2006, con un incremento del 9,2% (vs un incremento regionale del 25,03%).

Per i tossicodipendenti, l'Azienda USL presenta tassi sia di incidenza che di prevalenza superiori a quelli regionali per tutto il periodo in esame, mentre per gli alcolodipendenti i valori sono sempre inferiori.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale la realtà forlivese ha sempre presentato consumi molto elevati. I cittadini forlivesi si dimostrano grandi consumatori sia di prime visite che di visite di controllo. Il *trend* mostra un impegno rivolto al contenimento dell'indice verso i valori regionali, infatti nel complesso si passa da uno scostamento del 2004 del 24,2% a un 9,6% nel 2006. Anche per le prestazioni di diagnostica, i consumi sono superiori a quelli regionali. Il consumo di prestazioni di laboratorio mostra un *trend* di calo negli anni. Per le prestazioni riabilitative l'Azienda presenta degli indici inferiori a quelli regionali. Nel 2006 lo scostamento complessivo dal valore regionale è del 32,8%. Per le prestazioni terapeutiche, dialisi, odontoiatria e trasfusioni presentano un indice di consumo inferiore a quello regionale.

¹⁰² Desumibile dalle SDO delle schede di dimissioni dal Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

Per il raggiungimento degli obiettivi legati alla riduzione dei tempi di attesa, l'Azienda ha attivato le procedure per la suddivisione tra prima visita e controllo nelle Unità operative che ancora non si erano adeguate; ha implementato le attività diagnostiche ad alta tecnologia (TAC-PET); ha avviato azioni correttive per prestazioni critiche indicate dalla funzione di committenza (con incrementi mirati per alcune discipline e prestazioni con bassi indici di consumo, come endocrinologia e fisioterapia o per situazioni temporaneamente critiche), con l'individuazione di urgenze differibili, l'attivazione del codice colore per patologia, criteri di inserimento in *day service*.

Per l'assistenza farmaceutica, i risultati 2005 sono da considerare frutto di azioni messe in campo: miglioramento della continuità assistenziale farmaceutica; aumento dell'appropriatezza prescrittiva; implementazione del progetto Dose unitaria; percorso basato sui criteri di EBM che ha consentito l'inserimento di nuovi farmaci in Prontuario terapeutico locale, con valutazione anche della ricaduta sulla prescrizione territoriale.

L'assistenza ospedaliera è garantita attraverso una rete di presidi pubblici e privati. Nel 2006 l'Azienda ha consolidato l'area per acuti con l'attivazione di 6 posti letto di endocrinologia e 4 di chirurgia vascolare (nell'ambito della collaborazione interprovinciale con l'Azienda USL di Cesena), e 8 posti letto di lungodegenza (nell'ambito del percorso post-acuto); ha avviato lavori di ristrutturazione all'ospedale di Forlimpopoli, secondo quanto previsto dai piani di adeguamento strutturale. Ciò ha permesso di assestare l'Azienda ad un livello di offerta di 3,48 posti letto per 1.000 (stabilizzandosi al di sotto della media regionale, che è del 3,84) e di 0,96 per 1.000 per la lungodegenza e la riabilitazione (0,9 regionale). Il tasso è in crescita, superando il valore regionale tramite l'inserimento nel conteggio dell'offerta della sperimentazione di letti ospedalieri territoriali (LOT), iniziata nel 2005 e consolidata con 26 posti letto nel 2006.

assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera di Forlì si connota per un elevato grado di autosufficienza (oltre il 70% dei forlivesi e dei territori limitrofi si rivolge alle proprie strutture) rispetto alla media regionale (52%). Nel *trend* di mobilità si denota un recupero della fuga infraregionale (da 6.028 casi del 2005 a 5.712 nel 2006) e un incremento dell'attrazione (+16,35% dei casi). A tali andamenti corrisponde un tasso di ricovero ospedaliero pari nel 2006 a 176,67 ricoveri per 1.000 abitanti, che continua ad essere inferiore a quello medio regionale (184,9) e uno dei più bassi della Romagna.

Per quel che riguarda i tempi di attesa, le percentuali di pazienti trattati entro i 30 giorni sono l'84,9% per interventi di neoplasia del colon retto, l'80,7% per neoplasie della mammella, il 98,2% per neoplasia del polmone. Relativamente agli interventi per protesi d'anca, l'82% dei pazienti è trattato entro 180 giorni, mentre per la cataratta i pazienti trattati entro 180 giorni sono il 98,7%.

Pur essendo in aumento la complessità della casistica trattata, il consumo di sangue non ha subito un incremento: si è anzi ridotto del 4,2%, con un aumento della disponibilità del 5%, pari a poco meno di 400 unità. Per il triennio 2005-2007 si prevede l'integrazione delle strutture trasfusionali, per razionalizzare le attività di raccolta e produzione di emocomponenti e plasmaderivati.

Per quanto riguarda gli indicatori di qualità dell'assistenza, l'indicatore relativo al basso peso alla nascita segnala valori per Forlì sempre al di sotto della media regionale. Poiché al basso peso alla nascita sono correlati il basso reddito delle madri e fattori comportamentali (per esempio consumo di tabacco in gravidanza), gli eccessi potrebbero essere ricollegati in parte al fenomeno dell'immigrazione. L'indicatore relativo ai ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani illustra un tasso di ricovero tra i più bassi. Al riguardo va considerato che i tassi di copertura per vaccinazione antinfluenzale di Forlì sono in costante aumento e tra i più elevati della regione (77,9% degli anziani, mentre la media regionale è del 74,2%).

L'indicatore relativo ai ricoveri per complicanze diabetiche a breve termine registra un tasso tra i più bassi della regione e in costante decremento. Nel diabete di tipo 2 le complicanze a lungo termine sono molto frequenti e riguardano organi e tessuti. Molti studi hanno messo in evidenza che un aumento dei ricoveri può essere dovuto all'aumento della sopravvivenza conseguente al migliore trattamento della patologia. Per quanto concerne il ricorso al parto cesareo, il tasso evidenziato è in decremento costante. L'indicatore relativo alla mortalità intra-ospedaliera per infarto miocardico acuto risulta in decremento costante e nel 2006 il più basso in assoluto tra tutte le province. Gli indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione evitabile mostrano valori quasi sempre al di sotto della media regionale ad eccezione del tasso per ipertensione che è particolarmente elevato nel 2005 e nel 2006.

Indicatori di qualità

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Premettendo che gli obiettivi di mandato dell'Azienda consistono nella

promozione del benessere attraverso il consolidamento della coesione sociale, favorendo la partecipazione, integrando le politiche e gli interventi, finalizzati a ricercare equità e facilitazione nell'accesso al sistema dei servizi e delle opportunità, curare la qualità delle prestazioni, personalizzare l'intervento, promuovere la collaborazione tra pubblico e privato,

nel Bilancio di missione si sottolinea che

il fine ultimo di migliorare la salute della popolazione è perseguito attraverso lo sviluppo di una politica che, anziché essere centrata sui servizi, sappia avere un impatto sui principali fattori di salute e malattia.

Da qui la scelta di: promuovere la salute come rafforzamento delle capacità della persona di elevare il proprio benessere fisico, psicologico, mentale e sociale in ogni fase della vita e in relazione agli altri; sviluppare ulteriormente le politiche di prevenzione; promuovere la partecipazione della società civile e dei diversi settori di intervento istituzionale verso il comune perseguimento di politiche per la salute; rafforzare la partecipazione di soggetti istituzionali e cittadini ai vari livelli di governo del servizio sanitario; ridurre i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie.

Il modello assistenziale dell'Azienda di Forlì contenuto nel Piano programmatico 2005-2009 è caratterizzato dall'approccio del sistema di cure territoriale e ospedaliero per percorsi assistenziali fondati sull'assistenza per livelli di intensità di cura, che delinea: l'ospedale come luogo per le cure e l'assistenza al paziente in fase acuta; le strutture di degenza in ospedale e nel territorio, come presidi per la risposta alla fase post-acuta; i servizi residenziali, domiciliari e ambulatoriali del territorio, come deputati alla risposta più appropriata ai bisogni sanitari e socio-sanitari dell'ultima fase della post-acuzie, ma soprattutto dei pazienti cronici, con uno spostamento dell'asse assistenziale verso la domiciliarità.

Il nuovo Morgagni, disegnato come ospedale *high care*, si è posto come centro di una rete di servizi in grado di assistere ogni tipo di paziente a seconda della gravità della patologia.

Nel documento sono quindi esposte tabelle riepilogative dei principali obiettivi perseguiti, azioni intraprese e risultati raggiunti. In particolare, in relazione all'obbligo istituzionale della centralità del cittadino, vengono richiamati gli interventi di coinvolgimento del Terzo settore, delle associazioni no profit e del volontariato, del CCM. Nella gestione e verifica della qualità dei servizi, l'Azienda ha collaborato alle iniziative dell'AUSER per la promozione di stili di vita sani, e di coinvolgimento del volontariato per la consegna di farmaci alle persone immobilizzate e non in grado di recarsi in farmacia.

Centralità
del cittadino

La partecipazione degli Enti locali è stata perseguita in primo luogo con il loro coinvolgimento (attraverso la CSST e il Comitato di Distretto) alla definizione del Piano delle attività territoriali e dei Piani per la salute e attraverso l'Accordo di programma, alla definizione del Piano sociale di zona e dei relativi programmi attuativi annuali, per quanto riguarda in particolare l'implementazione del percorso nascita e dei programmi di *screening*, della pubblicazione di documentazione multilingue.

Enti locali
e programmazione
sanitaria

L'Osservatorio provinciale incidenti stradali e l'Osservatorio incidenti domestici rappresentano terreni di integrazione tra gli Enti locali e l'Azienda. Il primo è particolarmente impegnato nell'organizzazione di corsi di formazione per insegnanti, nella rilevazione in tempo reale degli incidenti, nella promozione di campagne di sensibilizzazione, nelle attività di comunicazione ai cittadini dei progetti infrastrutturali di adeguamento e messa in sicurezza. Il secondo continua la sua attività in attuazione del PPS, di monitoraggio del fenomeno attraverso i dati di Pronto soccorso (Osservatorio incidenti domestici), di promozione della qualità dell'abitare anche in rapporto all'assetto urbanistico e al risparmio energetico.

Comune di Forlì, ARPA e Azienda collaborano al progetto triennale europeo *Enhance Health* per la definizione di un sistema di sorveglianza ambientale e sanitaria e per la percezione e comunicazione dei rischi ambientali.

Tra parti sociali (istituzioni e associazioni di categoria) e Azienda è stato costruito il percorso per la sicurezza del lavoro che ha portato alla definizione di un modello di gestione semplificato per le piccole aziende, un Piano di prevenzione infortuni nei comparti costruzioni e metalmeccanico, un Piano di prevenzione della lombalgia e uno dei disturbi dell'arto superiore nel comparto mobile imbottito, programmi di formazione per i lavoratori immigrati.

La programmazione integrata con gli Enti locali è particolarmente significativa nell'area dell'integrazione tra sociale e sanitario nell'ambito del percorso nascita, nella definizione del programma per la specialistica ambulatoriale, nello sviluppo di percorsi socio-sanitari facilitati (Percorso disabilità, Casa facile, protesi e ausili, ecc.) per disabili in collaborazione con i servizi sociali dei Comuni.

In relazione all'obbligo istituzionale di garanzia dell'universalità ed equità di accesso, vengono richiamati:

- le iniziative umanitarie;
- gli interventi di ristrutturazione delle sedi distrettuali e ospedaliere;
- lo sviluppo delle campagne di copertura vaccinale con l'applicazione del Piano della prevenzione;
- l'attuazione del Percorso disabilità con protocolli condivisi per le Commissioni medico-legali;
- le attività di prevenzione verso gli sportivi amatoriali portatori di fattori di rischio e di patologie;
- la continuità assistenziale nei programmi di *screening* oncologici;
- la realizzazione dei progetti di unificazione in unica sede dei servizi territoriali (Nuclei di cure primarie);
- l'attuazione dell'accordo con le farmacie per la distribuzione di farmaci per conto dell'Azienda;

Universalità
ed equità di accesso

- la promozione dell'equità di accesso per l'assistenza specialistica con tempi di attesa simili ed eventuale riequilibrio sulla base della gravità e del tipo di patologia presentata;
- lo sviluppo della rete delle cure palliative e il consolidamento dei percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio;
- la diffusione della mediazione culturale a supporto dell'attività sanitaria e socio-sanitaria;
- lo sviluppo di progetti rivolti agli adolescenti;
- il completamento delle reti programmate con invio in *day service* dei pazienti affetti da malattie rare.

Quali azioni mirate a perseguire la qualità dell'assistenza e l'efficienza gestionale, il Bilancio di missione richiama in particolare:

Qualità dell'assistenza

- gli interventi strutturali, di innovazione tecnologica, di riordino delle attività e dei processi per la realizzazione di percorsi integrati e in continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- le azioni promosse per la riduzione dei tempi di attesa;
- l'entrata a regime del sistema di segnalazione rapida per la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- l'attuazione di piani mirati per la sicurezza del lavoro;
- le azioni promosse verso i MMG per l'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci e lo sviluppo degli ambulatori per le principali patologie croniche (diabete, ipertensione, ecc.) gestiti direttamente dai MMG;
- l'attuazione di procedure di gestione e produzione dei farmaci, l'ampliamento della distribuzione di farmaci monodose al fine di ridurre i rischi da farmaci;
- l'adozione del Piano aziendale dell'assistenza odontoiatrica;
- percorsi integrati e in continuità assistenziale tra ospedale e territorio per le gravissime disabilità;
- l'ampliamento e attivazione dei percorsi per l'Ospedale senza dolore;
- l'avvio dell'attività oncologica all'IRST;
- l'integrazione percorsi con il Dipartimento di cure primarie;
- l'implementazione del *day service* ambulatoriale;
- il completamento del percorso di presa in carico del paziente per intensità di cura attraverso la dimissione protetta.

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

Nel 2006 i dipendenti costituivano circa l'88% delle risorse complessive, il personale convenzionato circa l'8%, mentre il rimanente 4% circa era rappresentato da liberi professionisti, collaboratori, borsisti, ecc. Le categorie professionali sanitarie (medici e infermieri) sono di gran lunga le più presenti in Azienda.

Carta d'identità
del personale

La popolazione lavorativa si concentra in due classi di età intermedie, tra i 36 anni e i 55 anni. La percentuale di donne è nettamente superiore a quella dei dipendenti maschi. Il *part time* risulta nettamente sbilanciato a favore della componente femminile, che rappresenta il 93,14% del totale. Per quanto concerne il *turnover*, le mobilità in entrata incidono in maniera minima sul totale dei dipendenti, ma si osserva come sia un istituto soprattutto utilizzato dal personale infermieristico e medico. Per quanto riguarda le cessazioni, la causa principale è il pensionamento e la fine di incarico per i contratti a tempo determinato. Il rapporto tra le mobilità in entrata e quelle in uscita è del 70,88%.

Tra gli strumenti individuati di partecipazione e valorizzazione adottati dall'Azienda USL di Forlì, il Bilancio di missione richiama il ruolo del Collegio di Direzione che, seppure non ancora ufficializzato come organo consultivo del Direttore generale, nel corso del 2006 ha partecipato all'elaborazione di strategie di organizzazione e sviluppo dei servizi, politiche di valorizzazione delle risorse umane e professionali, organizzazione e svolgimento della libera professione. In particolare, attraverso la creazione di gruppi di lavoro e incontri, i membri del Collegio di Direzione hanno sviluppato il percorso di definizione dell'atto aziendale e di individuazione dei nuovi dipartimenti; l'istituzione di una UO denominata Politiche del personale, attività libero-professionale, relazioni sindacali, che, in *staff* alla Direzione generale, è delegata alle relazioni con le rappresentanze sindacali, l'attuazione del modello dipartimentale, la negoziazione di *budget*.

Professionisti nel
governo dell'Azienda

La valutazione del rischio è il punto di partenza in cui si incardinano i problemi relativi alle decisioni da prendere in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro. È un processo dinamico e, in quanto tale, si modifica in occasione della variazione di tecniche procedurali, dell'introduzione di nuove attrezzature di lavoro, nuove sostanze, modifiche dell'organizzazione del lavoro. Nel corso del 2006 il documento di valutazione del rischio, già presente in Azienda, è stato aggiornato e integrato a seguito delle modifiche di attività e tecnologiche.

Sicurezza
e gestione del rischio

Premettendo che l'evoluzione del quadro normativo che ha interessato le professioni sanitarie dell'Area infermieristica e ostetrica, dell'Area tecnica e dell'Area della riabilitazione ha posto le basi per configurare un consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità delle professioni

Ridefinizione
dei ruoli professionali

sanitarie, il Bilancio di missione rimarca la necessità di introdurre e sperimentare nuovi modelli assistenziali orientati all'integrazione professionale e alla presa in carico della persona che esprime un bisogno di salute.

Vengono quindi richiamati i progetti di riorganizzazione e di valorizzazione delle professioni sanitarie quali quelli relativi a:

- implementazione del modello organizzativo di tipo modulare per la personalizzazione dell'assistenza;
- riorganizzazione della Direzione infermieristica e tecnica;
- gestione da parte dell'ostetrica della gravidanza a basso rischio;
- attivazione di modelli organizzativi per la presa in carico del paziente nella fase post-acuta;
- ambulatorio per la pre-ospedalizzazione;
- area ambulatoriale;
- integrazione delle competenze all'interno del blocco operatorio e attivazione di *recovery room*;
- centrale di sterilizzazione;
- *hospice*;
- centrale operativa;
- trasferimento di competenze per i tecnici di laboratorio;
- implementazione del progetto Dimissione protetta nell'ambito del Servizio di assistenza domiciliare integrata;
- presenza infermieristica all'interno dei Nuclei di cure primarie.

In tema di valutazione del personale e sistemi premianti, l'Azienda sottolinea come al Nucleo interno di valutazione (NIV) sia stata affidata la funzione di promuovere la diffusione della cultura della valutazione oggettiva e sistematica, intesa come principio base sul quale si deve costruire l'intero percorso di pianificazione strategica, programmazione e controllo aziendale. Tale obiettivo fondamentale si può raggiungere solamente - si rimarca nel documento - se l'intero percorso si struttura secondo linee trasparenti e pienamente condivise, creando un contesto all'interno del quale la valutazione dovrà essere vista come momento di confronto e come elemento di ulteriore incentivo per il miglioramento continuo.

Valutazione
delle competenze

Nel 2006 il NIV ha dato avvio alla consultazione della normativa vigente, dei regolamenti approvati in altre Aziende e, con la collaborazione di tutti i componenti, ha approvato e inviato alla Direzione aziendale il proprio Regolamento nell'ottobre 2006.

L'Azienda, sensibile alla valorizzazione dei sistemi di incentivazione del personale dirigente e del comparto, ha dato attuazione alla disposizione contrattuale, abbattendo la quota di retribuzione di risultato erogata a titolo

di acconto e condizionandone la corresponsione all'effettiva verifica del conseguimento degli obiettivi concordati con le *équipe* interessate. Ha proceduto alla messa a regime dei sistemi di valutazione aziendali quali strumenti utili al miglioramento della gestione e alla valorizzazione delle risorse umane e a supporto dei percorsi di riorganizzazione aziendale.

Le iniziative di formazione volte in particolare alla formazione sul lavoro per lo sviluppo di specifiche competenze del personale dipendente, sanitario e non, rispetto ai temi del *management*, dell'informatizzazione, delle relazioni interpersonali, della gestione delle risorse umane, sono state sintetizzate nelle tre tipologie di obiettivi formativi: competenze tecnico-professionali, competenze organizzativo-gestionali, competenze comunicativo-relazionali. Un forte impegno è stato dedicato alla formazione al lavoro per la preparazione dei futuri operatori della sanità. L'Azienda ha in particolare intensificato la sua collaborazione alla realizzazione della formazione universitaria consolidando e sviluppando nuovi rapporti con le Facoltà mediche e le relative Scuole di specialità.

Formazione

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Dall'1 gennaio 2006 l'Azienda ha attivato la nuova procedura di gestione delle segnalazioni dei cittadini, applicata a tutte le segnalazioni pervenute in qualsiasi forma.

Segnalazioni
dei cittadini

Nel corso del 2006 il Comitato consultivo misto ha ricevuto una reportistica trimestrale e semestrale delle segnalazioni dei cittadini, con ampia analisi di dettaglio dei dati forniti. La reportistica delle segnalazioni è anche interna, con l'invio del dettaglio trimestrale e semestrale ai responsabili dei Dipartimenti aziendali e di ogni singola UO. Annualmente l'URP pubblica le statistiche derivanti dalla banca dati regionale per la gestione delle segnalazioni.

Il portale aziendale è uno strumento di comunicazione che ha il compito di migliorare le relazioni fra gli utenti e gli operatori dell'Azienda. Nel 2006 è stato ulteriormente sviluppato come ausilio alla comunicazione aziendale. La scelta di creare una versione del sito *web* per il telefonino, attiva da marzo 2006, è nata dall'esigenza di disporre di un mezzo assolutamente semplice, economico, pratico per offrire ai cittadini tutte le informazioni su telefoni, indirizzi e orari di tutti i medici dell'Azienda USL, oltre ad altri servizi *on line*. Il sistema, integrato nell'indicizzazione di Google Mobile e pubblicizzato con alcuni gestori telefonici, permette all'Azienda di essere pronta a una futura larga diffusione della tecnologia.

Comunicazione
per l'accesso ai servizi

Le banche dati informative - il Numero verde e il Numero verde *on line* - consentono l'accesso a una banca informativa aziendale completa di tutte le prestazioni e servizi erogati.

Per il 2007 è prevista la seconda edizione della Carta dei Servizi, che segue la prima realizzata nel 1998, elaborata con impegno dell'Azienda USL e del Comitato consultivo misto.

Lo sportello della prevenzione è una struttura organizzativa che rappresenta il punto di incontro con i cittadini per il Dipartimento di sanità pubblica, per facilitare e semplificare i percorsi di accesso dei cittadini stessi. Nel 2006 si sono registrati 8.098 contatti/segnalazioni.

Il Servizio informativo per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, nato a Forlì nel 2004 a seguito del protocollo di intesa tra Provincia, sindacati e Dipartimento di sanità pubblica per dare risposte ai quesiti posti dai RLS, andrà ulteriormente promosso, in quanto strumento efficace per la garanzia della sicurezza nei luoghi di lavoro, anche se tuttora è poco utilizzato.

Nel 2006 il piano di comunicazione dei servizi e dei percorsi attivati nel nuovo ospedale Morgagni - Pierantoni ha raggiunto una copertura mediatica di dimensioni nazionali. La comunicazione con i *media* locali ha conseguito nel 2006 ottimi risultati, soprattutto se confrontati con la situazione degli anni precedenti. Da queste buone relazioni, che si sono instaurate nel periodo e che continuano a svilupparsi, l'Azienda non ha registrato situazioni cosiddette di crisi con attacchi ripetuti, campagne di diffamazione o di critica. Questo risultato è stato ottenuto - si sottolinea nel documento -

con tanto lavoro, buone relazioni, disponibilità e reperibilità continua alle telefonate dei giornalisti e collaborazione totale della Direzione e dei professionisti coinvolti nelle richieste comunicative.

Un altro significativo risultato dal punto di vista comunicativo viene segnalato nella collaborazione che l'Azienda ha instaurato con il settimanale *Il Sole 24 Ore Sanità*, ma

il più grande successo, dal punto di vista della comunicazione a ogni livello - dice l'Azienda - è stato indubbiamente ottenuto con la realizzazione dell'inchiesta "W gli ospedali" di Riccardo Icona.

L'immagine emersa dal servizio televisivo è stata quella di un

esempio virtuoso quanto raro di ottimo impiego di finanziamenti pubblici, qualità di assistenza, nuove tecnologie.

Un'importante ricaduta di tale inchiesta è stata l'attrazione esercitata su pazienti provenienti da altre regioni: i dati relativi ai ricoverati non residenti in Emilia-Romagna nel trimestre 20/3-20/6/2006 hanno evidenziato un aumento del 24,2%, passando dai 442 nel 2005 ai 549 nel 2006. Nel 2006 l'Azienda ha ottenuto una grandissima visibilità sulle reti pubbliche nazionali, anche attraverso la collaborazione a tre servizi del programma *Festa italiana. La vita in diretta* su RaiUno.

Comunicazione per
favorire la conoscenza
dell'Azienda

L'Azienda USL di Forlì ha attivato un servizio di rassegna stampa telematica, in unione d'acquisto con le Aziende dell'Area vasta Romagna di cui Forlì è capofila.

L'Azienda ha partecipato alle campagne regionali (donazione del sangue, *screening* colon retto, *Skin Cancer Day* e donazione organi) e alle giornate nazionali (per la lotta al fumo, della sordità, per la lotta contro i tumori, dell'Alzheimer), oltre alla realizzazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale e di informazione per l'influenza aviaria.

Comunicazione per le scelte di interesse della comunità

Il nuovo ruolo delle Conferenze socio-sanitarie territoriali come luogo di elaborazione di indirizzi e politiche integrate si è rafforzato nel corso del 2006, anche grazie al Bilancio di missione del 2005, attraverso la creazione di un vero e proprio percorso di condivisione istituzionale di tale strumento. Infatti sono stati organizzati vari momenti di confronto, in particolare sugli indicatori, sulle informazioni da approfondire. Il Bilancio di missione, approvato dalla CTSS ad unanimità, è divenuto successivamente fonte di informazioni e dati per lo sviluppo di altri documenti aziendali (PAT e Carta dei Servizi), ma anche di documenti del territorio, quali il Profilo di comunità elaborato dal Comune di Forlì. Il Bilancio di missione a Forlì ha quindi realizzato forti sinergie e valorizzato la capacità di definire gli elementi per la programmazione e la valutazione integrata con gli Enti locali.

Il *target* di utenza del sito intra-aziendale è costituito da tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda che possono accedere alla rete informatica aziendale. Nel 2006 è stato predisposto dall'Azienda l'addestramento di circa 50 operatori interni, con modalità di formazione sul campo.

Comunicazione interna

Ricerca e innovazione

L'Azienda ha operato attivamente per favorire l'integrazione della funzione primaria di assistenza con quella di ricerca e formazione, anche attraverso l'istituzione nel 2006, in *staff* alla Direzione generale, della Unità operativa Formazione professionale, formazione permanente del personale e sviluppo dell'attività di ricerca e innovazione - o più brevemente Formazione, ricerca e innovazione - col compito di supportare il Collegio di Direzione per la promozione delle conoscenze e delle competenze delle risorse umane; la corretta individuazione delle priorità formative, coerentemente con le linee strategiche aziendali e i limiti definiti dal *budget*; la definizione di criteri e metodologie per l'individuazione del fabbisogno formativo tecnico-professionale; la predisposizione del Piano annuale della formazione; i rapporti con l'Università; l'attività di ricerca.

In stretta connessione con la funzione Governo clinico e gestione del rischio e con la Direzione medica di presidio, si è andata sviluppando la funzione

di ricerca e innovazione tecnologica e organizzativa con l'obiettivo di creare un ambiente favorevole alla ricerca scientifica, al trasferimento delle innovazioni tecnologiche nella pratica clinica e alla valorizzazione dei risultati della ricerca applicata. Nel 2006 l'attività si è focalizzata su alcuni obiettivi prioritari: integrazione tra i vari sottosistemi aziendali e collaborazione con altre Aziende o istituzioni; sviluppo e consolidamento di aree di eccellenza delle innovazioni tecnologiche; diffusione della cultura relativa alla ricerca sanitaria e formazione del personale; accessibilità all'informazione e documentazione scientifica; garanzie di trasparenza per la ricerca scientifica.

Lo sviluppo ulteriore dell'infrastruttura dedicata a ricerca e innovazione è collegato al cambiamento organizzativo previsto nel nuovo Atto aziendale sulla base delle indicazioni fornite dalle apposite linee guida regionali sul ruolo e sulle funzioni del Collegio di Direzione e dei Dipartimenti.

La funzione di ricerca e innovazione, necessariamente trasversale all'intera organizzazione, non può considerarsi aggiuntiva e distinta rispetto ad altre funzioni gestionali, né in termini di struttura organizzativa dedicata, né in termini operativi. La funzione di ricerca e innovazione deve necessariamente interagire in particolare con le funzioni di governo clinico e gestione del rischio; le funzioni di *staff* dedicate alla formazione, alla qualità e all'accreditamento, alla comunicazione; il Servizio di ingegneria clinica; il Sistema informativo delle tecnologie informatiche di comunicazione, il Comitato etico al quale compete il governo complessivo della ricerca.

Nella prospettiva evolutiva delineata dalla direttiva regionale per l'adozione del nuovo Atto aziendale, dovrà essere definito il nuovo assetto della funzione di ricerca e innovazione. Fondamentale ambito di sviluppo dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione saranno i Dipartimenti, che devono fornire congiuntamente risposte a fabbisogni di integrazione clinica e a fabbisogni di integrazione gestionale e organizzativa. Tali risposte sono orientate a stimolare l'attività di formazione e ricerca attraverso un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, volto al mantenimento e allo sviluppo delle conoscenze e competenze tecniche e professionali degli operatori sanitari che operano nei Dipartimenti.

Le linee di sviluppo dell'infrastruttura dedicata alla ricerca e innovazione possono essere individuate in:

- sviluppo della rete intra-aziendale di professionisti che si occupano di ricerca;
- adesione ai progetti del PRI E-R;
- supporto statistico-metodologico e burocratico alle ricerche;
- collaborazione con il Comitato etico di Area vasta Romagna;
- segnalazione in tempo reale di bandi di ricerca nazionali e internazionali;
- organizzazione di corsi formativi di statistica e metodologia della ricerca in collaborazione con l'Università;

- consolidamento dell'utilizzo delle banche dati biomediche e dell'editoria elettronica;
- collaborazione con le Università allo svolgimento di tesi di laurea, tirocini e *stage* post-laurea;
- definizione di strumenti condivisi di rilevazione e rendicontazione delle attività di ricerca, attraverso procedure standard amministrative e contabili in collaborazione con l'UO bilancio.

L'Azienda ha favorito il collegamento con le altre Aziende sanitarie e con la Regione Emilia-Romagna (Assessorato alla sanità e Agenzia sanitaria regionale), partecipando al gruppo regionale del PRI E-R. Ha promosso la partecipazione dei professionisti ai bandi regionali per la modernizzazione, ai bandi ministeriali per la ricerca finalizzata, ai bandi nazionali dell'Agenzia italiana del farmaco.

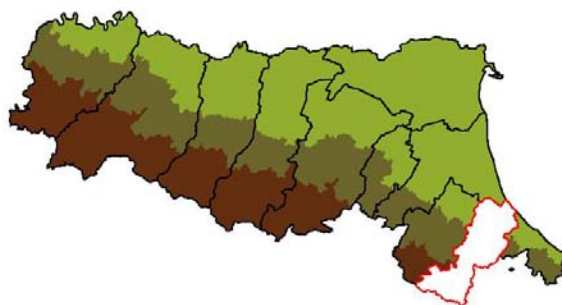
In particolare nel 2006 l'Azienda è stata capofila in 10 progetti di modernizzazione e collabora ad altrettanti progetti coordinati da altre Aziende regionali. Sono stati presentati al bando ministeriale per ricerca finalizzata del Ministero della salute 4 progetti. La maggiore consistenza di attività di ricerca è dovuta all'area oncologica. Partecipa a progetti attivati e coordinati a livello regionale nell'ambito PRI E-R.

Gran parte delle iniziative di ricerca attivate si fondano sull'iniziativa e sull'interessamento degli operatori e delle *équipe* e godono dell'appoggio delle strutture di appartenenza. Un ulteriore sostegno viene offerto dal rilievo che viene sempre più spesso dato a queste esperienze nelle attività convegnistiche, anche di rilievo nazionale, organizzate sia in Azienda sia all'esterno. Una significativa importanza sta assumendo inoltre la funzione di comunicazione interna ed esterna, con la presenza costante dell'Azienda nei *mass media* locali, regionali e sempre più spesso anche nazionali. L'Azienda riconosce la necessità di stabilire modalità di sostegno economico alle attività di ricerca ritenute valide ma che non hanno l'opportunità di finanziamenti privati o pubblici, attraverso fondi da bilancio aziendale.

Il documento illustra dettagliatamente i progetti relativi alla distribuzione dei farmaci in monodose, alla gestione dei magazzini e ai servizi integrati, alla cartella clinica informatizzata.

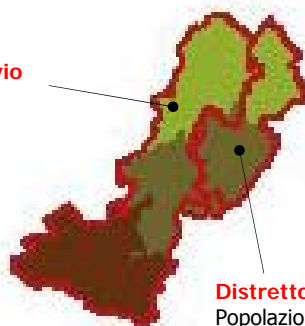
Per quanto concerne poi lo sviluppo di un clima favorevole, il documento illustra le iniziative formative dedicate alla ricerca, lo sviluppo e l'implementazione del sistema di accreditamento, le attività di informazione e documentazione scientifica. Segue poi il censimento delle attività di ricerche svolte e delle relative risorse, con particolare riferimento al PRI E-R. Infine viene presentata una sintesi delle attività previste in relazione alla riorganizzazione regionale dei Comitati etici e alla costituzione del Comitato etico di Area vasta Romagna.

Azienda USL di Cesena



Distretto Cesena - Valle Savio

Popolazione: 113.789
Area (Km²): 810,49
Densità (pop per Km²): 140,4



Distretto Rubicone

Popolazione: 81.904
Area (Km²): 306,17
Densità (pop per Km²): 267,5

| Comuni | Area (Km ²) | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 15 | 1.116,66 | 195.693 | 175,2 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006 ¹⁰³

Siamo alla presentazione del nostro secondo Bilancio di missione: il documento annuale di rendicontazione del complesso delle attività svolte dall'Azienda sanitaria di Cesena, che impegna gran parte delle strutture organizzative nel comune intento di offrire alle Comunità locali, alle rappresentanze sociali e politiche e alla Regione, un quadro quanto più possibile fedele ed esaustivo della situazione organizzativa, funzionale ed economica della nostra realtà aziendale.

Lo scorso anno, il processo di costruzione e presentazione del documento e la successiva fase di confronto con le rappresentanze della collettività locale, hanno aperto una fase di intensa rapportualità tra i soggetti tecnici, sociali, politici, che hanno responsabilità diretta nel governo delle scelte riguardanti la salute. La presente edizione rappresenta quindi un primo livello di adattamento dello strumento alle istanze di approfondimento e di monitoraggio avanzate dalla collettività locale.

La gestione 2006 ha posto come elementi particolarmente sfidanti due temi di rilevanza trasversale all'organizzazione, nell'ambito della programmazione aziendale: lo sviluppo delle politiche di Area Vasta Romagna (AVR) e la sostenibilità economica delle scelte di sviluppo.

Riguardo alla prima tematica, sono stati oggetto di definizione i progetti relativi all'IRST, al Laboratorio unico con annessa officina trasfusionale e magazzino farmaceutico, a Romagna Soccorso - 118. Il passaggio dalla fase progettuale a quella di implementazione ed avvio, ha reso cogente il rapporto con le organizzazioni sindacali confederali, con le quali le quattro Conferenze sociali e sanitarie territoriali hanno siglato un documento di intenti, che rappresenta la cornice di riferimento per lo sviluppo dei progetti e delle relative relazioni sindacali.

Sul piano gestionale l'Azienda ha raggiunto, insieme alle altre Direzioni aziendali di AVR, accordi operativi riguardo alle reti professionali per aree cliniche, al sistema di governance dei programmi e dei Dipartimenti inter-aziendali, al sistema delle relazioni economiche fra Aziende.

Nel documento andranno colti quei nessi di continuità tra le attività svolte negli anni precedenti e la programmazione sviluppata per l'anno 2007, che rappresentano il valore aggiunto di una continuità gestionale, nel quadro di una strategia aziendale di medio-lungo periodo.

Il Bilancio di missione 2006 mantiene la struttura generale del documento precedente. Tende inoltre ad applicare le proposte di integrazione informativa avanzate in sede di Conferenza sociale e sanitaria territoriale e i suggerimenti raccolti presso le componenti professionali, sociali e sindacali locali.

L'edizione di quest'anno si arricchisce pertanto di informazioni utili a descrivere il "profilo" del personale di cui l'Azienda si avvale e le azioni promosse dalla Azienda in favore dei propri dipendenti. Il documento offre inoltre un quadro epidemiologico più completo

¹⁰³ <http://www.aUSL-cesena.emr.it/Addettialavori/BilanciDiMissione/tabid/531/Default.aspx>

sulle malattie infettive più frequenti e dati sull'impatto ambientale prodotto delle strutture ospedaliere dell'Azienda.

I nuovi indirizzi generali di redazione hanno inteso privilegiare la chiarezza e la semplicità espositiva; lo stile è dunque più sintetico, i contenuti informativi maggiormente centrati sui risultati raggiunti, piuttosto che sui processi in corso. Confidiamo che le modifiche apportate rispondano alle esigenze di miglioramento dell'informazione, così come la revisione grafica auspichiamo possa contribuire alla pubblicazione di un documento completo e rigoroso come il precedente, ma più snello e leggibile.

Questa edizione continua comunque ad essere sottoposta alla valutazione di tutti i "portatori di interesse", interni ed esterni alla organizzazione, e pertanto ringraziamo tutti coloro che vorranno portare contributi utili a successivi ulteriori miglioramenti.

*Maria Basenghi
Direttore generale dell'Azienda USL di Cesena*

Contesto di riferimento

Il territorio dell'Azienda è costituito da 15 Comuni, per un territorio di circa 1.117 Km². L'Azienda si articola in due Distretti: Cesena - Valle del Savio e Rubicone.

Territorio e ambiente

I due documenti evidenziano come non si registrino ormai da diversi anni superamenti per il monossido di carbonio né del livello d'allarme (30mg/m³), né del livello d'attenzione (15mg/m³), mentre per gli ossidi di azoto, dopo una forte diminuzione delle quantità rilevate negli anni '90, i valori non hanno subito sostanziali modificazioni negli ultimi cinque anni, rimanendo costantemente al di sopra dei 40 µg/m³, valore limite per la salute umana al 2010. Negli ultimi anni si è registrato un aumento sostenuto dei valori nell'ozono. Per le polveri sottili, i superamenti dei limiti di legge giornalieri risultano per il 2004 abbondantemente sopra al numero massimo di giornate consentite in un anno.

La popolazione residente all'1/1/2007 ammontava a 197.370 unità, in crescita del 7% dal 2001. Con i suoi quasi 93.500 cittadini, il Comune di Cesena rappresenta circa il 50% della popolazione complessiva. Il tasso di natalità è cresciuto dall'8,1‰ del 1999 al 9,5‰ del 2006, superando il dato regionale (9,3) e allineandosi a quello nazionale (9,5). Le persone sopra i 65 anni rappresentano il 21% della popolazione, quelle sopra i 75 anni il 10% e quelle sopra gli 85 il 2%. L'incremento della popolazione anziana ha particolarmente riguardato la popolazione femminile che rappresenta il 57% degli anziani. La speranza di vita alla nascita è arrivata a 79 anni per i maschi e a 84 anni per le femmine. La maggior parte della popolazione anziana è costituita da conviventi in famiglie composte di soli anziani (44%) o da individui soli (22%). All'1/1/2006 gli stranieri residenti

Popolazione

erano 11.548, pari al 5,9% della popolazione complessiva, percentuale superiore a quella italiana ma inferiore a quella dell'Emilia-Romagna. La presenza di immigrati è in crescita dal 1995 ad oggi, con incrementi consistenti negli ultimi anni (+20% nel 2004, +13% nel 2005). È una popolazione giovane, nella quale prevalgono gli uomini (53%), ma la componente femminile sta aumentando, come pure la presenza di minori (23%). È una popolazione multietnica con oltre 100 nazionalità rappresentate.

Nel 2006 l'Azienda USL ha prodotto uno studio sulla popolazione straniera presente sul suo territorio e sui suoi bisogni di salute. I dati mostrano la presenza di criticità e disuguaglianze rispetto alla popolazione italiana di pari età, legate a cause di tipo socio-economico e culturale.

L'indice di "non conseguimento della scuola dell'obbligo tra i 15 e i 52 anni" è più elevato per le femmine e cresce all'aumentare dell'età. Il tasso di occupazione (67%) è in linea con quello regionale e superiore a quello nazionale (58%). Il tasso di disoccupazione (5,5%), superiore a quello regionale (3,7%), è decisamente inferiore al dato nazionale (6,7%). I dati di flusso sono positivi: a fronte di un calo delle assunzioni dell'1,5%, le cessazioni sono diminuite del 38%; si è registrato un forte aumento degli avviamenti a tempo indeterminato (+85%) e un calo di quelli a tempo determinato (-12%).

Condizioni
socio-economiche

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte, sia nel territorio regionale, sia in quello cesenate (circa 40%), seguite dalle neoplasie (circa 30%) e dalle malattie del sistema respiratorio (7%). Lo Studio italiano sui disturbi respiratori dell'infanzia e l'ambiente (SIDRIA), condotto dall'Agenzia sanitaria regionale, segnala un progressivo aumento della frequenza di patologie respiratorie di natura allergica (asma bronchiale in età pediatrica) e di disturbi respiratori correlabili all'inquinamento da traffico. Nel biennio 2004-2005 il tasso di incidenza dell'AIDS è stato pari a 3,3 per 100.000 abitanti (3,2 in regione). Si denota una tendenza all'incremento dei casi di tubercolosi, anche se il dato va considerato con cautela, visto l'esiguo numero di casi all'anno: nel 2004-2005 si sono registrati 31 nuovi casi, pari a un tasso di 8 per 100.000 abitanti. Le malattie più frequentemente riscontrate sono state la varicella e la scarlattina; i casi di epatite B segnalati nel triennio 2003-2005 sono stati 21 contro 31 del triennio precedente. Tra le malattie a trasmissione sessuale è in aumento l'incidenza dei casi di sifilide. Nel triennio 2003-2005 i casi segnalati di salmonellosi sono stati 88 (21 in meno del triennio precedente). Frequenti sono i casi di pediculosi. Nel triennio è stato notificato un caso di tetano e un caso di legionellosi.

Osservazioni
epidemiologiche

L'Azienda ha partecipato nel 2005 allo studio PASSI. Il 70% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono; il 13% degli intervistati conduce uno stile di vita sedentario e il 42% non pratica attività fisica ai livelli minimi raccomandati; i fumatori rappresentano il 29% della popolazione (28% in regione); un bambino su dieci è obeso, mentre il 15% è sovrappeso; il 20% degli intervistati si stima abbia abitudini di consumo di alcool considerabili a rischio, più diffuse tra i giovani (specialmente nella fascia 18-24 anni), negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.

Stili di vita

Dal 1998 al 2002 nella provincia di Forlì-Cesena si è registrato un aumento nel numero di incidenti stradali (da 2.345 a 2.766), mentre tale numero diminuisce dal 2003 al 2004 (2.744 nel 2004). Il numero dei decessi è rimasto abbastanza stabile, con un minimo di 62 nel 2003 e un massimo di 75 nel 2002. Il numero dei feriti è aumentato da 3.212 nel 1998 a 3.804 nel 2002. La provincia detiene il primato a livello regionale per incidenza infortunistica sul lavoro. Studi recenti correlano le dinamiche infortunistiche alle caratteristiche del mercato del lavoro: le aziende locali hanno mediamente 2,4 addetti e presentano una spiccata vocazione all'impresa individuale. Anche il ricorso alla manodopera extracomunitaria, fenomeno in aumento nel territorio cesenate, pone concreti problemi di tutela.

Sicurezza

Profilo aziendale

Negli ultimi tre anni l'Azienda ha chiuso il proprio bilancio con valori di perdita fortemente differenziati. Nel 2005 l'Azienda ha raggiunto il pareggio grazie al contributo straordinario della Regione. Il risultato economico del 2006 è fortemente negativo.

Sostenibilità
economica e
impatto sul territorio

L'organizzazione sanitaria, per effetto della complessità e numerosità dei servizi erogati, rappresenta sotto il profilo dell'impatto sociale una realtà produttiva di grandi dimensioni. L'Azienda USL è tra le maggiori aziende presenti sul territorio in relazione al numero di soggetti occupati e all'indotto economico per emolumenti corrisposti e rapporti di fornitura attivati. I 2.642 dipendenti e 234 convenzionati rappresentano circa il 3,5% del totale degli occupati nel territorio. Il numero dei residenti nel territorio è piuttosto elevato (circa l'83%), anche se si osserva una leggera tendenza alla diminuzione per effetto di una crescita tendenziale della mobilità dei professionisti. Gli emolumenti erogati ammontano nell'ultimo anno a 133 milioni di Euro. Il volume delle acquisizioni di beni e servizi e il relativo valore economico (330 milioni di Euro nel 2006), orientandosi in larga misura su fornitori con sede sociale nel territorio provinciale, rendono evidente il contributo che l'organizzazione sanitaria offre all'economia locale. L'analisi dei dati riferiti all'ultimo triennio relativi a lasciti e donazioni ha portato l'Azienda a riflettere sulla necessità di rafforzare la propria azione nella

comunicazione pubblica, con un progetto teso a implementare rapporti con enti e aziende del territorio. Nel 2006 l'attività dell'Azienda è stata orientata in particolare alla raccolta di fondi per il completamento del progetto di umanizzazione della degenza pediatrica e l'arredo dell'annessa ludoteca.



L'Azienda dedica uno specifico punto all'impatto ambientale. Dopo avere illustrato - anche con grafici - volumi e costi dei consumi di metano, energia elettrica e acqua, il documento richiama gli interventi attivati e i progetti avviati per i relativi risparmi.

Nel 2006 l'Azienda ha ricevuto a Stoccolma un premio internazionale, nell'ambito di *CleanMedEurope*, per la "rilevanza del progetto e per la chiarezza espositiva dei risultati", dai quali emerge che la formazione degli operatori sanitari e l'applicazione di specifiche procedure nella separazione delle diverse tipologie di rifiuto permettono di ridurre di circa il 20% sia la produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo, sia i costi connessi al loro smaltimento.¹⁰⁴



Per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza, il costo complessivo pro capite ponderato tende a crescere negli anni secondo una dinamica altalenante rispetto al dato medio regionale. Il costo pro capite per il livello di sanità pubblica è storicamente più alto rispetto al dato medio regionale, a causa soprattutto della dotazione organica dell'Area veterinaria. Il costo

LEA
costi

¹⁰⁴ Il risparmio per l'Azienda è di circa 90.000 Euro all'anno.

pro capite per il livello di assistenza distrettuale e il costo pro capite per il livello di assistenza ospedaliera si mantengono sostanzialmente in linea rispetto al dato di raffronto regionale per tutti gli anni esaminati.

Nell'ambito del livello di assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, i risultati osservati negli ultimi cinque anni nello sviluppo dei programmi regionali di *screening* per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon retto sono da ritenersi positivi, con una copertura in linea col dato regionale. La copertura vaccinale nei bambini, nel periodo 2001-2006, registra valori molto elevati per tutte le vaccinazioni considerate. Tuttavia, l'Azienda sottolinea con preoccupazione l'aumento (anche se contenuto) delle obiezioni a tutte le vaccinazioni obbligatorie, passata nel quinquennio dall'1,6% al 3,4%. Nella popolazione anziana, l'Azienda registra un costante incremento del tasso di copertura vaccinale, raggiungendo nella campagna 2006-2007 il 73% degli ultrasessantatrenni. Per quanto concerne i controlli sugli ambienti di lavoro, il numero di aziende controllate sul totale si mostra costante e in linea con i valori medi regionali. Le prescrizioni si mantengono stabili negli anni e si rileva una situazione di non conformità da parte di un'azienda su quattro. Nel corso del 2005 sono state controllate 1.086 aziende del settore alimentare, pari al 30% del totale, e 1.003 nel 2006, pari al 27%. Dal 2002 al 2005 la percentuale di sopralluoghi in allevamenti ha un andamento costante, a parte un picco nel 2003 conseguente a un focolaio di influenza aviaria.

assistenza collettiva

La rete di servizi sanitari (descritta nel dettaglio nelle schede annesse ai due documenti) è integrata con una rete di centri socio-assistenziali gestiti in collaborazione con i Comuni, che si articola in modo capillare nel territorio. I Nuclei di cure primarie sono complessivamente otto, di cui tre nel Distretto Rubicone (con 58 medici di medicina generale, di cui 42 esercitano la professione all'interno di forme associative) e cinque nel distretto Cesena - Valle Savio (con 92 medici, di cui 61 esercitano la professione in forme associative). Per l'assistenza agli anziani, la dotazione complessiva di posti letto convenzionati in regime residenziale e semi-residenziale si mantiene negli anni costantemente proporzionata rispetto alla fascia di popolazione ultrasessantacinquenne, che registra costanti incrementi demografici. Il dato medio aziendale (circa 38 posti letto per 1.000 abitanti) si avvicina al parametro considerato come ottimale (40‰), collocandosi a un livello di dotazione superiore a quello medio regionale. Anche per l'offerta di servizi per portatori di *handicap*, i dati dimostrano l'ottimo livello di disponibilità di posti in regime residenziale e semi-residenziale raggiunto dall'Azienda, la quale registra un numero di posti letto costantemente superiore alle dotazioni medie regionali. Per la psichiatria, dal 2004 l'Azienda ha raggiunto una stabilizzazione delle dotazioni, mantenuta attraverso un maggiore controllo sull'utilizzazione dei posti disponibili, sia a gestione diretta che in convenzione.

assistenza distrettuale

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, mentre l'attività multidisciplinare programmata si è mantenuta costante, l'impegno assistenziale infermieristico ha registrato una continua crescita. Il volume di prestazioni assistenziali aumenta, sia in termini complessivi, che per ogni specifica procedura, anche di elevata complessità professionale. L'*hospice* di Savignano, attivato nel 2002, registra un costante incremento dei ricoveri, a fronte di un mantenimento della durata media delle degenze, con un progressivo miglioramento dell'efficienza operativa e una più stretta integrazione con i percorsi assistenziali dei pazienti oncologici.

Le attività specialistiche prestate presso i consultori familiari mostrano una dinamica sostanzialmente simile a quella media regionale. Gli scostamenti più significativi riguardano l'assistenza alla gravidanza e al puerperio, per la quale Cesena ha un più accentuato *trend* di crescita dell'attività legato prevalentemente all'aumento della natalità per la componente immigrata della popolazione.

Per l'assistenza psichiatrica, il dato relativo alle dimissioni dal reparto di diagnosi e cura, rapportato alla popolazione residente, mostra un *trend* in aumento a partire dal 2001, in controtendenza rispetto al dato medio regionale che appare sostanzialmente stabile nel tempo. Il fenomeno è ricondotto dall'Azienda sia alla progressiva crescita della domanda, sia alla ridotta disponibilità di strutture alternative a quelle di ricovero.

I dati di prevalenza e di incidenza relativi ai pazienti tossicodipendenti in carico al SerT mostrano un *trend* leggermente inferiore all'andamento medio regionale. Nonostante tutti i SerT abbiano registrato un aumento della quota di cocainomani in carico, è soprattutto nell'area romagnola che il problema si manifesta con una maggiore concentrazione.

I consumi dei farmaci mostrano livelli superiori a quelli regionali. In generale l'Area vasta presenta indici di consumo più elevati. Nel 2006 l'Azienda USL di Cesena ha registrato la più alta spesa netta pro capite. Le azioni messe in atto dall'Azienda hanno riguardato:

- l'aggiornamento e la manutenzione del Prontuario terapeutico locale;
- la revisione dell'accordo con i MMG;
- l'adozione della lettera standard di dimissione;
- un programma di informazione indipendente sui farmaci e *audit* dei Nuclei delle cure primarie;
- il coinvolgimento degli specialisti ospedalieri e la formazione di gruppi di integrazione ospedale-territorio (per farmaci cardiovascolari e pneumologici);
- l'implementazione dell'erogazione diretta.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, il totale dei consumi aziendali per tutte le tipologie di prestazioni è in linea con la media regionale nell'anno 2002 e al di sotto nel 2003, mentre nel corso del 2004

e del 2005 i consumi superano la media regionale. I maggiori consumi sono dovuti in larga misura agli esami laboratoristici. L'Azienda ha avviato azioni mirate a una maggiore appropriatezza prescrittiva, condivise fra medici di laboratorio, medici ospedalieri e MMG, con l'obiettivo di allineare i consumi alla media regionale. Le prestazioni terapeutiche ambulatoriali si avvicinano alla media regionale. I consumi di visite ambulatoriali sono invece significativamente inferiori. Per quanto attiene le visite specialistiche si registrano criticità nei tempi di attesa per: visita oculistica, fisiatrica, endocrinologica, gastroenterologica, urologica, cardiologica. In ambito di diagnostica strumentale, i tempi di attesa sono più contenuti e rispondenti alla normativa e l'indice di *performance* è molto più soddisfacente.

L'assistenza ospedaliera è erogata da un unico presidio ospedaliero, che si articola sul territorio in tre stabilimenti distinti. La dotazione ospedaliera pubblica è integrata da due case di cura private con posti letto convenzionati. Il numero di posti letto ha registrato negli ultimi anni una riduzione nell'area di degenza per acuti, che è passata da 4,03 posti letto per 1.000 abitanti nel 2001 a 3,7 nel 2006. L'offerta di posti letto nell'area della lungodegenza e della riabilitazione è al di sotto dello standard regionale, se riferita alla sola rete ospedaliera. A questi posti letto vanno ad aggiungersi le attuali degenze nell'*hospice* di Savignano (8 posti letto) e nei *country hospital* di Mercato Saraceno (14) e di Savignano sul Rubicone (12). Nell'anno 2005 le strutture pubbliche e private dell'Azienda hanno prestato attività nel 68,7% dei casi ai residenti, nel 4,53% a residenti della stessa provincia, nel 15,06% a residenti in ambito regionale e nell'11,7% a pazienti residenti fuori regione. La mobilità attiva registra una tendenza sostanziale alla stabilità; le quattro discipline più interessate sono: neurochirurgia, maxillo-facciale, dermatologia, grandi ustioni. Per i tempi d'attesa, i parametri fissati dall'accordo Stato-Regioni sono per la gran parte rispettati o presentano valori di *performance* molto vicini.

assistenza ospedaliera

I dati del 2005 documentano un aumento del 5,3% della raccolta di sangue intero, mentre l'uso clinico risulta diminuito del 4,2%. I dati del 2006 mostrano un leggero calo nella raccolta (-1%), che non ha condizionato l'autosufficienza del territorio perché l'uso clinico è ulteriormente diminuito (-4,2%).

Rispetto agli indicatori di qualità dell'assistenza, il valore relativo al basso peso alla nascita si è significativamente e positivamente ridotto nel corso degli ultimi anni, raggiungendo il miglior livello di *performance* registrato a livello regionale. Per i parti con taglio cesareo, l'Azienda ha mantenuto nel tempo un buon livello di *performance*, presentando valori sempre inferiori a quelli medi regionali. Se si considera che la prevalenza del diabete è in costante aumento, essendo collegata all'invecchiamento della popolazione, il dato emergente dall'indicatore, in costante riduzione e sempre significativamente inferiore alla media regionale, esprime l'appropriatezza

Indicatori di qualità

e l'efficacia dell'assistenza al paziente diabetico, che si sviluppa in un processo integrato tra ospedale e territorio. Gli indicatori relativi a ricoveri evitabili sono tutti in miglioramento, tranne quelli per la patologia cardiaca. Il numero di decessi intra-ospedalieri registrati su circa 1.450 interventi/anno è stato di pochi casi, sporadici e connessi a condizioni cliniche generali dei pazienti, costantemente al di sotto del valore medio regionale. Il numero di polmoniti rilevate nelle schede di dimissione ospedaliera si è praticamente dimezzato dal 2000, in corrispondenza con l'intensificarsi della copertura vaccinale.

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Nella sezione terza del Bilancio di missione 2006 l'Azienda richiama i valori, le finalità e le strategie generali, ridefiniti come impegni statutari in occasione della stesura del nuovo Atto aziendale. Sono quindi esplicitati gli indirizzi di breve e medio periodo e le strategie applicate alla programmazione dell'anno, attraverso cui l'Azienda interpreta i propri doveri istituzionali. Vengono quindi illustrati interventi e risultati secondo le quattro prospettive proposte dallo schema regionale.

Per porre il cittadino al centro del proprio agire quotidiano, con la consapevolezza che il miglioramento della qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi è inscindibile dal miglioramento della qualità delle relazioni con i cittadini, l'Azienda ha

Centralità
del cittadino

sviluppatore azioni destinate a incidere sul grado di coinvolgimento dei cittadini nella programmazione, nella gestione e valutazione del rapporto tra domanda e offerta di servizi; sulla misurazione della percezione della qualità dei servizi resi; sulla conoscenza dei servizi disponibili; sul livello di umanizzazione dei servizi offerti.

L'Azienda ha aderito al progetto regionale *Audit* civico che prevedeva la partecipazione dei cittadini alla valutazione della qualità dei servizi sanitari attraverso questionari, somministrati nel 2005 e inviati all'elaborazione nel 2006. Sono state organizzate dal Comitato locale iniziative pubbliche per aumentare l'attenzione della cittadinanza sui temi della donazione d'organi. Il Comitato consultivo misto si riunisce con frequenza mensile e lavora anche in sottogruppi operativi per aree tematiche.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Le aree tematiche hanno riguardato: la stesura della Carta dei Servizi, le procedure per l'espressione del consenso informato, la stesura della *Guida al paziente ricoverato*, l'elaborazione dei Piani per la salute, tempi d'attesa, *audit* civico, percorsi assistenziali.

Presso l'Azienda è operativa una prassi di acquisizione del consenso informato scaturita da un confronto tra professionisti e associazioni di cittadini con approfondimenti sugli aspetti etici, giuridici e medico-legali. L'Azienda ha aderito al progetto regionale Ascolto e mediazione dei conflitti e ha sperimentato positivamente nel 2006 la nuova funzione in occasione di conflitti insorti tra operatori e utenti dei servizi.

L'Azienda si è impegnata nell'attività di rilevazione della qualità percepita dai fruitori dei servizi. In tabelle annesse ai due documenti vengono illustrate le indagini realizzate e le relative modalità.

Per quanto riguarda la partecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati, l'Azienda fornisce supporto tecnico e amministrativo alla CTSS, attraverso propri uffici: il Dipartimento di sanità pubblica, con l'Unità operativa di epidemiologia e comunicazione, l'Ufficio relazioni istituzionali per il supporto amministrativo e di segreteria. Le relazioni fra Enti locali e Azienda sanitaria si svolgono in un contesto istituzionale peculiare, caratterizzato dalla presenza di due Conferenze territoriali sociali e sanitarie, una per il comprensorio dei Comuni di Forlì e una per quello di Cesena, presiedute entrambe dal Presidente della Provincia di Forlì-Cesena.

L'atto più rilevante che esprime tale partecipazione è lo sviluppo del Piano per la salute. Nell'ottobre 2004 è stato avviato l'aggiornamento del Profilo di salute della comunità, che si è concluso nella primavera del 2005 con un documento utile alla nuova programmazione socio-sanitaria (Piano per la salute, Piano sociale di zona, Piano attività territoriali). Nel corso del 2006 è stato definito il percorso di elaborazione del Piano per la salute 2006-2008, che è stato occasione per la diffusione di una relazione sullo stato dell'arte e sulla valutazione dei progetti contenuti nel PPS 2002-2004. Il Programma delle attività territoriali (PAT), adottato nel 2003 con validità triennale, è stato un altro importante tassello nella costruzione condivisa dei servizi sanitari, determinante per lo sviluppo del ruolo strategico del Comitato di Distretto. Il PAT ha focalizzato la sua azione sull'evoluzione di modelli organizzativi e assistenziali: costruzione del modello della medicina del territorio, rimodulazione dell'offerta di posti letto residenziali e semi-residenziali per anziani e per persone affette da gravissima disabilità acquisita, collocazione della gestione dei posti letto di lungodegenza dell'ospedale di comunità di Mercato Saraceno sotto la direzione dell'Ospedale Bufalini.

Il tema di maggior rilievo del 2006 è stato costituito dall'avvio del confronto fra Azienda e Comuni per il ritiro delle deleghe in materia di minori e *handicap* adulti e per la rimodulazione del Servizio assistenza anziani. È stata siglata una convenzione fra i Comuni del Distretto di Cesena - Valle del Savio

Enti locali e
programmazione
sanitaria

e l'Azienda per una rimodulazione dell'integrazione socio-sanitaria in ambito istituzionale, progettuale e tecnico-organizzativo, di cui il BdM 2006 illustra i contenuti principali.

Per facilitare l'accesso ai servizi, l'Azienda ha attivato specifici strumenti, descritti al punto 3.5: nuovo sito *on line*, punti informativi diffusi, banca dati del Numero verde regionale. Per facilitare l'accesso a gruppi specifici di cittadini e per contrastare le disuguaglianze, ha sviluppato il progetto SALEM per l'assistenza sanitaria a immigrati irregolari, nomadi e senza fissa dimora; ha realizzato un opuscolo informativo per i cittadini stranieri; ha avviato un intervento di promozione della partecipazione delle donne straniere ai programmi di *screening*. Un progetto sperimentale ha l'obiettivo di facilitare l'accessibilità ai servizi per le persone non udenti con una rete di mediatori culturali specializzati in ambito socio-sanitario. L'Azienda ha partecipato in questi anni al Programma di cooperazione internazionale coordinato dalla Regione.

Universalità
ed equità di accesso

Gli impegni prioritari in tema di qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale sono stati portati avanti, sottolinea l'Azienda, non attraverso interventi di tipo settoriale, ma nell'ambito di strategie di sviluppo e modernizzazione dell'intero sistema aziendale: strutture edilizie, tecnologie, risorse umane, offerta assistenziale, qualità dell'assistenza, organizzazione dell'Azienda. Vengono richiamati gli interventi operati per lo sviluppo e la modernizzazione delle tecnologie biomediche e per il potenziamento delle infrastrutture informatiche. In rapporto agli obiettivi di miglioramento previsti dalla Delibera regionale 1051/2006, vengono descritti interventi e risultati per il contenimento della spesa farmaceutica, la gestione delle liste d'attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali, lo sviluppo del ruolo dei medici di medicina generale, interventi nell'area della sanità pubblica, nella veterinaria, nell'assistenza ospedaliera. Vengono descritti gli interventi in rapporto agli obiettivi aziendali e provinciali di Area vasta.

Qualità dell'assistenza

Già dal 2002 l'Azienda ha sviluppato un progetto per la realizzazione del Sistema di gestione per la qualità. L'attività ha consentito di ottenere l'accreditamento dell'*hospice* e le verifiche di dipartimenti ospedalieri. Nel 2006 ha ricevuto un esito positivo la verifica per l'accreditamento del Dipartimento di salute mentale. È stata svolta un'intensa attività formativa sui temi dello sviluppo della qualità. La rilevazione della soddisfazione del paziente per il ricovero ospedaliero in degenza ordinaria ha un assetto routinario, essendo stata condotta nel periodo 2001-2002 e ripetuta nel 2003-2004. Le indicazioni regionali in tema di sicurezza, in particolare verso l'attivazione di un sistema integrato di azioni tese alla riduzioni del rischio clinico, hanno orientato interventi aziendali a carattere organizzativo e tecnico-professionale.

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

Viene innanzitutto descritto nella sezione 4 del Bilancio di missione 2006 il profilo del personale dell'Azienda. Al 31 dicembre 2006 i collaboratori erano 2.940 di cui 2.642 dipendenti, 234 convenzionati e 64 con altri contratti. Dei dipendenti, il 93% è assunto con contratto a tempo indeterminato, il 42,5% è rappresentato da personale infermieristico, il 17,1% da personale medico e veterinario, il 9,5% da amministrativi. La maggiore concentrazione di personale, specialmente di medici, infermieri e tecnici, si registra per l'assistenza ospedaliera (65%); l'assistenza distrettuale impegna il 16% e l'assistenza sanitaria collettiva il 5%. Il personale femminile rappresenta il 71% dell'organico, con una tendenza alla costante crescita, particolarmente evidente nelle categorie mediche, infermieristiche e nella dirigenza non medica. La popolazione lavorativa è concentrata sulla fascia d'età 36-54 anni, con differenze notevoli tra categorie professionali: i medici si concentrano nella fascia 45-54 (circa il 50%), gli infermieri in quella inferiore ai 44 anni, rappresentando la categoria mediamente più giovane.

Carta d'identità
del personale

La partecipazione dei professionisti è assicurata in particolare attraverso la programmazione annuale delle attività, occasione nella quale i collaboratori elaborano proposte organizzative su problematiche specifiche che, sintetizzate attraverso i Comitati di Dipartimento, giungono al Collegio di Direzione e concorrono a determinare le scelte strategiche aziendali.

Professionisti nel
governo dell'Azienda

A partire dal 2004 è stata avviata un'esperienza innovativa con l'organizzazione di seminari strategici, un'occasione per i professionisti di presentare a una platea competente e allargata le migliori esperienze dal punto di vista dell'innovazione dei servizi prodotti, di socializzare tali esperienze, di avere un ritorno in termini di discussione e diffusione delle esperienze presentate.

In materia di gestione del rischio e della sicurezza, è stato predisposto il quarto aggiornamento del documento di valutazione dei rischi. Il documento raccoglie l'attività svolta dal marzo 2002 al settembre 2005 per migliorare le condizioni di igiene e sicurezza del lavoro e per eliminare o ridurre i rischi lavorativi. Sono stati predisposti i protocolli sanitari che individuano, per ogni rischio lavorativo e per profilo professionale, la tipologia di visita preventiva e periodica e la loro frequenza ai fini della sorveglianza sanitaria. Nel 2006, l'aggiornamento del documento ha riguardato le articolazioni in cui si è verificata una variazione del profilo di rischio. I due documenti riportano i dati relativi all'esito dell'attività di sorveglianza sanitaria, le iniziative di formazione svolte, l'evoluzione degli infortuni nell'ultimo triennio per tipologia e per categoria professionale. Le giornate perse per inabilità temporanea sono state 4.015 nel 2006 e 3.628 nel 2005. Di queste, 1.400 giornate circa sono state perse a causa di infortuni in itinere.

Sicurezza
e gestione del rischio

Per quanto riguarda la ridefinizione dei ruoli professionali, l'area tecnico-infermieristica è stata quella più interessata da una revisione delle modalità organizzative. Le innovazioni più significative hanno riguardato: l'organizzazione di reparti sulla base di percorsi assistenziali differenziati per grado di intensità delle cure, quali la degenza breve; l'attivazione della presa in carico del paziente con l'individuazione del *case manager* infermieristico; la gestione della gravidanza a basso rischio da parte delle ostetriche; la pianificazione assistenziale attraverso lo sviluppo della cartella e della diagnosi infermieristica. Per la dirigenza medica e non medica è stato riattivato nel corso del 2005 il percorso di attribuzione di nuove posizioni organizzative.

Ridefinizione
dei ruoli professionali

Un importante intervento di riorganizzazione che ha coinvolto tutte le aree professionali è stato il riassetto dei servizi territoriali e delle chirurgie. Per disegnare più nettamente i confini tra le principali aree di responsabilità sono state ridefinite le afferenze degli operatori e in qualche caso i contenuti delle posizioni organizzative.

In relazione al sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti, l'Azienda ha effettuato un lavoro di descrizione e graduazione delle posizioni aziendali, per quanto attiene sia il personale della dirigenza, sia il personale del comparto. Sono state mappate e descritte le posizioni organizzative, individuate in coerenza con i principi e il funzionigramma contenuti nell'Atto aziendale, e sono state specificate le relative aree di responsabilità. Ad ogni posizione è stato attribuito un peso, in modo tale da consentire la valorizzazione economica delle posizioni. Il risultato di questo lavoro è raccolto nel Manuale dell'assetto organizzativo.

Valutazione
delle competenze

Riguardo alla funzione di controllo costante dei risultati di gestione, l'Azienda ha sviluppato un sistema di programmazione e controllo che consente - attraverso la negoziazione annuale del *budget* - la correlazione tra macro-obiettivi da perseguire e risorse assegnate per il relativo conseguimento. Il sistema di valutazione nel suo complesso fa riferimento a principi di coerenza, responsabilizzazione, sviluppo delle sinergie di *équipe* e responsabilizzazione individuale nel rispetto degli obiettivi comuni, coinvolgimento del professionista nel percorso.

Il Piano annuale di formazione del 2005 ha allineato il processo di pianificazione della formazione agli altri processi aziendali, caratterizzati da una cadenza annuale di negoziazione del *budget* e dalla gestione della programmazione a livello dipartimentale. I due documenti indicano le principali aree di intervento e nel Bilancio di missione 2006 le linee metodologiche seguite per la formulazione del PAF. Metodo di lavoro (modalità didattiche, attività di tutorato, convenzioni con le Università per tirocinio pratico-formativo e per specializzazioni mediche, sistema ECM 2002-2006), vengono illustrati in punti specifici del BdM.

Formazione

I sistemi informativi ad oggi attivati rendono fruibile una considerevole quantità di informazioni, disponibile in forma cartacea o in formato elettronico con accesso tramite intranet aziendale. Ciononostante l'Azienda ha in progetto l'elaborazione di un sistema integrato per la gestione dei flussi informativi relativi alle risorse umane. La difficoltà per il riallineamento delle procedure pone all'Azienda la necessità di procedere per tappe.

Sistemi informativi

Il ruolo delle organizzazioni sindacali è riconosciuto dall'Azienda come essenziale. I due BdM elencano gli accordi sottoscritti tra la Direzione aziendale, le rappresentanze sindacali unitarie (RSU) e le organizzazioni sindacali (12 nel 2005 e 16 nel 2006).

Sistema di relazioni tra Azienda e personale

Il positivo rapporto sviluppato negli anni tra organizzazioni di rappresentanza dei professionisti e Direzione aziendale ha consentito l'elaborazione, per l'area del Comparto, di un protocollo sulle relazioni sindacali, con il quale le parti hanno inteso affermare un modello di relazioni funzionale a un'organizzazione che riconosce il ruolo fondamentale dei propri professionisti e delle loro rappresentanze. Sono state affrontate tematiche importanti quali il disagio lavorativo, la qualità dell'organizzazione, le pari opportunità.

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La strategia di comunicazione dell'Azienda, già da diversi anni, ha come obiettivo quello di facilitare la conoscenza dei servizi e delle loro modalità di accesso attraverso un'informazione

costante, accessibile, significativa, finalizzata anche a consentire ai cittadini di assumere comportamenti, compiere scelte, modificare opinioni errate sui problemi legati alla salute e al benessere della persona.

È stato attivato nel 2005 e potenziato nel 2006 un sistema integrato di strumenti informativi e di comunicazione per fare in modo che i cittadini conoscano le modalità per l'accesso ai servizi e alle prestazioni, costituito da: comunicati stampa, trasmissioni televisive e radiofoniche autogestite, notizie sul portale della Regione Emilia-Romagna (Saluter), pubblicazione di guide per l'utente (*Guida alla specialistica ambulatoriale*, Guida al paziente ricoverato), rinnovo della Carta dei servizi, Sportello per la prevenzione, Servizio informativo per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Comunicazione per l'accesso ai servizi

Per la gestione individuale dell'assistenza, l'Azienda ha svolto attività di formazione degli operatori per comprendere i bisogni dei cittadini e orientare la domanda di prestazioni; ha sperimentato situazioni in cui i cittadini vengono coinvolti nelle scelte assistenziali che li riguardano attraverso un'informazione specifica e l'opportunità di fare ascoltare le proprie idee; ha

Comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

realizzato azioni per orientare i cittadini verso l'adozione di comportamenti più sani e sicuri, rispetto alle quali vengono illustrati i risultati raggiunti per il Piano 2005-2006 e sono delineati i contenuti del Piano 2006-2008.

Nel campo della comunicazione per le scelte di interesse della comunità, il Bilancio di missione 2006 delinea il percorso di elaborazione del Piano per la salute 2006-2008 messo a punto dalla CTSS in collaborazione con l'Azienda. I bisogni di salute ritenuti prioritari sono: ambiente e salute; stili di vita (sedentarietà, alimentazione, alcool, fumo); sicurezza sul lavoro; sicurezza stradale.

Comunicazione per le scelte di interesse della comunità

L'Azienda ha organizzato 15 conferenze stampa nel 2005 e 26 conferenze nel 2006 su temi ed eventi di rilevanza pubblica, ha realizzato campagne informative su argomenti di interesse pubblico e sociale indirizzate a diversi *target* di cittadini, ha promosso azioni per migliorare l'immagine dell'Azienda, ha individuato procedure, responsabilità e strumenti per la gestione delle emergenze sanitarie. Tramite i punti informativi e le strutture territoriali è stato diffuso materiale informativo su campagne nazionali o regionali (con 49.792 manifesti e 3.976 opuscoli nel 2005). Cinque sportelli per la raccolta delle manifestazioni di volontà di donazione di organi e tessuti, dislocati nelle strutture aziendali, sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì.

Per la comunicazione interna, l'Azienda si avvale di: intranet (per la diffusione di informazioni/documenti/comunicazioni di carattere operativo, rassegna stampa *on line*), *newsletter* mensile (allegata al cedolino dello stipendio, per informazioni sull'organizzazione dell'Azienda e comunicazioni operative ai dipendenti), posta elettronica, *Speciale Salute News* (mensile di informazione dell'Azienda distribuito in tutte le strutture aziendali).

Comunicazione interna

Ricerca e innovazione

La Direzione ha istituito nel 2004 una nuova posizione organizzativa in *staff* alla Direzione sanitaria, denominata Innovazione dei Sistemi sanitari, con le finalità di

garantire lo sviluppo omogeneo delle azioni di riorganizzazione delle macro-aree, derivanti dalla revisione dei percorsi, per effetto dell'innovazione delle tecnologie assistenziali, dalla crescita dell'infrastruttura e dalla rimodulazione delle linee di produzione, conseguenti alle azioni di governo clinico portate avanti dai gruppi di lavoro professionali.

Le prime azioni hanno riguardato la ricognizione delle attività di ricerca e innovazione presenti in Azienda, il supporto formativo sulle metodologie di progettazione e valutazione delle iniziative di ricerca, la collaborazione alla stesura degli indicatori di processo ed esito dei progetti presentati in sede di negoziazione di *budget*. L'Ufficio ha curato la partecipazione dell'Azienda

a bandi e iniziative di ricerca clinica finanziate da enti esterni, con progetti coerenti con le strategie aziendali. Ha aderito al Programma regionale (PRI E-R) attraverso la partecipazione agli organismi di coordinamento interaziendali.

Le azioni intraprese intendono: mettere a conoscenza tutta l'Azienda dei progetti in essere e del loro stato di avanzamento; facilitare i professionisti nell'utilizzo di metodi e tecniche di gestione dei progetti; far sì che i progetti coinvolgenti più articolazioni organizzative aziendali non siano gestiti per parti ma come progetti interfunzionali di sviluppo dei programmi. Le azioni avviate per la costituzione di un portafoglio unico di progetti aziendali in grado di tradurre le strategie aziendali in azioni di concreta innovazione, lo studio di strumenti e metodi unitari per la gestione della funzione progettuale, le iniziative di formazione interna, rispondono a questo orientamento alla trasversalità e alla integrazione tra sotto-sistemi.

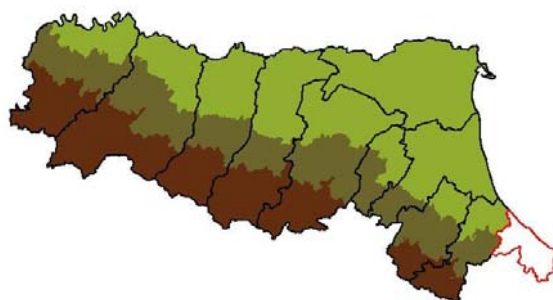
I progetti di modernizzazione volti allo sviluppo di modelli di collaborazione e programmazione interaziendali hanno operato su vari fronti. L'Azienda di Cesena è capofila di 4 progetti e partecipa ad altri 6 progetti di modernizzazione in veste di unità aggregata ad altre Aziende della Regione. Nell'ambito del bando ministeriale per la Ricerca finalizzata, l'Azienda ha visto approvare 3 progetti per il 2005 e 2 per il 2006, di cui è compartecipe nella conduzione attraverso le proprie Unità specialistiche. L'Azienda inoltre partecipa a progetti di ricerca attivati e coordinati a livello regionale nell'ambito del programma PRI E-R.

Le attività di formazione realizzate nei due anni per lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole alla ricerca hanno avuto come obiettivo prioritario la valorizzazione delle competenze professionali degli operatori. La formazione è stata uno strumento di supporto allo sviluppo aziendale, e in particolare ha accompagnato l'evoluzione dei processi di riorganizzazione finalizzati alla diffusione delle buone pratiche professionali, alla conoscenza degli strumenti specifici di analisi e di individuazione del rischio clinico e alla promozione dei programmi aziendali. Percorsi di formazione sul campo (85 progetti accreditati ECM), la sperimentazione del progetto di formazione a distanza di Area vasta, una più ampia riflessione sulle modalità di fruizione della formazione, investimenti finalizzati all'acquisizione di competenze specifiche attraverso la frequenza presso Centri ad alta specializzazione e a Master di primo e secondo livello, sono alcuni dei tratti caratterizzanti l'attività 2005 e 2006. Nel 2005 l'Azienda ha inoltre aderito al progetto di modernizzazione regionale delle biblioteche scientifiche, sottoscrivendo la convenzione con il Gruppo operativo per il trasferimento dei risultati della ricerca bibliografica nei servizi sanitari (GOT). Ulteriore fonte informativa è costituita dal lavoro portato avanti in questi ultimi anni dall'Agenzia sanitaria

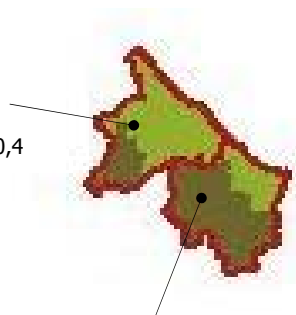
regionale insieme ai tanti gruppi di lavoro composti da professionisti delle Aziende, che viene reso continuamente accessibile in modo chiaro e sintetico, sia in forma cartacea che *on line* attraverso il sito dell'Agenzia. Nel 2005 è stata istituita e nel 2006 si è consolidata la Rete aziendale ricercatori *evidence based practice*, costituita da un gruppo di operatori sanitari (infermieri, tecnici sanitari, ostetriche e fisioterapisti) impegnati nell'ambito clinico. L'Azienda ha partecipato al primo censimento regionale delle iniziative di ricerca organizzato nell'ambito del programma PRI E-R; sono stati censiti 52 progetti avviati nel triennio: 37 studi clinici e sperimentazioni farmacologiche, 5 studi epidemiologici, 4 ricerche sull'organizzazione dei servizi.

Sono stati presentati all'approvazione del Comitato etico 17 progetti di sperimentazione clinica nel 2005 e 27 nel 2006, di cui 15 sono studi osservazionali, uno è una sperimentazione in fase 2, tre sono studi di fase 4. Il documento 2005 illustra infine i contenuti del vigente regolamento aziendale per le sperimentazioni cliniche, mentre il documento 2006 descrive l'assetto di regole per la trasparenza verso i finanziatori privati. Nel corso del 2006 l'Azienda ha operato di concerto con le altre strutture di Area vasta per l'omogeneizzazione delle procedure e dei criteri di valutazione. Le azioni sono finalizzate alla creazione di un unico Comitato etico di Area vasta.

Azienda USL di Rimini



Distretto di Rimini
Popolazione: 187.168
Area (Km²): 259,8
Densità (pop per Km²): 720,4



Distretto di Riccione
Popolazione: 102.861
Area (Km²): 273,48
Densità (pop per Km²): 376,1

| Comuni | Area (Km ²) | Popolazione all'1/1/2006 | Densità (pop per Km ²) |
|--------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 20 | 533,28 | 290.029 | 543,8 |

Dalla Presentazione al Bilancio di missione 2006 ¹⁰⁶

Affrontare la redazione del Bilancio di missione significa aver chiaro il suo significato principale:

Il Bilancio di missione è lo strumento con cui le Aziende sanitarie rendono conto dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È un documento strutturato, annuale, logicamente e funzionalmente coordinato con il bilancio di esercizio.

E ha come obiettivo quello

... di dare trasparenza all'azione istituzionale dell'Azienda sanitaria, rispondendo alle necessità informative dei soggetti ai quali deve "dare conto".

Esso è finalizzato a:

- *illustrare gli esiti dell'attività istituzionale svolta dall'Azienda;*
- *supportare in modo attivo e dinamico il sistema delle relazioni fra l'Azienda e i suoi principali interlocutori istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria.*

Il Bilancio di missione si configura come lo strumento attraverso il quale è periodicamente possibile per tali interlocutori verificare la graduale realizzazione degli obiettivi stabiliti nella rispettiva pianificazione. La rappresentazione, a consuntivo, nell'ambito del bilancio di missione, dei risultati istituzionali diventa elemento da assumere a riferimento per la successiva fase di pianificazione e programmazione.

A questi aspetti fondamentali ha cercato di aderire il Bilancio di missione dell'Azienda sanitaria di Rimini. Il percorso non è stato agevole, soprattutto per la diversa natura e provenienza delle informazioni, l'abitudine a trattare i dati in modo statistico o budgetario, la difficoltà intrinseca a gestire la selezione e l'omogeneizzazione delle informazioni; a questo si aggiungeva l'esigenza di approfondire temi e trovare nuove connessioni man mano che i dati arrivavano. Inoltre vi è da segnalare il contesto, per così dire culturale, il quale pur non essendo di per sé nuovo, tuttavia assume implicazioni di grande portata.

L'attuale dibattito sull'evoluzione dei sistemi sanitari coinvolge ormai una dimensione complessiva di presidio della salute dei cittadini che, già da tempo si è lasciata alle spalle il concetto di erogazione di prestazioni sanitarie per comprendere tutta la dimensione delle problematiche di salute: dalla prevenzione all'ambiente, agli stili di vita, fino all'interconnessione dei processi diagnostici, clinici, assistenziali e riabilitativi, all'integrazione, professionale, organizzativa, sociale e sanitaria.

Sempre più si fa strada la consapevolezza che tali complessi percorsi sono inestricabilmente collegati agli strumenti che li rendono possibili. Pertanto il collegamento tra programmazione e risultati, i cicli PDCA, la valutazione degli esiti deve tenere conto

¹⁰⁶ <http://www.aUSL.rm.it/index.php?option=content&task=category§ionid=21&id=516&Itemid=797>

delle forme organizzative e di tutti quei fattori che rendono comprensibile e monitorabile tutto il processo di produzione di salute e non solo "tout court", di sanità.

Per tale motivo, in queste brevi note enfatizzeremo forse l'aspetto più delicato e che si sta delineando sempre più con maggiore decisione: la funzione comunicativa.

Crediamo, infatti, che l'esperienza di produrre un Bilancio di missione abbia determinato una serie di nuovi approcci...

Come l'Azienda guarda a se stessa

L'Azienda di Rimini fu sperimentatrice per il primo Bilancio di missione nel 2005. Già da allora fu evidente la diversità di approccio al "dato": non solo rendicontazione di utilizzo di risorse, ma anche la costruzione di un potente strumento di governance. I servizi, inizialmente cauti, su questa reale e concreta possibilità, hanno partecipato alle successive riunioni di impostazione del lavoro con la percezione che si veniva manifestando un nuovo livello di rappresentazione dell'Azienda. In questo senso l'Azienda ha cominciato a guardare a se stessa in modo unitario, la dimensione clinico-assistenziale, la tutela sociale, ad esempio, non erano più contrapposte alla dimensione epidemiologica statistica, alla dimensione organizzativa e amministrativa. [...] Il lavoro sul Bilancio di missione ha dunque contribuito alla costruzione di un'immagine aziendale più coerente.

Integrazione dei segmenti di programmazione, produzione e verifica

Il gap tra la dimensione concettuale di una totalità integrata delle funzioni di programmazione produzione e verifica, e la realtà quotidiana appare spesso incolumabile. Il livello di alta direzione viene spesso percepito come "troppo alto" nel senso di intrinseca difficoltà a una visione più prossima dei problemi e delle loro implicazioni. Così come alcuni aspetti connessi alla contingenza di una qualsiasi attività sanitaria appaiono incompatibili con la necessaria generalizzazione dei problemi che il livello di alta programmazione deve avere. Il Bilancio di missione "ha costretto" in una sintesi le diverse istanze, ha reso più fruibile la dimensione di pianificazione che può essere implementata solo dai bisogni oggettivi. [...]

L'Azienda comunica al proprio interno

In questo caso il Bilancio di missione non "vicaria" alcuno strumento di comunicazione interna. Tuttavia il metodo con cui è stato costruito ha facilitato la trasmissione di ragioni e di informazioni verso i professionisti e gli operatori. [...] il documento diventa l'oggettivazione di dati, strumenti, metodi e risultati che vengono resi disponibili in modo trasparente e giudicabile. [...]

L'Azienda comunica ai propri referenti istituzionali

Proprio il lavoro fin qui condotto ci ha convinto di come lo strumento Bilancio di missione possa e debba essere un forte strumento comunicativo nell'ambito della partnership con i Comuni e la Provincia. Da questo punto di vista è necessario affinare gli strumenti di comunicazione attraverso una semplificazione del documento, e cioè aumentare

le note esplicative, ridurre le tabelle, spesso comprensibili solo dagli addetti ai lavori. Dalle discussioni in Conferenza sanitaria e sociale, sono ad esempio emerse tutta una serie di riflessioni, e quindi di spunti operativi, sulle diversità, sugli aspetti di potenziale iniquità, in particolare nell'ambito dei cittadini stranieri immigrati. La pertinenza e la maturità

del dibattito, impone che lo strumento Bilancio di missione assuma sempre più il ruolo di strumento dinamico anche di comunicazione e di contestualizzazione del complesso integrato delle attività sanitarie e sociali di un'Azienda che opera per e in una comunità.

L'Azienda comunica agli stakeholder

[...] L'Azienda ha sì prodotto tutta una serie di strumenti comunicativi, ma per lo più rivolti ad informare, a precisare, a chiarire, i percorsi di cure, gli accessi, i diritti, le modalità di erogazione dell'assistenza.

Rendere fruibile un documento di rendicontazione è stata la sfida più difficile che abbiamo affrontato ma non abbiamo ancora vinto. Tuttavia abbiamo capito quali sono i punti deboli. Paradossalmente l'eccesso e la frammentazione delle informazioni. Il linguaggio ancora eccessivamente tecnico. I commenti per addetti ai lavori penalizzano ancora la completa comprensione del documento.

Ma, ripetiamo, una lettura oggettiva del documento ci è stata di grande aiuto. Contiamo già con la prossima redazione di produrre un deciso passo in avanti in questa direzione.

L'Azienda si rende contestabile

È il senso del lavoro che sottende al Bilancio di missione dell'Azienda USL di Rimini.

La discussione in Conferenza, la presentazione nei contesti istituzionali e negli organismi di direzione ha proprio questo scopo. Ma non basta, sottolineiamo quanto detto poc'anzi. La trasparenza del documento e quindi il suo ruolo nel rendere contestabile l'Azienda va di pari passo con la sua completezza e la sua leggibilità. Il primo fattore crediamo sia sufficientemente acquisito, il secondo rappresenta quanto ci proponiamo in un miglioramento continuo.

Va, in ogni caso, segnalato il ruolo rivestito dal Gruppo di coordinamento dell'Agenzia regionale.

Un ruolo che non solo ha sostenuto e sostiene continuamente le aziende nel non facile lavoro, ma contribuisce al costante miglioramento del documento, attraverso quella lettura oggettiva e quelle indicazioni efficaci che consentono un reale progresso del prodotto finale. Ai componenti un sincero apprezzamento.

Marcello Tonini

Direttore generale dell'Azienda USL di Rimini

Contesto di riferimento

La provincia di Rimini è una delle più recenti d'Italia, essendo stata costituita nel 1992 distaccandone il territorio dalla provincia di Forlì. I Comuni della provincia sono venti, sei dei quali afferenti al Distretto di Rimini e i rimanenti a quello di Riccione. Ha circa 290.000 abitanti, distribuiti su un territorio caratterizzato da alta densità abitativa, che nell'intera provincia è arrivata a circa 543 abitanti per Km².

Territorio e ambiente

La qualità dell'aria, assumendo a riferimento il parametro delle polveri sottili (PM₁₀) e i valori fissati per il 2005, posiziona la provincia discretamente all'interno del panorama regionale.

Lo scenario demografico mostra una popolazione dinamica, tendenzialmente più giovane della media regionale, pur rimanendo il fenomeno dell'invecchiamento quello demograficamente più significativo. La popolazione residente è in crescita, con un incremento percentuale tra il 2001 e il 2005 superiore a quello medio regionale (4,47% contro 3,55%). Anche il 2006 chiude con un saldo positivo (+1,08% rispetto al 2005). La popolazione anziana continua ad aumentare, anche se con tassi di crescita decrescenti negli ultimi anni. Le trasformazioni nella struttura della popolazione hanno portato a cambiamenti sostanziali tra le generazioni. Ogni bambino ha oggi intorno a sé 3,7 anziani nella provincia (vs 4,6 nella regione e 3,4 a livello nazionale). Solo trent'anni fa un bambino aveva 1,05 anziani nella provincia, 1,64 nella regione e 1,14 a livello nazionale. L'indice di vecchiaia a livello provinciale nel 2006, pressoché invariato rispetto a quello dell'anno precedente, è di 151,5 anziani ogni 100 giovani. L'indice di natalità è superiore a quello medio regionale, ma inferiore a quello medio nazionale che, va tenuto conto, si colloca nelle posizioni più basse a livello europeo.

Popolazione

Gli stranieri residenti sono più che raddoppiati dal 2001 a oggi, passando da 7.182 a 17.526 unità. Le nazionalità più presenti sono: Albania, Ucraina, Senegal, Marocco, Cina, Romania, Macedonia, Tunisia.

Lo scenario socio-economico si caratterizza per un livello di istruzione che, comparato con il livello regionale, è più che positivo per entrambi i sessi: il 34,2% dei soggetti con più di 19 anni possiede un diploma di scuola media superiore (contro il 32,9% regionale) e l'indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo è tra i più bassi (dati fermi al censimento 2001). I tassi di attività e di occupazione mostrano un andamento sovrapponibile a quello medio regionale per quanto riguarda la popolazione maschile, mentre sono inferiori (di circa sei punti percentuali) quelli relativi alla popolazione femminile.

Condizioni socio-economiche

Il quadro epidemiologico mostra per entrambi i sessi un tasso di mortalità inferiore a quello regionale, sia generale che per grandi gruppi di cause. È in aumento l'incidenza della TBC polmonare, correlata al forte aumento della popolazione immigrata. L'Azienda ha affrontato il problema realizzando un ambulatorio pneumologico per gli extracomunitari.

Osservazioni
epidemiologiche

Sta diventando sempre più importante anche per la realtà riminese la problematica legata al sovrappeso e all'obesità, in particolare nell'età infantile e, più in generale, alla corretta nutrizione. Nella provincia di Rimini il 15,1% dei bambini è in sovrappeso (16,5% in regione) e il 10,4% è obeso (8,9% in regione). I risultati dell'indagine sulle due fasce di età considerate indicano che l'obesità è in costante aumento e che l'eccesso ponderale è più alto a 9 anni (33,4%) rispetto a quello dei 6 anni (25,5%). Il campione della provincia di Rimini presenta il peggiore eccesso ponderale - sovrappeso più obesità - (33,4%) rispetto alla media regionale dell'Emilia-Romagna (29,6%).

Il livello di attività fisica della popolazione, sia infantile che generale, appare discreto ed è indirettamente testimoniato dall'entità del numero di tesserati alle società sportive della provincia (il 61% dei residenti di età 4-14 anni e il 20% circa sopra i 15 anni), ma va sottolineato come il livello di tesseramento inizi a decrescere bruscamente e significativamente dopo i 14 anni di età e continui nella sua diminuzione per tutte le classi di età a seguire.

Stili di vita

Per quanto riguarda i problemi legati all'abuso di sostanze alcoliche, i dati del triennio 2002-2005 rilevano un totale di alcolodipendenti in carico e provvisori in aumento. Il tabagismo si rileva invece in diminuzione di circa 10 punti percentuali tra il 2004 e il 2005.

Gli incidenti stradali rappresentano il fenomeno socialmente più rilevante. Nel quadriennio 2002-2005 l'andamento mostra un aumento del numero di incidenti negli anni 2002 e 2003, e poi un decremento, lieve nel 2004 e forte nel 2005, sia per numero di incidenti che per numero di feriti. Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, il tasso sia grezzo che standardizzato mostra valori costantemente superiori a quelli medi regionali, con un picco all'interno del triennio considerato nel 2004.

Sicurezza

Profilo aziendale

Il risultato d'esercizio si colloca all'interno del vincolo assegnato dalla Regione all'Azienda per il 2006.

Sostenibilità
economica

L'azienda occupa 3.271 unità con rapporto di dipendenza e 392 medici in convenzione. Impiega 12 lavoratori stranieri; 53 dipendenti sono stati assunti nell'ambito delle categorie protette. Il volume degli emolumenti erogati nel 2006 ha superato i 106 milioni di Euro.

Donazioni e contributi ricevuti dall'Azienda hanno avuto nel triennio un andamento altalenante, con una lieve ripresa nel 2006, anche se per valori inferiori a quelli del 2004. Sono aumentati i contributi di associazioni e sono diminuite le donazioni dei cittadini. Nel 2006, per la conservazione del proprio patrimonio artistico, l'Azienda ha approntato un idoneo deposito in cui è stata collocata gran parte delle opere di proprietà aziendale provenienti dal Padiglione di medicina dell'Ospedale di Santarcangelo di Romagna, alienato al Comune e in fase di restauro per essere adibito a Museo, e dalla vecchia sede dell'Ospedale Infermi, ora sede culturale della Città di Rimini.

Per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza, il costo pro capite ponderato è nel triennio 2002-2005 inferiore a quello regionale, con uno scarto che aumenta nel 2004 rispetto al 2003 e diminuisce nel 2005 rispetto al 2004. Nell'analisi per singolo livello, si nota che il costo è notevolmente inferiore per la sanità pubblica, dapprima superiore e poi sovrapponibile a quello regionale per l'assistenza distrettuale, inferiore al costo medio regionale per l'assistenza ospedaliera, con uno scarto maggiore nel 2004.

LEA

costi

Nell'ambito del livello dell'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, l'Azienda si è trovata nel 2006 al primo anno del 4° *round* per lo *screening* del collo dell'utero e al primo anno del 5° *round* per lo *screening* della mammella. Per entrambi si è registrata una diminuzione delle adesioni, che l'Azienda attribuisce all'aver inserito nella popolazione *target* le donne domiciliate (che presentano un'adesione inferiore rispetto a quelle residenti). L'Azienda ha in atto il progetto operativo sulle vaccinazioni dell'infanzia obbligatorie e facoltative in collaborazione con i pediatri di libera scelta, la cui popolazione assistita presenta un'adesione inferiore alla media regionale. È invece in progressivo aumento la copertura vaccinale antinfluenzale, che nella popolazione ultrasessantatreenne, nella campagna 2006-2007, ha superato il 75%. Il Bilancio di missione riporta per il quinquennio 2002-2006 i dati relativi alle aziende controllate, ai provvedimenti emessi, ai controlli sugli allevamenti e sulle industrie alimentari.

assistenza collettiva

Il Bilancio di missione 2006 riporta la mappa delle strutture del Dipartimento di cure primarie (Servizi della medicina del territorio, di pediatria e tutela minori, dell'assistenza riabilitativa e protesica, di assistenza agli anziani) e del Dipartimento di salute mentale (Servizi di NPI, Centri di salute mentale, SerT e dipendenza patologiche) presenti nei due distretti (Rimini e Riccione).

assistenza distrettuale

Il tema dell'assistenza alla popolazione anziana viene trattato approfonditamente nella sezione 7 del documento, come esperienza di forte integrazione tra politiche sociali e sanitarie e tra Enti che, con competenze diverse, collaborano all'interno di una cornice che va consolidandosi: la cornice degli accordi di programma.

Nel 2006 si è proceduto alla sperimentazione del Fondo per la non autosufficienza, coordinato a livello distrettuale con le risorse destinate agli assegni di cura. È stato riformulato l'Accordo di programma al quale hanno aderito Azienda USL, Comuni, IPAB, associazioni di volontariato e cooperative. Al fine di garantire la massima integrazione tra sociale e sanitario, l'Azienda ha approntato in un unico modulo organizzativo tutti gli interventi a sostegno della domiciliarità: assistenza domiciliare infermieristica e fisioterapica, assistenza domiciliare di base, telesoccorso, assegni di cura. Gli utenti ultrasettantaquattrenni in assistenza domiciliare sono stati 1.565 (8,2%) nel 2005 e 1.499 (7,7%) nel 2006. Gli utenti che hanno fruito dell'assegno di cura (a sostegno della non autosufficienza non solo di persone anziane) sono stati 688 nel 2005 e 861 nel 2006. La disponibilità in strutture residenziali è aumentata con l'apertura di 30 posti letto (20 di RSA e 10 di CP). Nelle strutture, l'Azienda ha introdotto il Prontuario terapeutico ospedaliero per una maggiore appropriatezza dell'assistenza farmaceutica e ha organizzato la distribuzione diretta dei farmaci per un contenimento dei costi. Nel 2006 sono stati ospitate 646 persone in casa protetta e 615 in RSA. Gli anziani che hanno frequentato i Centri diurni sono stati 135 (114 nel Distretto di Rimini e 24 presso il Centro diurno di Misano Adriatico).

Il numero di utenti che fruiscono del servizio di telesoccorso e teleassistenza è andato consolidandosi: 574 nel 2005 e 582 nel 2006. Nella sezione 7 del documento vengono poi illustrati gli interventi effettuati per il potenziamento del sistema informatico, con la messa in rete di servizi ed enti diversi, le attività e i servizi di informazione rivolti alla popolazione anziana (sportelli sociali, *vademecum*, incontri su tematiche di interesse specifico), le iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori, la campagna informativa organizzata nel 2006 per l'emergenza caldo e la mappatura delle fragilità.

Nell'analisi del livello, l'Azienda espone l'andamento 2005 e 2006 della popolazione in carico al Servizio di assistenza domiciliare distinta per classi di età: la percentuale delle persone in carico aumenta nella fascia degli ultraottantacinquenni, resta invariata tra gli 80 e gli 84 anni, cala nella fascia 65-80 anni. L'Azienda dispone di 10 posti letto di *hospice*, da cui sono state dimesse 179 persone nel 2004, 162 nel 2005, 195 nel 2006.

Le donne seguite in gravidanza dai consultori familiari sono state 466 (17,6% dei nati vivi) nel 2003, 708 (28%) nel 2004, 850 (29,8%) nel 2005. Nel confronto con i dati regionali, Rimini mostra una maggiore incidenza delle donne immigrate sul totale delle donne gravide seguite dai consultori familiari.

Per la salute mentale nel 2006 sono stati attivati 20 posti letto a trattamento intensivo e sono state potenziate le realtà abitative a bassa protezione, che hanno di fatto permesso dimissioni che non era stato possibile effettuare con reinserimento nei nuclei familiari. Alcune tabelle mostrano l'andamento

dei ricoveri presso il Presidio di diagnosi e cura, evidenziando una tendenza costante al contenimento dell'ospedalizzazione, maggiore per Rimini rispetto all'andamento regionale. Per le dipendenze patologiche, il territorio di Rimini presenta un rapporto tra nuovi utenti e popolazione *target* costantemente in aumento, sia per le tossicodipendenze che per le alcoldipendenze, collocandosi sempre molto al di sopra delle medie regionali. In rapporto alla sostanza primaria degli utenti dei SerT, la provincia di Rimini mostra una prevalenza di eroinomani e cocainomani in rapporto alla popolazione *target* di gran lunga superiore alla media regionale in tutti gli anni esaminati.

In materia di assistenza farmaceutica, l'Azienda evidenzia come a fronte di un aumento medio della spesa dell'1,88% a livello regionale, Rimini abbia registrato una riduzione dell'1,62% con un differenziale di ben 3,5 punti percentuali, che hanno portato il costo pro capite provinciale (189,9 Euro) ad allinearsi al costo pro capite regionale (189,46 Euro). Nel 2004 il differenziale di spesa era di 12 Euro per abitante. Le principali azioni messe in atto nel 2006 per raggiungere tale risultato sono state: la distribuzione dei farmaci per conto dell'Azienda da parte delle farmacie convenzionate (con un risparmio di circa 450.000 Euro), l'appropriatezza di utilizzo dei farmaci antibiotici (con un risparmio di circa 800.000 Euro), controlli di conformità sulle prescrizioni a carico del SSN.

Per l'assistenza specialistica ambulatoriale, vengono presentati i dati dei consumi per singola tipologia di prestazioni utilizzando l'indice di consumo standardizzato per un confronto con i dati medi regionali. Per le visite non si sono registrate variazioni tra il 2005 e il 2006; il dato si attesta al di sotto del valore regionale. Superiore a quello regionale è invece l'indice di consumo di prestazioni di laboratorio. Vengono quindi illustrati gli andamenti dei tempi d'attesa per prestazioni programmabili di diagnostica, laboratorio, riabilitative, terapeutiche e per le visite, quali risultano dal flusso informativo regionale (ASA).

Nell'ambito del livello di assistenza ospedaliera, la dotazione dei posti letto per acuti mostra nel periodo 2000-2006 un andamento speculare a quello registrato a livello regionale, mentre per la lungodegenza e la riabilitazione la dotazione di posti letto dell'Azienda registra un incremento significativo nel 2005 e 2006, superando il corrispondente valore regionale. Per quanto riguarda il grado di attrazione delle strutture aziendali nei confronti della popolazione residente, dopo essersi avvicinato all'80% nel 2005, l'indice registra un brusco decremento nel 2006 portandosi al 71%. Dall'analisi dei flussi di mobilità, l'Azienda correla il dato all'incremento della mobilità passiva interregionale che i primi dati a sua disposizione indicano in aumento, spingendo l'Azienda ad analisi strutturate sul fenomeno per assumere le conseguenti iniziative. L'ospedalizzazione mostra in tutto il periodo osservato (2001-2006) una tendenza al decremento, con un andamento del tasso di ospedalizzazione sovrapponibile a quello medio

assistenza ospedaliera

regionale. I tempi d'attesa nell'Azienda di Rimini sono stati inferiori a quelli medi regionali per tutte le tipologie di intervento considerate (cataratta, anca, neoplasia maligna della mammella e del colon, chemioterapia, coronarografie).

Gli indicatori individuati per la qualità dell'assistenza evidenziano dati sovrapponibili a quelli medi regionali per il basso peso alla nascita; un forte aumento (regionale e aziendale) della copertura vaccinale negli anziani; un contenimento delle complicanze del diabete rispetto al dato medio regionale, sia per quelle acute severe sia per quelle a lungo termine; una percentuale di parti con taglio cesareo sovrapponibile nel 2006 a quella regionale; un tasso di ricovero evitabile sul totale dei ricoveri costante nel triennio per l'insieme delle cause considerate, ma con valori maggiori per malattie congenite del cuore e malattie polmonari croniche. Viene infine riportato l'andamento nel triennio della mortalità ospedaliera per infarto miocardico acuto, attraverso l'indicatore derivato dalle elaborazioni dell'ASR.¹⁰⁷

Indicatori di qualità

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

missione di una moderna Azienda sanitaria - si legge nell'introduzione alla sezione 3 del Bilancio di missione 2005 - è la tutela della salute dei cittadini del proprio territorio, attraverso un sistema di garanzie e impegni sanciti nel documento fondante la propria azione, vale a dire l'Atto aziendale.

E proprio al contenuto del nuovo Atto aziendale fa esplicito riferimento la premessa alla sezione del Bilancio di missione 2006. Gli obiettivi istituzionali che declinano questa missione nella pratica sono quelli di creare nel territorio:

- un sistema di sinergie e di alleanze per la salute con tutti i soggetti che contribuiscono alla determinazione del profilo di salute di una collettività (cittadini, Enti locali, associazioni di utenti, *stakeholder* in generale, ...);
- le condizioni di massima soddisfazione possibile dei bisogni di salute locali, nell'ambito della necessaria integrazione con le altre istituzioni pubbliche e private dell'Area vasta Romagna.

Il BdM sottolinea come le strategie che attengono alla realizzazione di questi obiettivi siano delineate nei documenti di programmazione: regionale (Piano sociale e sanitario), provinciale (Piano attuativo locale e Piani per la salute), distrettuale (Piani di zona), aziendale (Piano strategico e Piano

¹⁰⁷ L'indicatore mostra il seguente andamento: 15,6 deceduti su 100 ricoveri nella provincia di Rimini vs 17 in regione nel 2004; 13,8 vs 16,6 nel 2005; 15 vs 15,6 nel 2006.

attuativo territoriale). Tutte le attività aziendali - dice l'Azienda - possono comprendersi alla luce delle coordinate strategiche e programmatiche, che intersecano alcune "modalità di essere Azienda USL", utilizzate come chiave di lettura delle principali realizzazioni illustrate nel Bilancio di missione: centralità del cittadino, partecipazione degli Enti locali, universalità d'accesso, qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale.

Nell'ottica di un cittadino che, titolare del diritto di salute, è chiamato a svolgere un ruolo attivo di partecipazione nell'organizzazione del Servizio sanitario e nella sua valutazione, rivestono particolare importanza gli interventi che l'Azienda ha messo in atto al fine di garantire la partecipazione dell'utente, singolo o tramite le associazioni, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi, tutela dei diritti degli utenti. I modi di realizzazione di tali principi vengono indicati nei seguenti strumenti organizzativi: la Carta dei Servizi, l'URP, il sistema di gestione dei reclami, i Comitati consultivi misti. Di questi ultimi viene sottolineato il ruolo fondamentale nella funzione di valutazione e stimolo dei servizi e se ne illustrano i contributi nella aree di particolare rilevanza.

Il ruolo degli Enti locali viene attualmente esercitato attraverso tre strumenti specifici, di cui due di ambito provinciale - il Piano attuativo locale e il Piano per la salute - e uno di ambito distrettuale, il Piano di zona.

La delega partecipata è un modello originale di partecipazione e integrazione: la gestione dei servizi sociali è interamente o parzialmente delegata all'Azienda, ma atti di indirizzo, scelte di priorità, collocazione delle risorse rimangono in capo ai Comuni, così come la facoltà/il dovere di esercitare il controllo sull'attività.

Tale modello trova soluzione da una parte nel ruolo rilevante giocato dal Comitato di Distretto (composto dai Sindaci o Assessori delegati dei Comuni), che definisce obiettivi, individua strategie e azioni, effettua processi di valutazione complessiva dei risultati della gestione; dall'altra, nella creazione di un sistema di Accordi di programma tematici per *target* di popolazione o per problematiche trasversali a più settori. Il sistema creato assume, nel rispetto dei diversi ruoli, la programmazione sociale e la programmazione sanitaria nello stesso Accordo di programma tematico, con l'intento di armonizzare i diversi strumenti programmatici nell'ambito di una prospettiva di *governance* intesa come sistema di governo allargato, che interconnette i diversi soggetti pubblici e gli altri attori sociali dalla fase di programmazione a quella di verifica, concetto che d'altra parte è fondante sia dei Piani di zona che dei Piani per la salute.

Il punto 3.2.1 del Bilancio di missione 2006 è dedicato in modo specifico al Piano per la salute e, più in particolare, al processo per la sua formulazione.

Centralità
del cittadino

Enti locali
e programmazione
sanitaria

Nel 2006, con il concorso dei Comitati di Distretto, è stato definito e condiviso un modello organizzativo di riferimento (illustrato in uno schema riportato sul documento), approvato dalla CTSS, che (sinteticamente) prevede: un gruppo di governo (tecnico-politico) al quale partecipano referenti individuati dai due Comitati di Distretto e dalla CTSS; un gruppo per la redazione del Profilo di comunità composto da tecnici dei Comuni, dell'Azienda USL e della Provincia; un gruppo promotore della partecipazione della comunità composto da referenti tecnici e politici individuati dai Comitati di Distretto e dalla CTSS, con il compito di promuovere iniziative di ascolto, informazione, comunicazione.

Il BdM precisa poi che nel 2006 si sono sostanzialmente conclusi i progetti individuati nella fase di avvio dei PPS e sono stati promossi due nuovi progetti: Ambulatorio di *counseling* nutrizionale per bambini obesi o in soprappeso e Progetto Dafne: implementazione della rete, che si propone la promozione di sinergie tra progetto Dafne (percorsi sanitari e sociali per donne che subiscono violenza) e Sportelli donna presenti nel territorio provinciale.

Il punto 3.2.2. illustra il Piano strategico dell'Azienda che si articola in sei punti:

- valori fondanti dell'Azienda USL di Rimini;
- quadro di riferimento;
- ambiti strategici e i relativi obiettivi (emergenza-urgenza; prevenzione, assistenza ospedaliera; assistenza territoriale);
- interventi strutturali;
- rapporti con l'Università;
- ruolo in Area vasta Romagna.

Sotto il capitolo dell'universalità ed equità d'accesso, si colgono gli interventi che l'Azienda ha attivato per assicurare i livelli essenziali di assistenza secondo quanto previsto dal DPCM 29 novembre 2001 e dai relativi provvedimenti applicativi regionali. Il Bilancio di missione illustra gli interventi sulla struttura dell'offerta dei servizi per conseguire l'omogeneità rispetto agli standard regionali. Nel corso del 2006 l'offerta delle visite specialistiche e delle prestazioni di diagnostica strumentale prenotabili a CUP si è stabilizzata. Sono state poste in essere azioni che conducono a un ampliamento dell'attività attraverso la maggiore offerta di prestazioni e la riorganizzazione dell'attività di diagnostica senologica per contenerne i tempi d'attesa, anche attraverso la differenziazione dei percorsi d'accesso.



Universalità
ed equità d'accesso

Sono state prodotte linee guida per l'accesso differenziato: prioritario, urgente, programmato. Un'area di particolare debolezza per i criteri di universalità e accesso è data dal cittadino anziano e fragile, rispetto al quale gli enti che hanno sottoscritto l'Accordo di programma tematico sugli anziani hanno programmato e realizzato una differenziazione dei servizi offerti, che ha portato alla costituzione dei Servizi assistenza anziani. Per favorire la domiciliazione, l'Azienda ha sostenuto i ricoveri temporanei e di sollievo in RSA e ha avviato analoga esperienza in casa protetta.

È stata avviata una politica di integrazione pubblico/privato nell'area delle strutture residenziali e comunitarie per le tossicodipendenze.

Il Comitato per l'Accordo di programma Anziani ha ridefinito i criteri per l'accesso alle strutture residenziali, all'assistenza domiciliare di base, e le priorità da soddisfare (che il Bilancio di missione 2006 illustra in capitolo specifico nella sezione 7).

Anche l'avvio dell'Osservatorio integrato Provincia/Azienda USL sulla immigrazione costituisce un passo significativo nella politica di integrazione.

In tema di qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale, il BdM 2006 richiama i miglioramenti ottenuti in tema di: ricoveri (con la stabilità nel numero dei ricoveri ordinari nei confronti dei residenti, già in *trend* positivo nell'anno precedente) e riduzione dell'*export* intraregionale; accessibilità all'assistenza specialistica ambulatoriale; ricoveri programmati; qualità e sviluppo organizzativo (implementazione di linee guida e protocolli clinico-organizzativi, revisione degli strumenti informativi per pazienti/cittadini, progetti di miglioramento e di riorganizzazione dei processi di assistenza). Vengono poi analiticamente illustrate le attività che rivestono particolare importanza sotto il profilo della qualità dell'assistenza che hanno riguardato le principali strutture assistenziali.

Qualità dell'assistenza

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza organizzativa

La fotografia del personale al 31 dicembre 2006 mostra che le unità presenti erano 3.832, di cui l'86,14% con rapporto di dipendenza a tempo indeterminato e determinato. Il personale infermieristico è la categoria più numerosa (45,53%), seguito a scalare dal personale medico e veterinario (16,33%), dal personale tecnico e professionale non dirigente (12,51%), dal personale amministrativo (10,24%). L'ambito della degenza dell'assistenza ospedaliera è il livello che occupa la percentuale maggiore di lavoratori (2.414 unità).

Carta d'identità del personale

Il personale dipendente è composto per il 34,53% da lavoratori di età compresa tra i 45 e 54 anni, per il 31,69% tra i 36 e i 44 anni, e per il 23,17% da operatori di età inferiore ai 35 anni; solo il 10,45%

è rappresentato da personale tra i 55 e i 64 anni di età. Gli infermieri per oltre il 72% hanno un'età inferiore ai 44 anni; i medici e veterinari per il 67% hanno un'età superiore. La componente femminile è più numerosa di quella maschile, sia rispetto al totale dei dipendenti (2.263 vs 1.038), sia in particolare rispetto al personale infermieristico (1.224 vs 278), mentre è meno numerosa tra il personale medico e veterinario (189 vs 351).

Nell'ambito della partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa, il documento riporta quanto previsto dall'Atto aziendale per funzioni e composizione del Collegio di Direzione.

Professionisti nel
governo dell'Azienda

Il Collegio di Direzione viene periodicamente riunito sia in modalità ristretta (solo i Direttori di Dipartimento oltre alla Direzione generale), sia allargata, ampliando l'invito alla partecipazione dei Direttori di Unità operative o di moduli. Al suo interno è stato individuato un gruppo di lavoro col compito di seguire l'area della ricerca e innovazione e uno per seguire l'elaborazione del Piano annuale di formazione. Nel 2006 il Collegio di Direzione ha affrontato i seguenti temi: obiettivi 2006, verifica *budget* 2006, accordo per la disciplina dei rapporti con i MMG, bilancio 2006 e pre-consuntivo, preparazione incontri di negoziazione *budget* 2007, Atto aziendale.

In tema di gestione del rischio e della sicurezza, l'Azienda ha individuato già dal 2002 una specifica professionalità a cui affidare la Direzione della struttura complessa per la gestione del rischio nelle strutture sanitarie aziendali. Le attività hanno riguardato la sensibilizzazione culturale degli operatori, l'istituzione e conduzione di *audit*, l'aggiornamento degli strumenti informativi relativi a reclami e contenzioso legale, l'implementazione delle procedure per la rilevazione degli eventi e la gestione del rischio.

Sicurezza
e gestione dei rischi

È stata elaborata la *Guida per la scelta sicura dei dispositivi individuali di protezione*, che ha costituito la relazione fondamentale del capitolato tecnico della gara indetta dalle Aziende USL dell'Area vasta Romagna sui mezzi protettivi degli operatori.

È stato redatto il documento di valutazione del rischio dell'UO di radioterapia e quello dell'UO di fisiopatologia della riproduzione.

Sono stati sottoposti ad accertamenti sanitari preventivi e periodici 1.148 lavoratori nel 2005 e 1.702 nel 2006; di questi, 1.058 nel 2005 e 1.496 nel 2006 sono stati ritenuti idonei alla mansione specifica, mentre sono stati considerati idonei con prescrizione i restanti 90 nel 2005 e 136 nel 2006.

L'attività di formazione è stata continua. Di particolare rilievo è risultato nel 2005 il corso sulla prevenzione del rischio biologico professionale. Numerose sono state le iniziative informative nel 2006 sui temi del rischio chimico, fisico e biologico.

L'andamento degli infortuni ha comportato per l'Azienda 5.598 giornate complessive di assenza nel 2005 (6.352 nel 2006), per un totale di 376 infortuni (528 nel 2006) e un'assenza media per singolo evento pari a 15 giornate lavorative (12 nel 2006).

Sono stati redatti nel 2005 e 2006 i Piani di emergenza interna (PEI) relativi a strutture aziendali distrettuali e dipartimentali extra-ospedaliere.

Al fine di sviluppare competenze e ruoli delle professioni sanitarie, la Direzione assistenziale ha focalizzato la propria attività su alcuni aspetti ritenuti prioritari, quali: valorizzare le funzioni di coordinamento e di direzione; affermare la centralità delle risorse professionali emergenti attraverso il consolidamento di processi di valorizzazione della competenza, per garantire l'esecuzione di prestazioni che richiedono l'acquisizione di specifiche conoscenze e/o lo sviluppo di particolari abilità e competenze e l'orientamento dei percorsi formativi verso l'area clinica, manageriale e gestionale. Si sono poi consolidate le esperienze del biennio precedente per conoscere il livello di motivazione (Osservatorio aziendale e monitoraggio di eventi sentinella, quali *burnout* e *mobbing*), per avviare e consolidare processi di innovazione gestionali-assistenziali, per progetti connessi alla gestione del rischio clinico di interesse infermieristico.

Ridefinizione
dei ruoli professionali

Il Bilancio di missione illustra le modalità di valutazione delle competenze, i percorsi di sviluppo professionale e di carriera, i sistemi di valutazione delle *performance* professionali, i sistemi di incentivazione e in particolare il sistema di valutazione delle competenze e i sistemi premianti per:

Valutazione
delle competenze

- verifica (da parte del Collegio tecnico integrato dal Nucleo di valutazione) dell'attività professionale e dei risultati raggiunti dai dirigenti;
- incarichi di responsabilità delle strutture organizzative semplici e complesse;
- valutazione di prestazioni e risultati dei titolari di posizioni organizzative;
- valutazione del personale incaricato della funzione di coordinamento di durata biennale;
- valutazione dell'inserimento/addestramento del personale neoassunto.

Gli obiettivi specifici per la formazione consistono nello sviluppare il patrimonio professionale presente in Azienda attraverso la produzione di eventi coerenti con i piani ECM e l'adozione di piani formativi a supporto dello sviluppo strategico aziendale, della riduzione del rischio e dell'adozione di buone pratiche professionali, della soddisfazione dell'utenza, della ricerca e innovazione. Il Piano aziendale di formazione (PAF) è un documento di indirizzo per la progettazione degli eventi formativi e si richiama fortemente all'utilizzo mirato delle risorse definendone i processi. Obiettivo formativo prioritario dell'Azienda è rafforzare l'integrazione dei professionisti che concorrono allo stesso obiettivo. I corsi organizzati nel 2006 sono stati 852, gli allievi 14.297, i docenti 1.895, per un totale di 16.192 operatori,

Formazione

di cui 11.746 dell'Azienda e 4.446 esterni. L'Azienda collabora con l'Università per i Corsi di laurea in infermieristica, con 240 *tutor* aziendali, 25 operatori incaricati di docenza (per 510 ore), 6 coordinatori didattici/*tutor* a tempo pieno.

Vengono infine richiamate le aree tematiche trattate e corsi/seminari organizzati, con rinvio al sito <http://www.risorse-intangibili.it>.

La gestione delle operazioni amministrative e contabili è stata informatizzata con l'ausilio di due diverse procedure: il Jobtime per il rilevamento e la gestione delle informazioni sullo stato giuridico del personale, e l'AS400 per la gestione degli stipendi. Una linea di sviluppo prevede l'adozione di un modulo informatico che gestisca le nuove funzioni: formazione a distanza, valutazione del personale, *budget* economico del personale, dati contabili per le dichiarazioni agli istituti nazionali e la consegna del cedolino dello stipendio ed eventuali comunicazioni al domicilio del dipendente sempre per via telematica (portale del dipendente).

Sistema informativo

Per quanto attiene alla struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze, obiettivo specifico per l'Azienda è creare un ambiente aperto alla negoziazione come sistema necessario per la riflessione sulla qualità dei processi aziendali. Il confronto con le OOSS si articola nelle materie indicate dai Contratti di lavoro seguendo le modalità previste: contrattazione collettiva integrativa, concertazione, informazione, consultazione/partecipazione. I conflitti derivanti da rapporti di lavoro sono oggetto di tentativo di conciliazione davanti al Collegio di conciliazione. Nel 2005 sono pervenute 22 richieste di tentativo di conciliazione e ne sono state conciliate 9.

Sistema di relazioni
tra Azienda e
personale

Per la valorizzazione dei suggerimenti degli operatori sulla revisione organizzativa, è stata istituita dall'Azienda la Conferenza di organizzazione come momento di confronto tra professionisti appartenenti al Dipartimento, aperta ai contributi delle organizzazioni sindacali e delle rappresentanze dei cittadini, finalizzata ad evidenziare priorità clinico-organizzative e a costruire schemi di riferimento comuni.

Il Circolo ricreativo aziendale, nato per iniziativa dei lavoratori dell'Azienda come cooperativa trent'anni fa, promuove attività ricreative e culturali, attività sportive, convenzioni con esercizi commerciali e viaggi organizzati, sconti sull'acquisto dei libri di testo per i corsi con figli in età scolare. L'Azienda ha sottoscritto con le organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza i regolamenti per l'accesso al *part time*, di cui il Bilancio di missione 2006 richiama i rispettivi contenuti.

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Il patto di solidarietà per la salute chiede un nuovo dialogo con il cittadino che sappia tradurre la voce degli utenti in impegni e sviluppo di strategie. Comunicare bene significa ascoltare, informare, promuovere scelte e stili di vita consapevoli, favorire alleanze e relazioni, ma anche motivare, sviluppare senso di appartenenza e condivisione di valori, favorire la realizzazione professionale e la partecipazione attiva a obiettivi, programmi e risultati aziendali.

Fatta questa premessa, il BdM illustra i contenuti dei documenti annuali di pianificazione e verifica delle attività di informazione/comunicazione: del Piano di comunicazione, che individua progetti, azioni e strumenti a supporto degli obiettivi strategici aziendali e nel più ampio contesto regionale), e del Dossier con l'analisi della comunicazione in uscita (attività realizzate) e in entrata (ascolto).

Nella comunicazione per le scelte di interesse per la comunità, proseguendo l'esperienza degli anni precedenti di sviluppo di programmi di educazione alla salute, l'Azienda USL di Rimini - nell'ambito del progetto regionale Sperimentare nuove modalità di integrazione dei Servizi sanitari e sociali rivolti agli adolescenti - ha predisposto il catalogo delle attività di promozione e informazione per la salute rivolte al mondo della scuola (insegnanti e allievi). Con l'obiettivo di valorizzare con azioni specifiche le eccellenze (la buona qualità), l'Azienda ha realizzato numerose iniziative attraverso comunicati stampa, articoli redazionali, conferenze stampa, manifestazioni pubbliche, iniziative congiunte in *partnership* con il volontariato sociale, editoriali e rubriche, partecipazione a manifestazioni fieristiche/espositive, videodocumentari, CD e DVD multimediali, presentazioni in Power point, comunicazione *on line*: portale, *newsletter*, *mailing list* e utilizzo della multicanalità.

Al fine di promuovere l'innovazione e creare climi positivi, le azioni dell'Azienda hanno riguardato:

- attivazione di reti interne di referenti (per la formazione, la qualità, la comunicazione, l'informazione, la gestione reclami, la *privacy*, la sicurezza e la gestione del rischio),
- circoli e gruppi di discussione (*forum* e *mailing list*),
- rassegna stampa quotidiana,
- redazione da parte dell'URP di 5 elenchi telefonici, compreso uno per non vedenti,
- *Guida per il neo assunto*,
- pubblicazione *Rimincuore. Guida al servizio per le emergenze cardiologiche*,



Comunicazione per le scelte di interesse della comunità

Comunicazione interna e tra professionisti

- gestione delle emergenze sanitarie, che si avvale di *task force* e di procedure codificate, dei *media* e di vari mezzi di comunicazione.

Il Bilancio di missione richiama poi il programma di *audit* civico promosso in collaborazione con Cittadinanzattiva; l'Osservatorio sulla motivazione e realizzazione professionale, promosso dalla Direzione assistenziale come spazio dove affrontare eventuali disagi lavorativi; il processo di *budgeting* come esperienza di sviluppo professionale per gli operatori coinvolti nel lavoro di programmazione, negoziazione, gestione e verifica; il Progetto Retecentri "consolidato sistema di lavoro di interazione a rete" tra centri e strutture residenziali e semi-residenziali che operano nel territorio per l'assistenza e la riabilitazione dei soggetti fragili; la comunicazione tra professionisti. Nel 2005 è partita la collana editoriale Strumenti per la medicina generale. Il portale *web* dei MMG è la casa virtuale dei professionisti medici e pediatri di famiglia. La *newsletter Comunicando* è il periodico inviato per posta elettronica a oltre 2.000 destinatari.

Rimini è tra le Aziende sperimentatrici del progetto SOLE (*SanitàOnLine*). LABONLINE è lo strumento *on line* consultabile nel portale aziendale e in quello dei MMG per affrontare tematiche e condividere l'appropriatezza nella prescrizione degli esami di laboratorio; è uno strumento di supporto al clinico che avvicina e consente il dialogo interspecialistico tra medici prescrittori e medici di patologia clinica e di laboratorio.

Ricerca e innovazione

Nel 2006 l'Azienda ha teso a consolidare l'infrastruttura locale allo scopo di rafforzare la capacità di produrre ricerca e gestire l'attività di ricerca e innovazione come funzione istituzionale. È proseguita l'attività del Settore come struttura di supporto alla ricerca presso l'UO qualità e accreditamento, il sostegno alle sperimentazioni cliniche, lo sviluppo di metodi, strumenti e tecniche per sostenere la funzione all'interno del Collegio di Direzione, con la costituzione a tal fine della Commissione per la qualità, la ricerca e l'innovazione. Il Settore ha favorito il collegamento con le altre Aziende sanitarie e le strutture regionali, collaborando ai programmi e partecipando ai gruppi di progetto. Nel 2006 sono stati attivati 44 studi clinici. È stata modificata la pagina *web* Ricerca e innovazione con l'aggiornamento del *database* condiviso per la raccolta sistematizzata delle pubblicazioni su riviste e monografie prodotte dagli operatori aziendali. L'Azienda ha posto infine particolare attenzione alla diffusione della cultura relativa alla ricerca e alla conseguente formazione, attraverso la realizzazione nel 2006 di sei corsi accreditati ECM sulla metodologia della ricerca, la pubblicazione ASRI con il censimento dei progetti e delle pubblicazioni prodotti nel 2005-2006, l'organizzazione di un convegno, il sito *web* aziendale per la sezione relativa alla ricerca e innovazione, gli osservatori dei progetti di ricerca e delle

pubblicazioni. L'Azienda ha avviato anche un'indagine sul coinvolgimento degli operatori appartenenti a cinque Unità operative nelle attività di ricerca con l'intento di creare una rete di operatori sanitari che si occupino di ricerca e lavorino in modo integrato.

Va segnalata l'istituzione del Premio per la ricerca e l'innovazione, per ricerche spontanee dell'Azienda di Rimini (delibera aziendale 456/2006), la cui finalità è contribuire al progresso delle conoscenze grazie alla ricerca scientifica e alle sperimentazioni cliniche senza fini di lucro per il miglioramento dei processi assistenziali e per valorizzare le risorse umane professionali degli operatori. Nel 2006 sono stati premiati tre progetti aziendali e una menzione speciale è andata ad altri due progetti.

Nel corso del 2006 l'Azienda ha proseguito nelle azioni di facilitazione dell'accesso alle conoscenze e alle competenze per il corretto utilizzo dell'informazione scientifica, organizzando il Servizio documentazione biomedica aziendale, anche attraverso la creazione del Gruppo aziendale per la documentazione biomedica. Sono stati organizzati due corsi a catalogo sulle modalità di accesso alle risorse aziendali di documentazione. Viene riportato il quadro dell'utilizzo per singola tipologia di informazione.

Per la valorizzazione del ruolo del Comitato etico l'Azienda ha creato una pagina *web* dedicata, in cui sono contenute le informazioni relative alla documentazione da presentare al CE per l'approvazione di studi sperimentali o osservazionali.

Parte II.

Aspetti di contesto e di profilo delle Aziende USL della regione

Condizioni di contesto

Le Aziende sanitarie si rapportano con un loro contesto di riferimento che è variamente caratterizzato da una pluralità di aspetti, alcuni dei quali incidono in modo significativo sulle condizioni di salute della popolazione.

La loro attività è infatti influenzata da molteplici elementi territoriali che, nel tempo:

- non si modificano, come le caratteristiche oro-idrografiche;
- si modificano lentamente, come le reti viaria, ferroviaria e dei collegamenti in genere;
- si modificano più o meno rapidamente, come le dinamiche demografiche e le caratteristiche epidemiologiche, le condizioni socio-economiche.

Esiste quindi una relazione importante fra gli elementi che caratterizzano il contesto di riferimento di un'Azienda sanitaria e la sua attività istituzionale, in quanto sono molteplici gli aspetti che essa deve assumere come co-determinanti delle condizioni di salute della sua popolazione.

Nel Bilancio di missione il contesto di riferimento è dunque teso a cogliere caratteristiche e aspetti che connotano gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie, così da tratteggiare lo sfondo sul quale esse agiscono e rispetto al quale si rapportano.

Pur in presenza di una significativa omogeneità sul territorio regionale non mancano infatti specificità importanti che è apparso necessario esplicitare al fine di apprezzare scelte programmatiche, attività e consumi, obiettivi e risultati illustrati nei Bilanci di missione delle singole Aziende.

Attraverso i grafici proposti in questa parte del documento si mettono in evidenza le situazioni delle undici Aziende per ognuno dei fenomeni osservati, cogliendone in tal modo le caratteristiche peculiari.

L'illustrazione dei diversi fenomeni viene resa attraverso grafici di varia natura: accanto ai consueti grafici a barre (orizzontali o verticali e di composizione), a istogrammi e a grafici di *trend*, si è fatto ricorso a particolari grafici a dispersione (matrici di posizionamento) in grado di cogliere, di un medesimo fenomeno, due aspetti, rappresentati rispettivamente in orizzontale e in verticale dalla consistenza del fenomeno e dalla sua variazione nel tempo (come per esempio nel *Grafico 2*). Le Aziende sono rappresentate da un punto; il loro posizionamento si può leggere intorno ai valori medi regionali (segnalati con linee che tagliano gli assi orizzontale e verticale). Il diagramma cartesiano si può

in tal modo distinguere in quattro quadranti: il primo (in alto a destra) evidenzia valori di stato superiori a quello regionale e una velocità nell'evoluzione del fenomeno maggiore della media; il secondo (in alto a sinistra) esprime valori di stato inferiori a quello regionale e una velocità nell'evoluzione del fenomeno maggiore della media: le Aziende che vi si collocano mostrano un tendenziale avvicinamento alla realtà regionale; il terzo (in basso a sinistra) ha significato opposto al primo e così il quarto (in basso a destra) rispetto al secondo.

1. Territorio

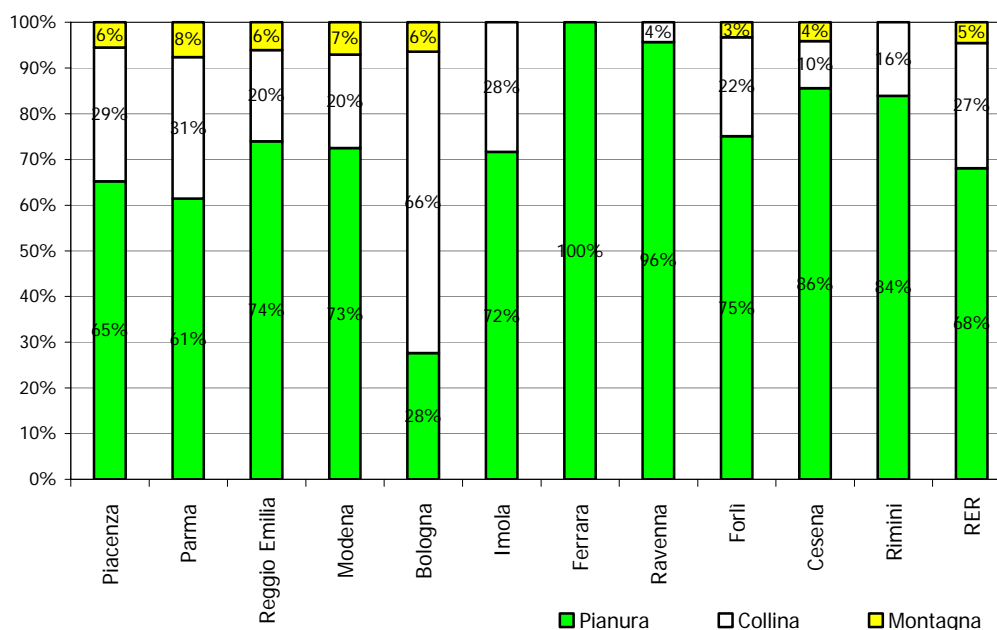
Le linee guida regionali per l'elaborazione dei Bilanci di missione hanno selezionato due aspetti ritenuti rilevanti:

- le caratteristiche geo-politiche, per cogliere differenze che possono incidere sui flussi di mobilità sanitaria;
- la distribuzione della popolazione, per cogliere differenze che possono influire sulle modalità di organizzazione dei servizi.

Qui vengono riportati dati relativi alla popolazione e più precisamente: distribuzione per zone altimetriche, densità per Km² e suo andamento negli anni, concentrazione e sua distribuzione nei comuni della provincia di riferimento.

Ferrara è l'unica Azienda interamente di pianura. Bologna è quella con la più alta percentuale di popolazione residente in collina (dato che si spiega con la collocazione altimetrica di Bologna città). Parma è invece l'Azienda con la più alta percentuale di popolazione residente in montagna.

Grafico 1. Popolazione residente nei territori delle Aziende USL all'1/1/2006 per zone altimetriche



Rimini è l'Azienda con la più alta densità di popolazione per Km² mentre Piacenza è quella con la densità inferiore. Reggio Emilia è l'Azienda che ha registrato la variazione più consistente fra il 1996 e il 2006 nella densità della popolazione per Km², mentre Ferrara è quella che ha registrato la variazione minore (*Grafico 2*).

La popolazione dell'Emilia-Romagna all'1/1/2006 risiede per il 24,9% negli 85 comuni con più di 10.000 abitanti, per il 49,3% nei 168 comuni della fascia 3.000-10.000 abitanti, per il 20,5% nei 70 comuni della fascia 1.000-3.000, per il 5,3% nei 18 comuni con meno di 1.000 abitanti (*Grafico 3*).

Piacenza è l'Azienda con la minore concentrazione della popolazione sul territorio: solo il 49% risiede in centri con più di 10.000 abitanti e l'87% (contro il 96% medio regionale) in centri con più di 3.000 abitanti. Ravenna è l'Azienda con la maggiore concentrazione (81,8%) della popolazione in centri con oltre 10.000 abitanti e Reggio Emilia (98,6%) in centri con oltre 3.000 abitanti (*Grafico 4*).

Grafico 2. Densità della popolazione residente nei territori delle Aziende USL all'1/1/2006 e variazioni nel periodo 1999-2006

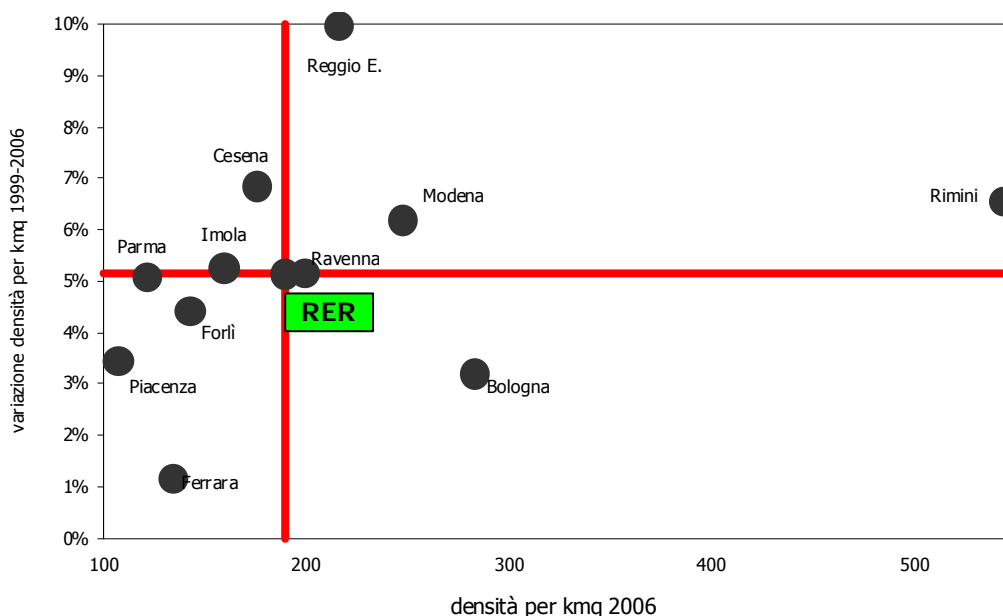


Grafico 3. Popolazione all'1/1/2006 per dimensioni del comune di residenza, con indicazione del numero di comuni per ogni fascia di popolosità (Aziende USL)

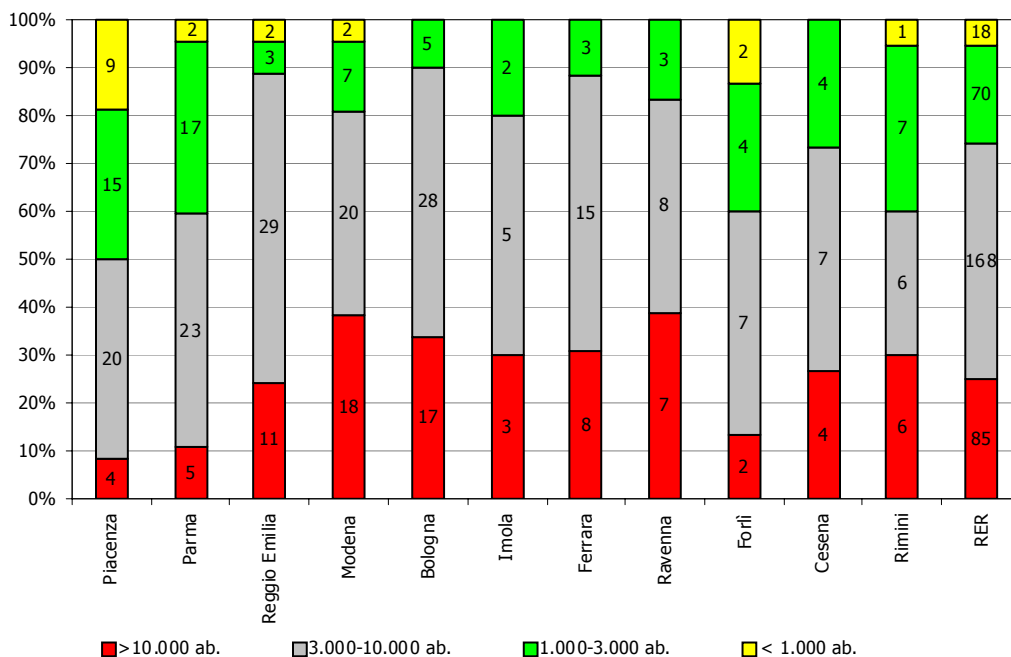
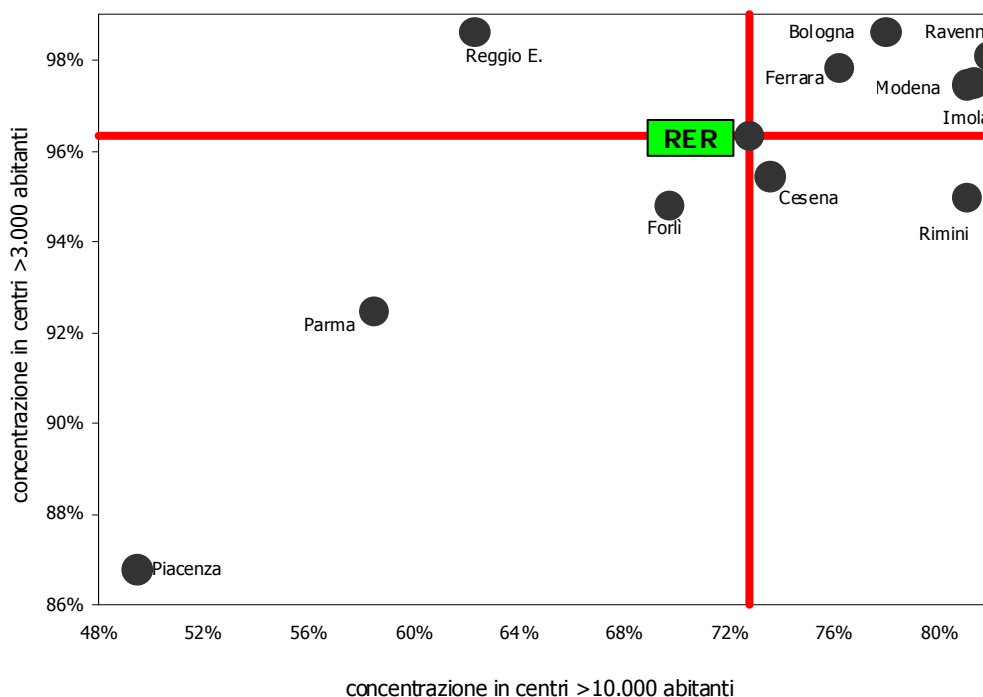


Grafico 4. Concentrazione della popolazione residente all'1/1/2006 in centri con più di 10.000 e di 3.000 abitanti (Aziende USL)



2. Ambiente

La salubrità (o insalubrità) dell'ambiente è certamente un fattore determinante per le condizioni di salute della popolazione. Poiché è oggi riconosciuta l'associazione che lega il livello di inquinamento atmosferico con numerose patologie dagli effetti acuti e cronici, sono stati selezionati gli indicatori relativi alla concentrazione di PM_{10} , riconosciuta come rischio accertato per la salute. Essi indicano la percentuale di giornate/anno in cui il PM_{10} , insieme di polveri inquinanti solide e liquide altamente nocive per l'uomo, supera nei centri urbani i limiti di tollerabilità fissati dalla legge:

- $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ per la normativa nazionale attualmente in vigore (*Grafico 5*);
- $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ per i nuovi limiti previsti dalla normativa UE in vigore dal 2010 (*Grafico 6*).

Va tenuto presente che il superamento è considerato dalla normativa tollerabile fino a 35 giornate l'anno.

Grafico 5. Percentuale di giornate/anno con valori di PM_{10} oltre il limite in vigore di $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (province)

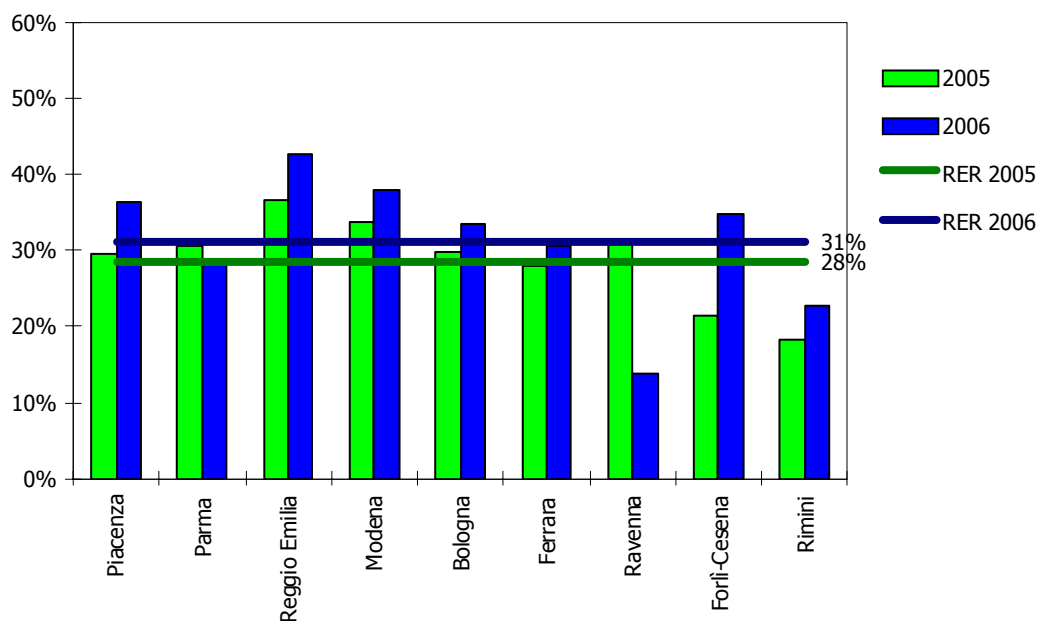
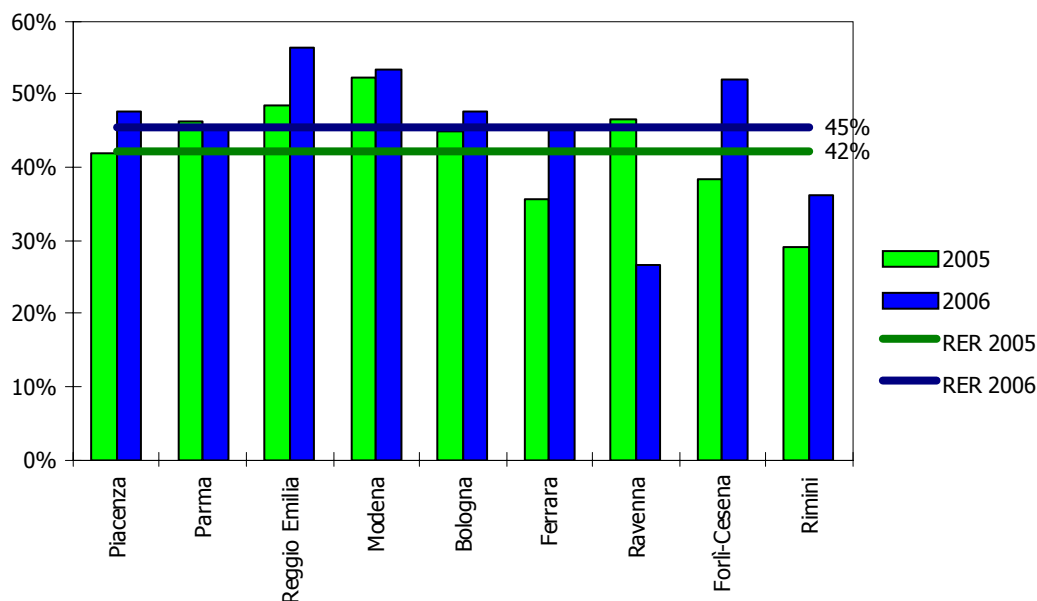


Grafico 6. Percentuale di giornate/anno con valori di PM₁₀ oltre il limite di 40 µg/m³ (province)



3. Popolazione

Le caratteristiche demografiche della popolazione residente e dei nuclei familiari, unitamente alle condizioni socio-economiche, incidono sui fabbisogni e sulla domanda di servizi da soddisfare, sulla definizione degli obiettivi aziendali e sui connessi processi di pianificazione e programmazione dell'attività.

La popolazione viene rappresentata nei principali aspetti che ne delineano la struttura, attraverso i seguenti indicatori:

- consistenza e variazione percentuale nel periodo 2000-2006 (*Tabella 1 e Grafico 7*);
- composizione per fasce d'età (piramidi per età, *Grafici 8 - 19*);
- composizione al 2006 e variazione percentuale nel periodo 2000-2006 della popolazione anziana (*Tabella 2 e Grafici 20 - 22*);
- incidenza delle famiglie unipersonali e percentuale di persone che vivono sole (*Grafici 23 e 24*);
- presenza di cittadini stranieri (*Grafici 25 e 26*);
- speranza di vita (*Grafici 27 e 28*);
- tasso di natalità (*Grafici 29 - 31*).

Tabella 1. Popolazione residente al 1° gennaio nei territori delle Aziende USL, per anno

| Azienda USL | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Piacenza | 266.265 | 267.164 | 268.004 | 268.312 | 270.934 | 273.705 | 275.947 |
| Parma | 397.073 | 399.990 | 402.330 | 404.722 | 407.754 | 413.182 | 416.832 |
| Reggio Emilia | 449.285 | 455.998 | 462.858 | 468.552 | 477.534 | 486.961 | 494.310 |
| Modena | 625.786 | 632.625 | 639.315 | 644.289 | 651.920 | 659.858 | 665.272 |
| Bologna | 798.505 | 802.260 | 806.024 | 805.937 | 812.330 | 820.219 | 824.502 |
| Imola | 118.608 | 119.712 | 120.774 | 121.883 | 122.777 | 124.060 | 125.094 |
| Ferrara | 348.651 | 347.558 | 347.084 | 346.826 | 347.582 | 349.777 | 351.463 |
| Ravenna | 350.645 | 352.236 | 354.162 | 356.903 | 360.750 | 365.367 | 369.425 |
| Forlì | 171.041 | 171.686 | 172.790 | 173.780 | 175.221 | 177.415 | 178.977 |
| Cesena | 183.433 | 184.943 | 186.601 | 188.438 | 191.283 | 193.857 | 195.693 |
| Rimini | 272.031 | 274.669 | 277.153 | 279.774 | 283.239 | 286.934 | 290.029 |
| <i>RER</i> | <i>3.981.323</i> | <i>4.008.841</i> | <i>4.037.095</i> | <i>4.059.416</i> | <i>4.101.324</i> | <i>4.151.335</i> | <i>4.187.544</i> |

Grafico 7. Variazione percentuale della popolazione residente nel periodo 1/1/2000 - 1/1/2006, con indicazione dell'aumento in valori assoluti (Aziende USL)

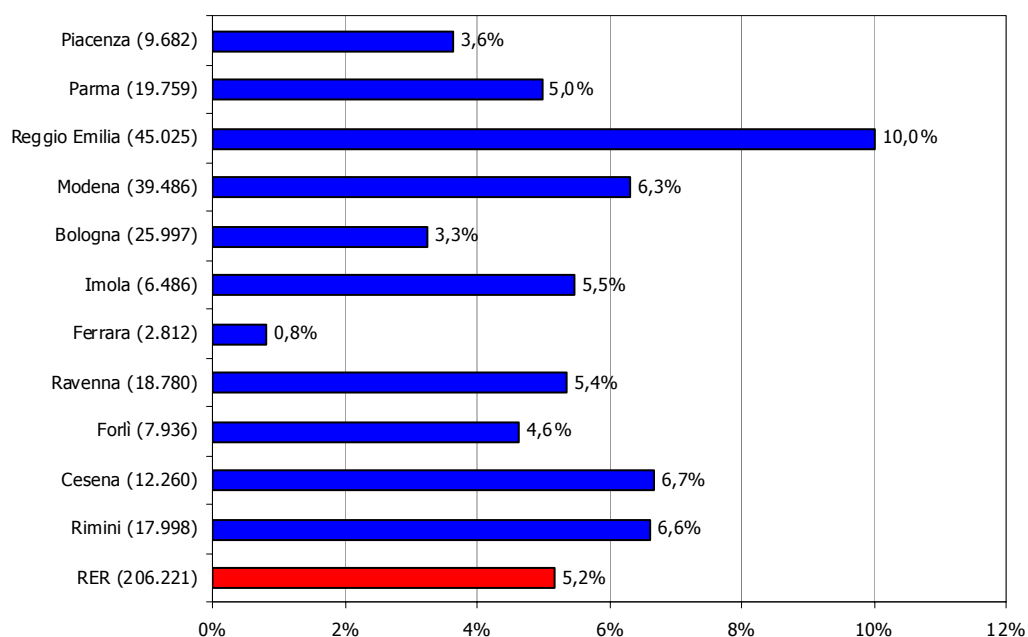


Grafico 8. Piramide per età della popolazione residente in Emilia-Romagna all'1/1/2006

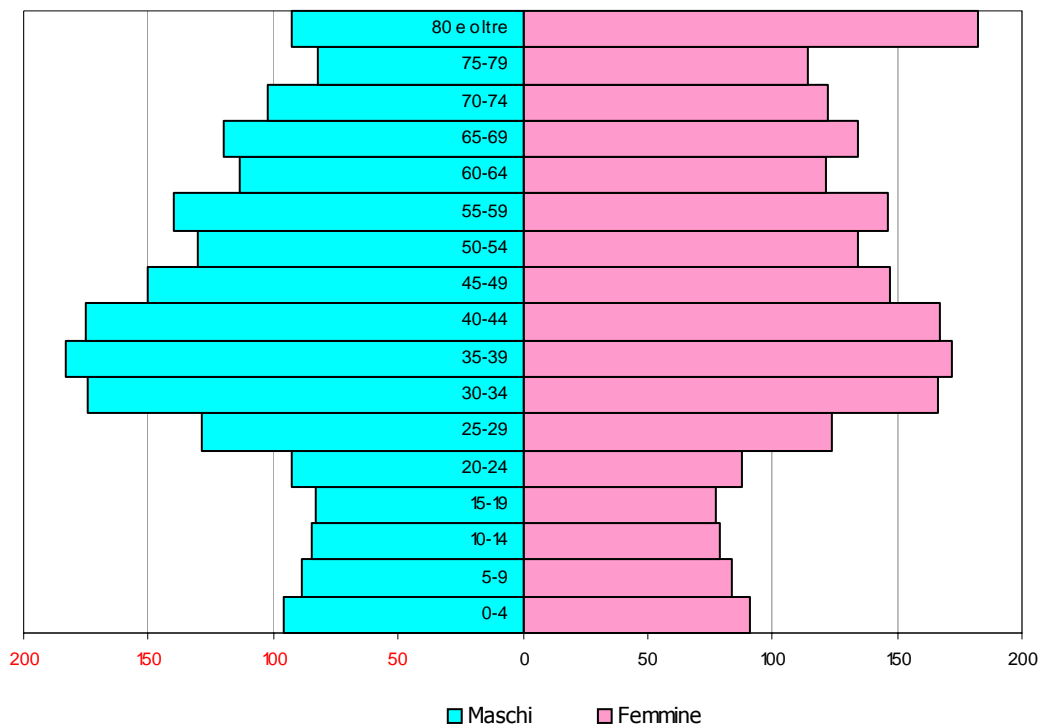


Grafico 9. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Piacenza all'1/1/2006

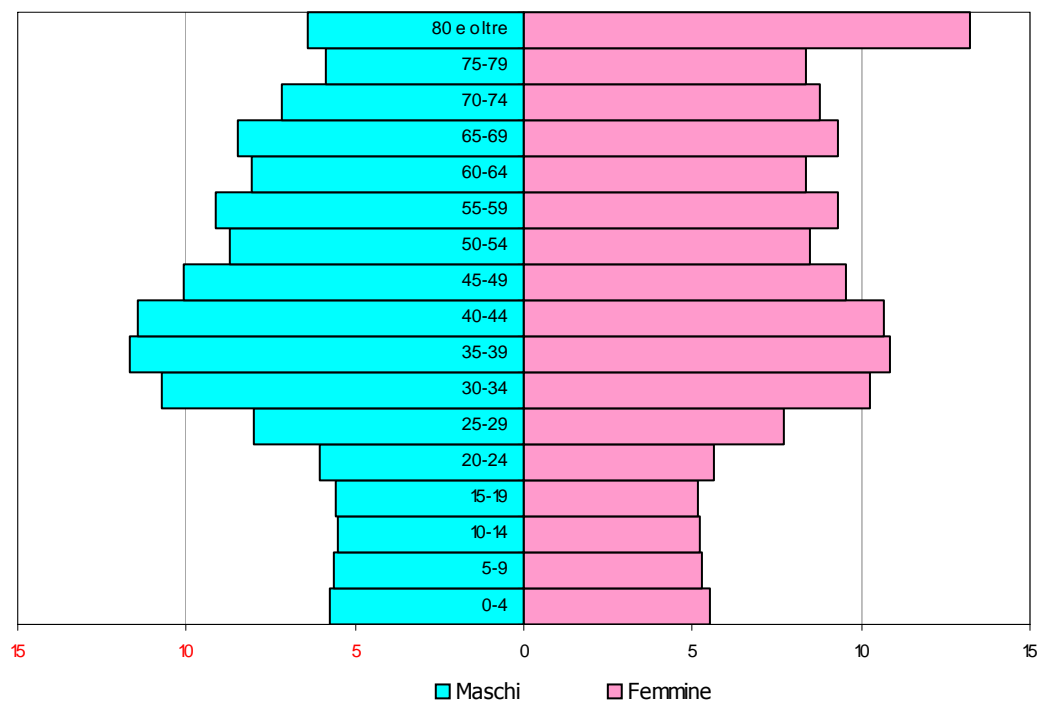


Grafico 10. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Parma all'1/1/2006

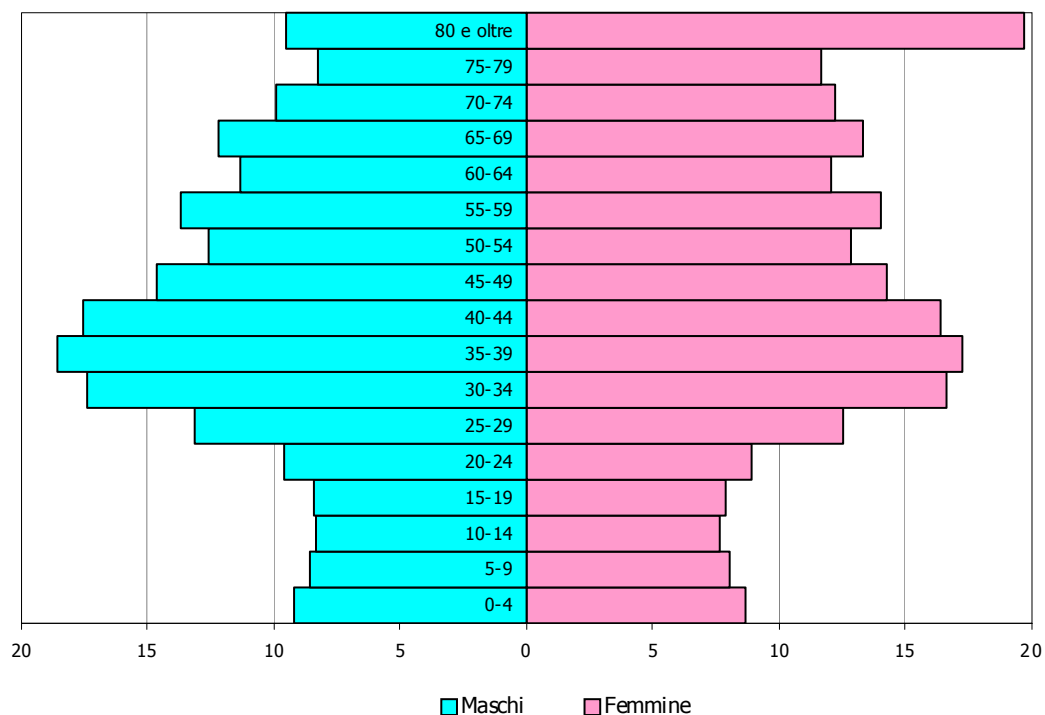


Grafico 11. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Reggio Emilia all'1/1/2006

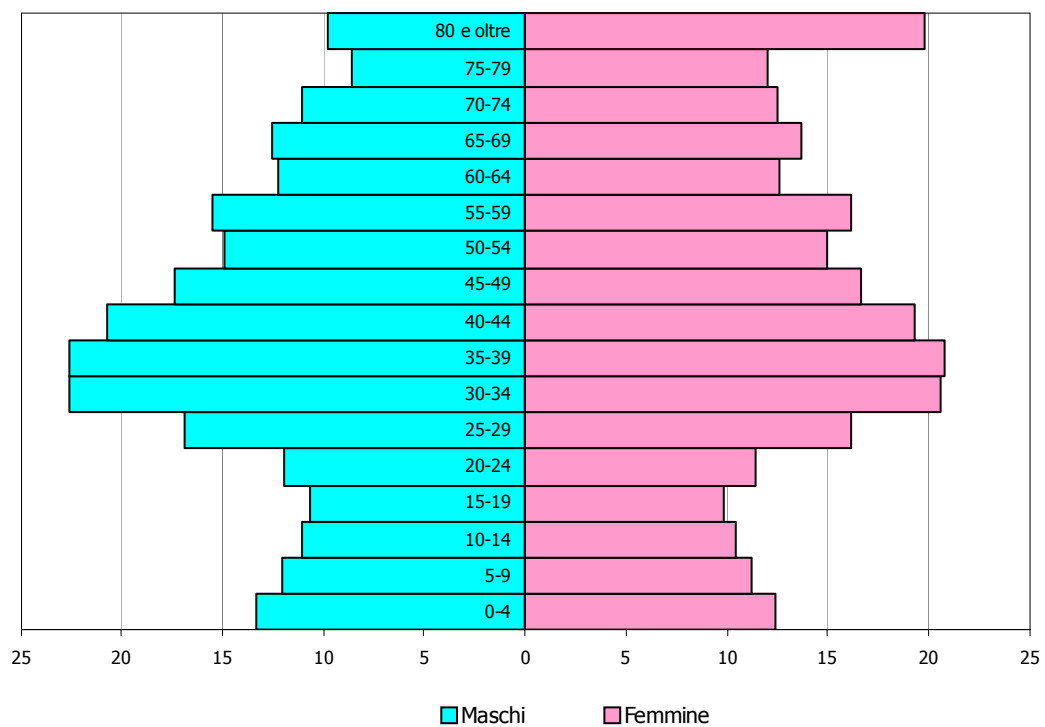


Grafico 12. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Modena all'1/1/2006

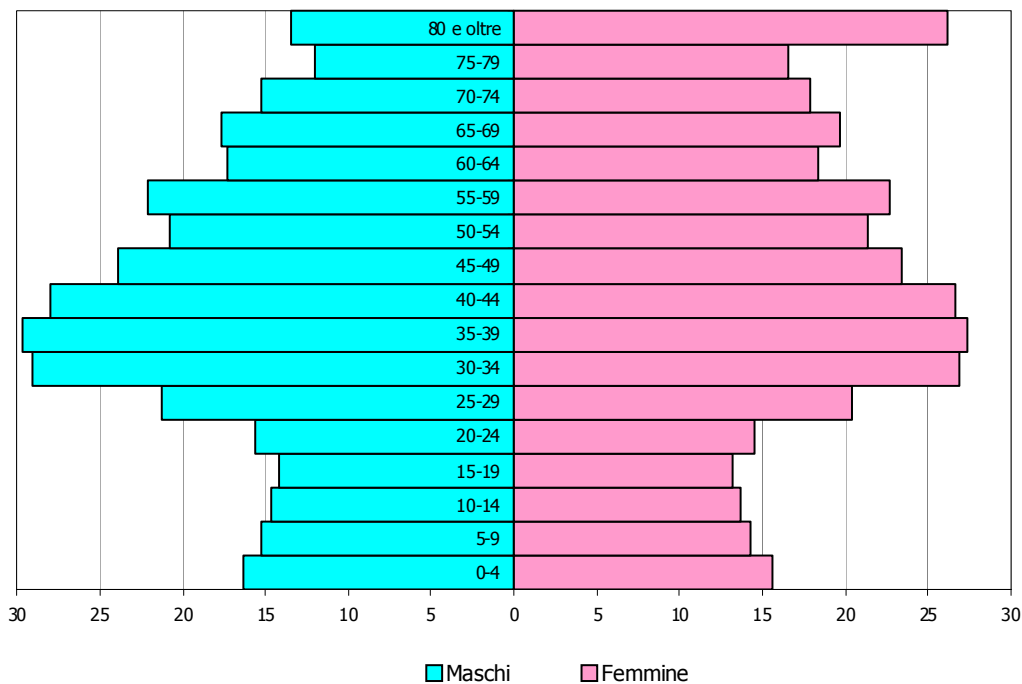


Grafico 13. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Bologna all'1/1/2006

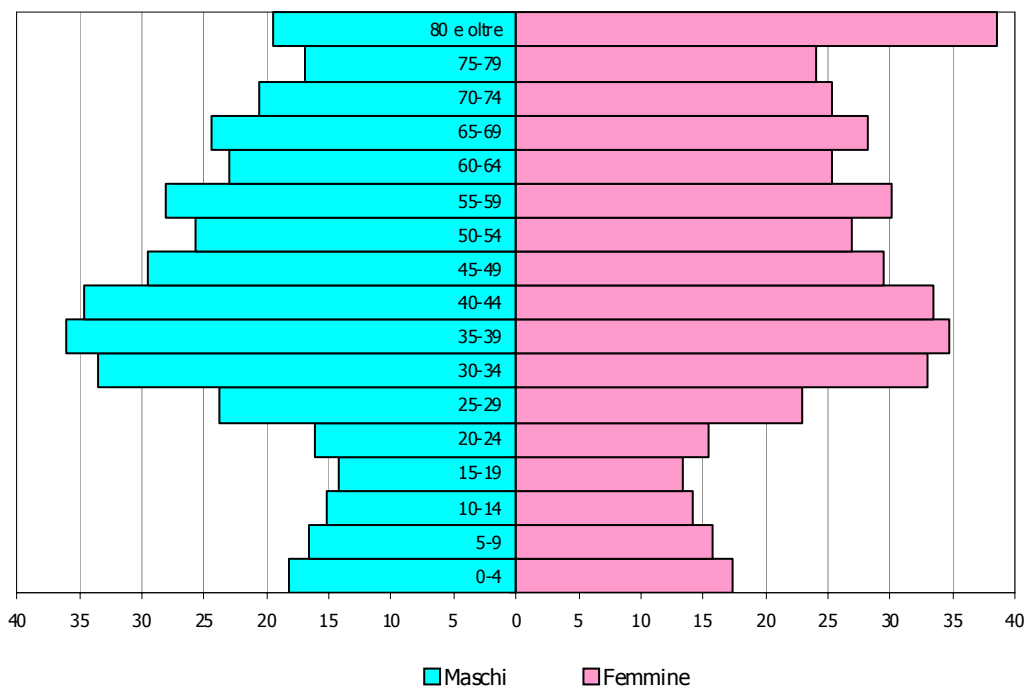


Grafico 14. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Imola all'1/1/2006

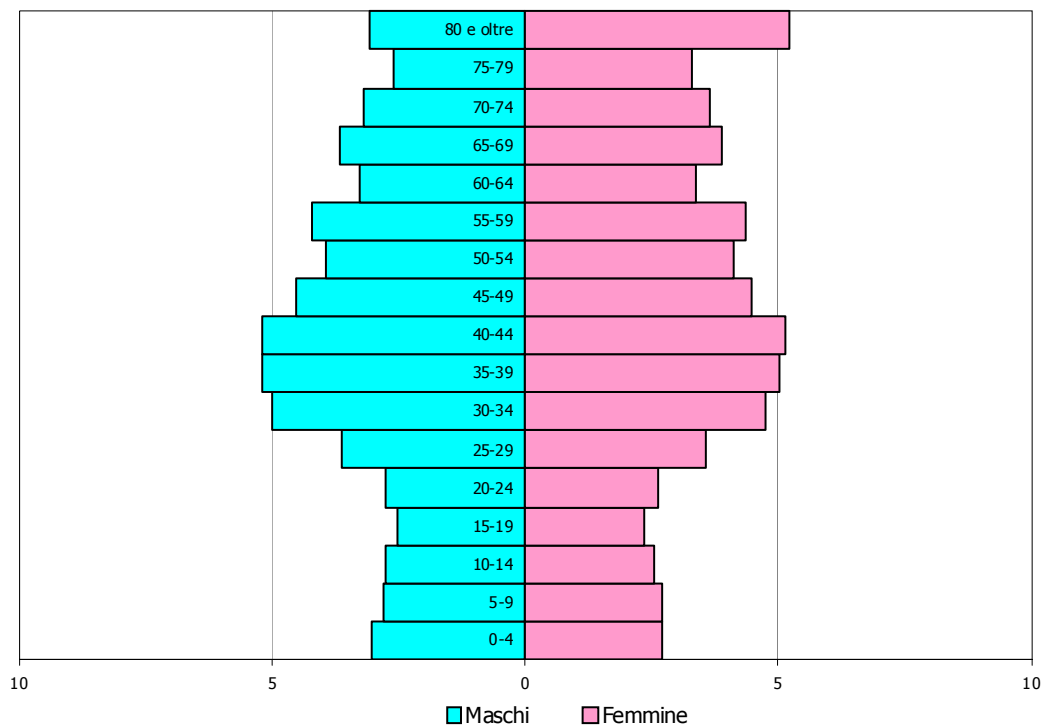


Grafico 15. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Ferrara all'1/1/2006

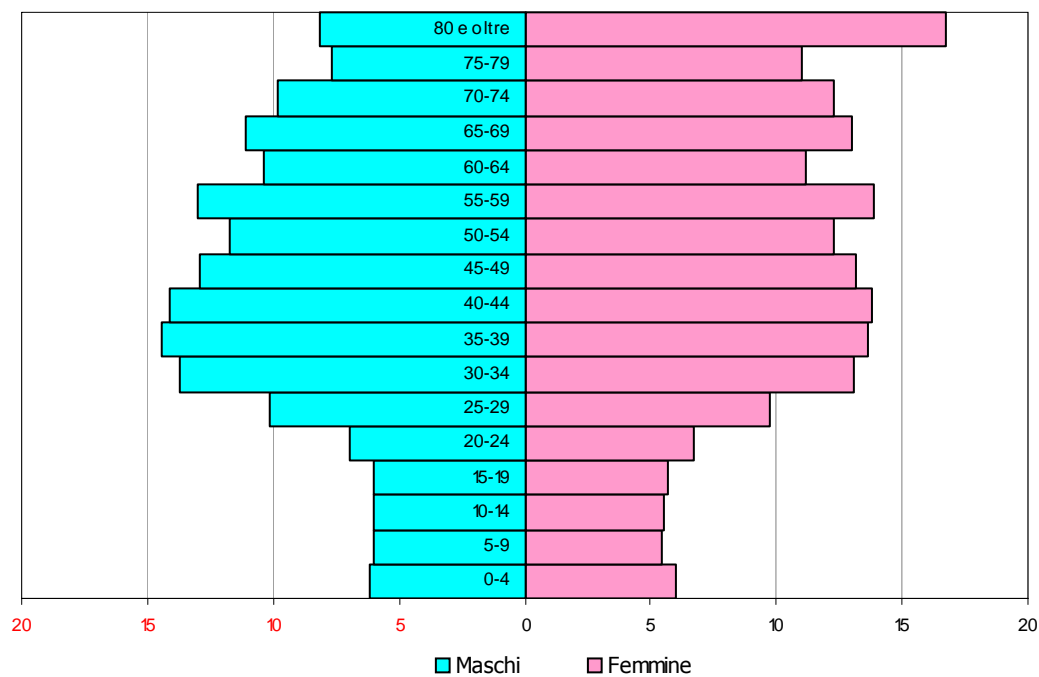


Grafico 16. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Ravenna all'1/1/2006

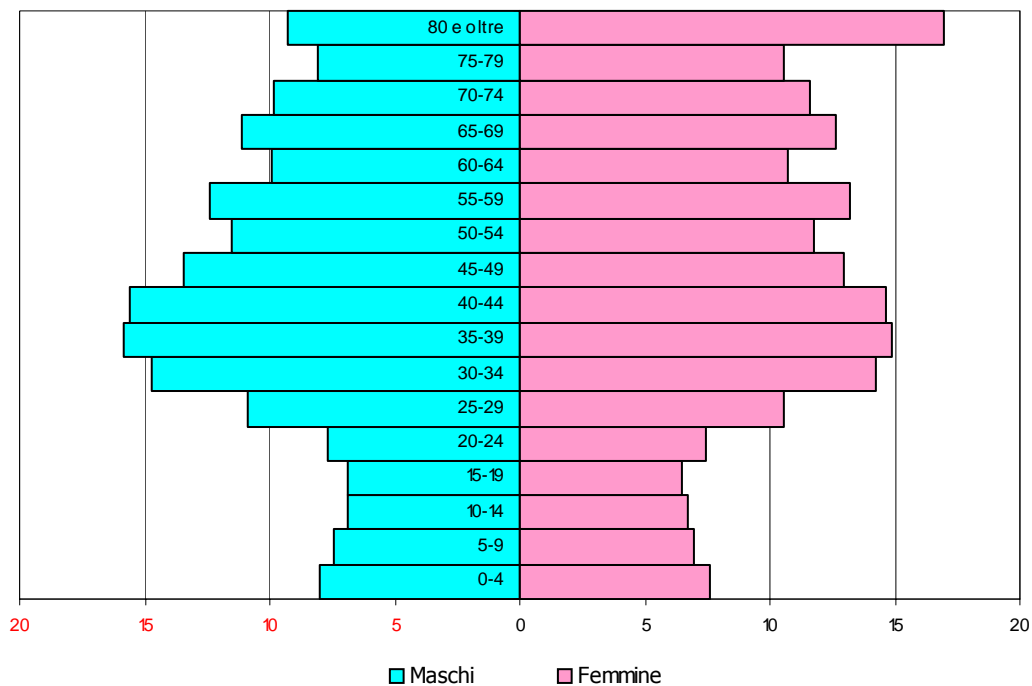


Grafico 17. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Forlì all'1/1/2006

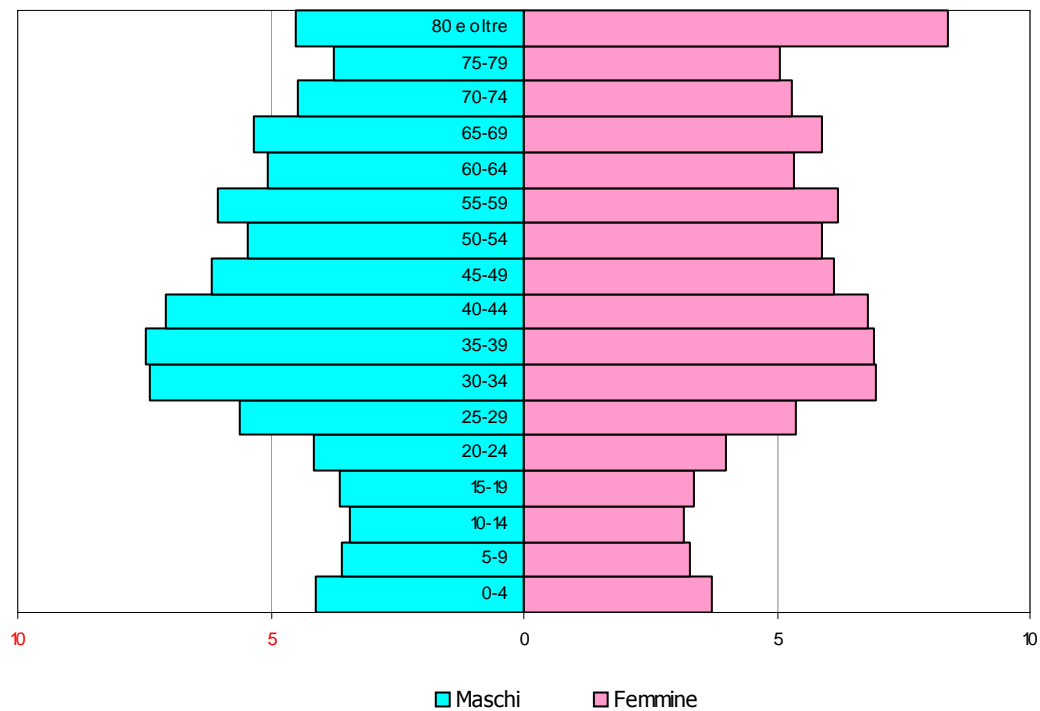


Grafico 18. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Cesena all'1/1/2006

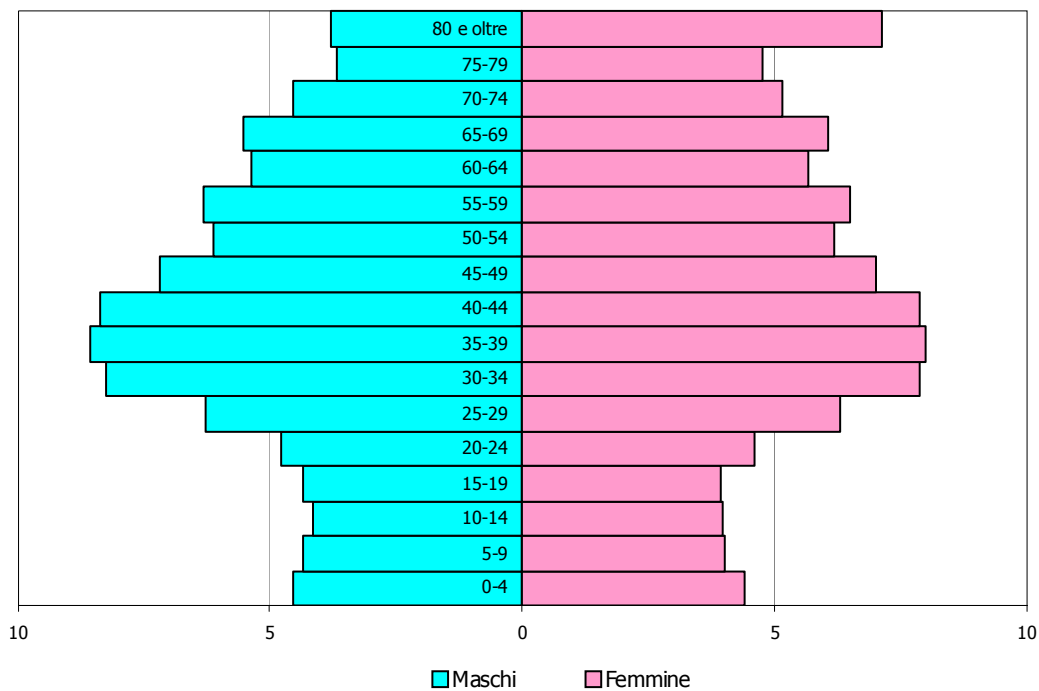


Grafico 19. Piramide per età della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Rimini all'1/1/2006

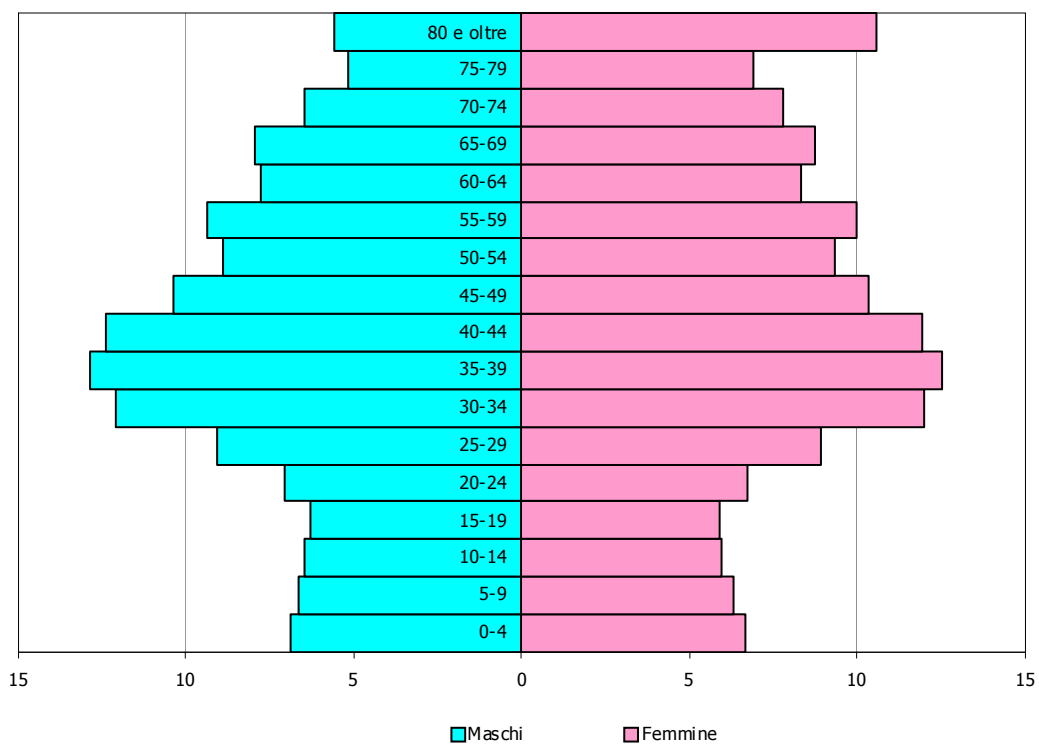


Tabella 2. Popolazione ultrasessantacinquenne residente nei territori delle Aziende USL per fasce d'età all'1/1/2006

| Azienda USL | 65-74 anni | 75-84 anni | 85 anni e più | totale ultra- 65enni | popolaz. residente | ultra-65/ pop. resid. |
|---------------|----------------|----------------|------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Piacenza | 33.696 | 25.188 | 8.675 | 67.559 | 275.947 | 24,5% |
| Parma | 47.574 | 36.340 | 12.817 | 96.731 | 416.832 | 23,2% |
| Reggio Emilia | 49.813 | 37.499 | 12.607 | 99.919 | 494.310 | 20,2% |
| Modena | 70.478 | 51.271 | 16.915 | 138.664 | 665.272 | 20,8% |
| Bologna | 98.707 | 73.803 | 25.125 | 197.635 | 824.502 | 24,0% |
| Imola | 14.385 | 10.511 | 3.690 | 28.586 | 125.094 | 22,9% |
| Ferrara | 46.218 | 33.416 | 10.132 | 89.766 | 351.463 | 25,5% |
| Ravenna | 45.197 | 33.379 | 11.488 | 90.064 | 369.425 | 24,4% |
| Forlì | 20.967 | 16.065 | 5.626 | 42.658 | 178.977 | 23,8% |
| Cesena | 21.305 | 14.910 | 4.498 | 40.713 | 195.693 | 20,8% |
| Rimini | 30.896 | 21.479 | 6.733 | 59.108 | 290.029 | 20,4% |
| <i>RER</i> | <i>479.236</i> | <i>353.861</i> | <i>118.306</i> | <i>951.403</i> | <i>4.187.544</i> | <i>22,7%</i> |

Ferrara è l'Azienda con la più alta percentuale di ultrasessantacinquenni (25,5%) e Reggio Emilia quella con la percentuale più bassa (20,2%). Rimini è l'Azienda con la più alta variazione nel periodo (+14,8%) e Piacenza quella con la variazione inferiore (+5,9%) (*Grafico 20*).

Ferrara è l'Azienda con la più alta percentuale di ultrasessantacinquenni (12,4%) e Rimini quella con la percentuale più bassa (9,7%). Rimini è l'Azienda con la più alta variazione nel periodo (+22,3%) e Parma quella con la variazione inferiore (+11,3%) (*Grafico 21*).

Piacenza e Forlì sono le Aziende con la più alta percentuale di grandi anziani (3,14%); Cesena quella con la percentuale inferiore (2,3%). Imola è l'Azienda che nel periodo ha registrato la maggior variazione positiva (+15,35%) e Ravenna quella negativa (-3,11%) (*Grafico 22*).

Grafico 20. Percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne sulla popolazione residente e variazione nel periodo 2000-2006 (Aziende USL)

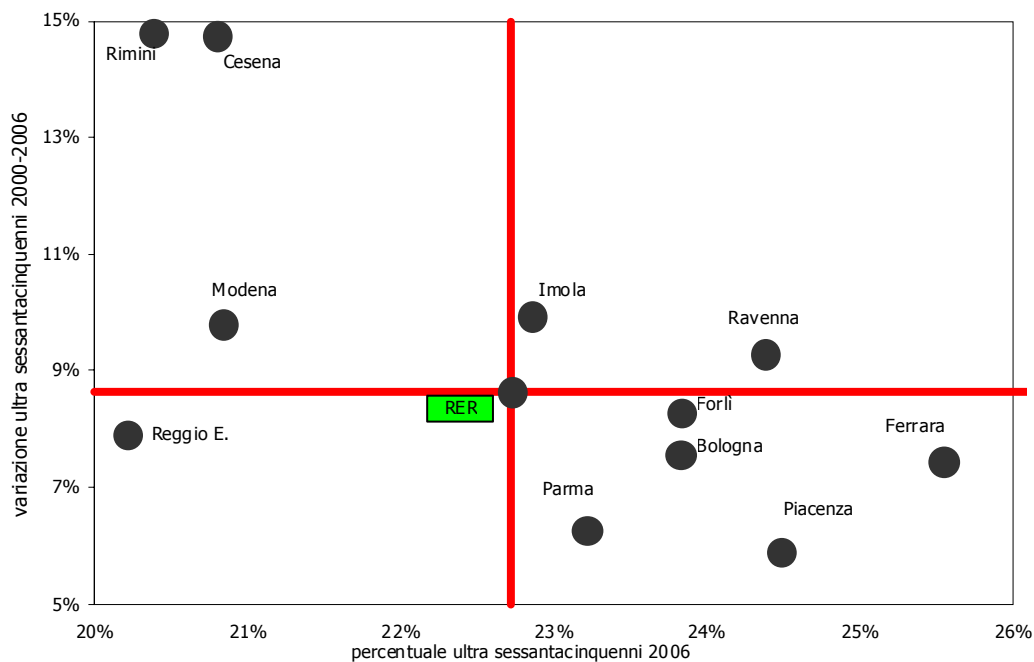


Grafico 21. Percentuale di popolazione ultrasettantacinquenne sulla popolazione residente e variazione nel periodo 2000-2006 (Aziende USL)

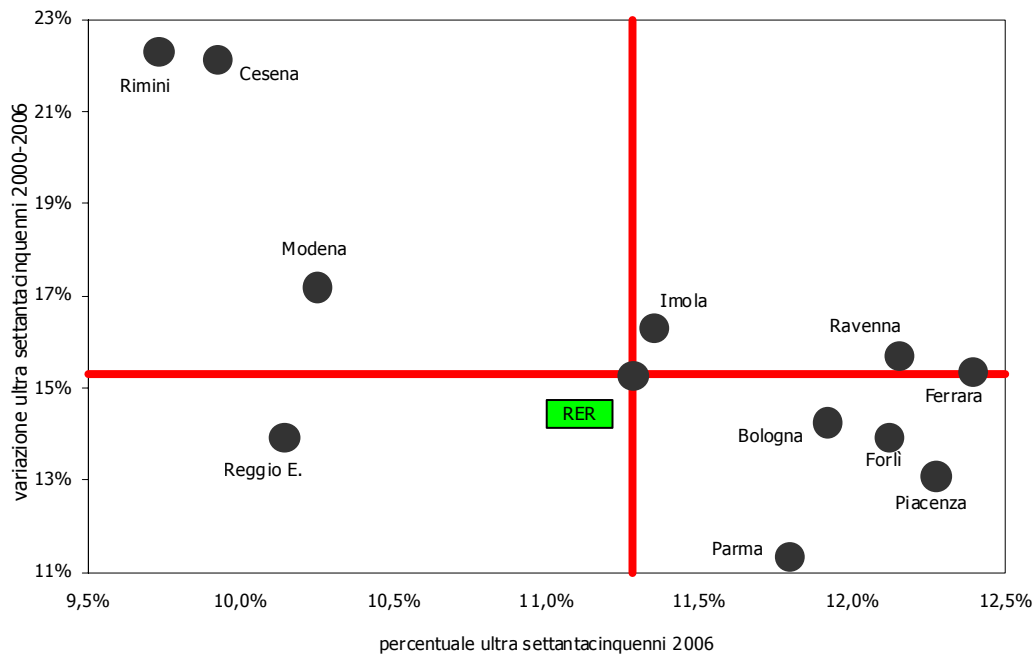
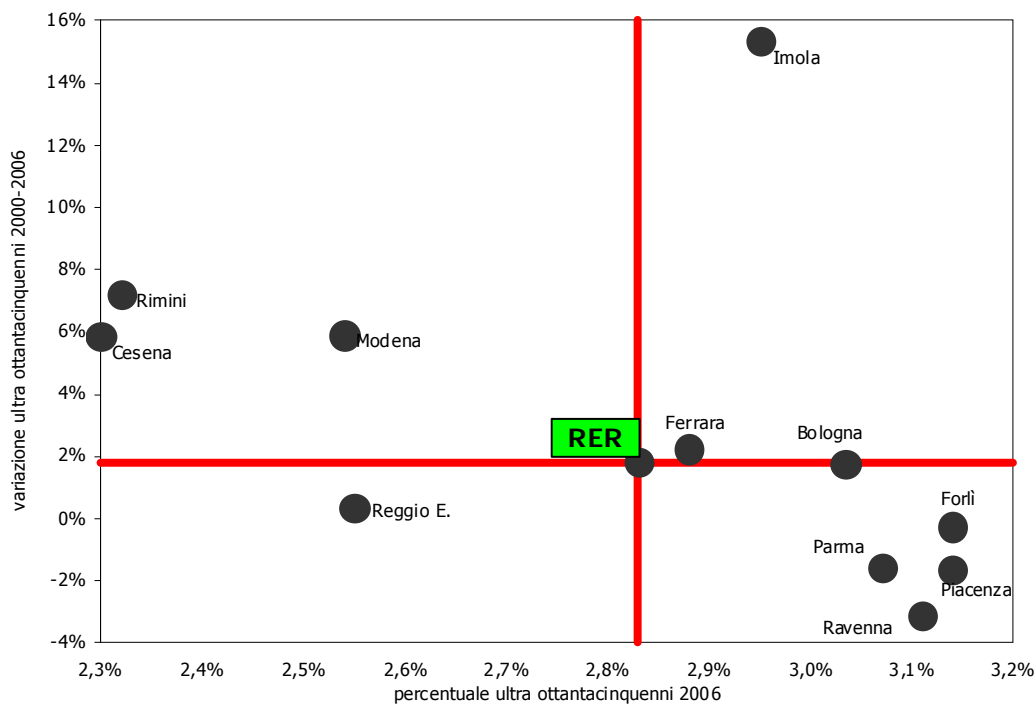


Grafico 22. Percentuale di popolazione ultraottantacinquenne sulla popolazione residente e variazione nel periodo 2000-2006 (Aziende USL)



Nel Grafico 23 si raffigurano due misure (algebricamente) dipendenti: la presenza di famiglie unipersonali e il numero medio di componenti per famiglia. Le due informazioni sono parzialmente complementari, tanto che il grafico evidenzia lo stretto rapporto esistente fra le due variabili rappresentate.

La percentuale di famiglie unipersonali influenza direttamente il numero medio di componenti per famiglia, come dimostrano Bologna e Cesena: la prima presenta la maggiore percentuale di famiglie unipersonali (31,9%) e il minor numero medio di componenti per famiglia (2,23), viceversa la seconda (22,7% e 2,62).

Come si evidenzia nel Grafico 24, Bologna è l'Azienda che, al Censimento 2001, registrava la più alta percentuale di persone che vivevano da sole sul totale della popolazione residente (14,3%) e Cesena quella con percentuale minore (8,7%).

Grafico 23. Percentuale di famiglie unipersonali sul totale delle famiglie residenti nei territori delle Aziende USL e numero medio di componenti delle famiglie (Censimento 2001)

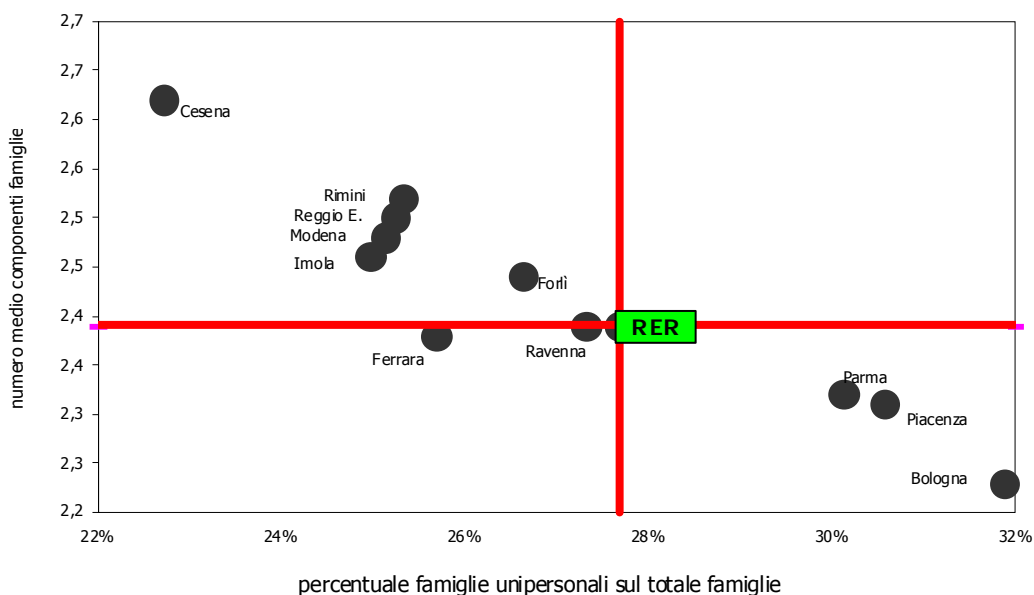
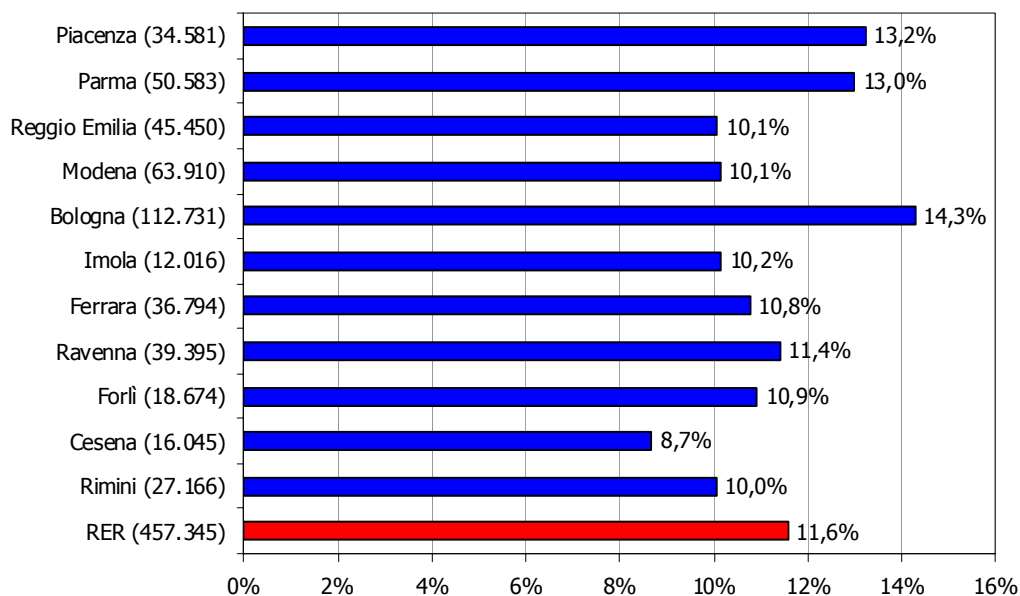


Grafico 24. Percentuale di persone che vivono da sole sul totale della popolazione residente nei territori delle Aziende USL (Censimento 2001)



Ferrara è l'Azienda che registra la più bassa percentuale di stranieri sulla popolazione residente (4,2%) ma è seconda solo a Modena (244,5%) per variazione nel numero di stranieri nel periodo considerato. Reggio Emilia è l'Azienda con la maggiore presenza di stranieri (9,3%); Bologna è quella dove sono aumentati meno (129,2%) (Grafico 25).

Nel Grafico 26 si rappresentano la variazione della popolazione totale e quella della popolazione senza il contributo degli stranieri. Il grafico evidenzia un apporto sostanziale degli stranieri alla variazione della popolazione, che senza la loro presenza registrerebbe nel periodo 2001-2006 un saldo negativo per la RER e in particolare per le province di Ferrara, Piacenza, Bologna, Modena e Parma.

Grafico 25. Percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente nelle province all'1/1/2006 e variazione nel periodo 1/1/2001-1/1/2006

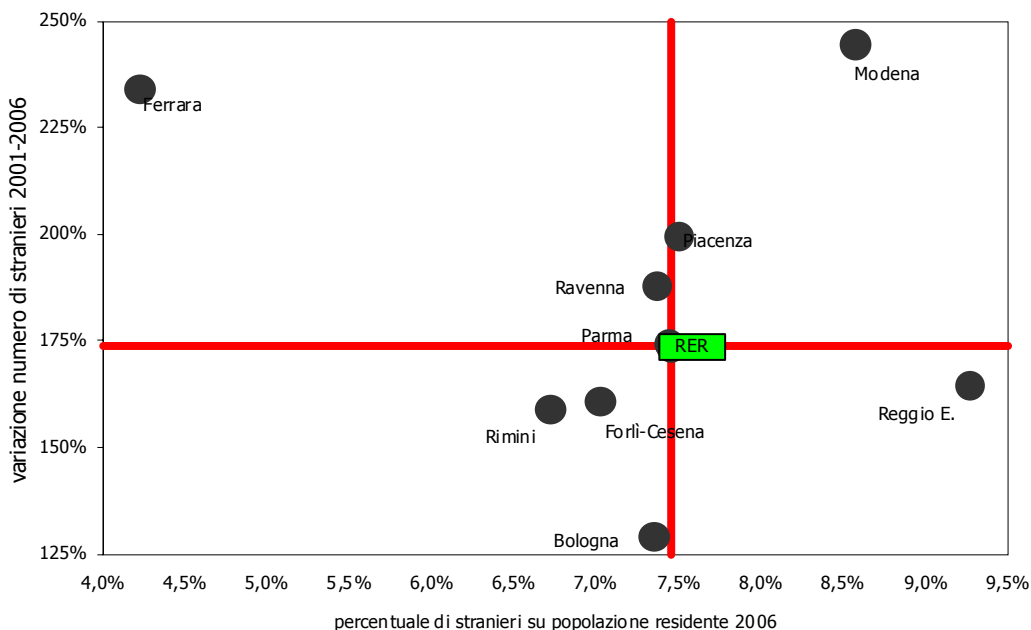
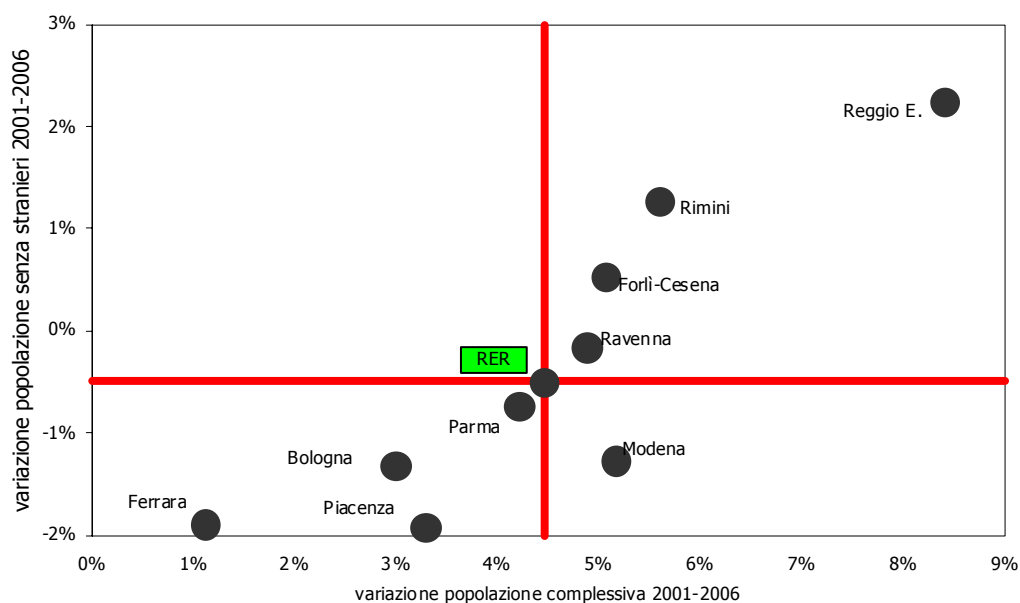


Grafico 26. Variazione della popolazione residente totale nelle province e variazione della popolazione residente senza stranieri nel periodo 1/1/2001-1/1/2006



La speranza di vita è un indicatore indiretto di benessere ed esprime il numero di anni che mediamente ci si attende di vivere alla nascita (*Grafico 27*) e a 65 anni (*Grafico 28*). In Emilia-Romagna la speranza di vita, calcolata su base triennale per disporre di indicatori più affidabili, è maggiore per le femmine (83,6 anni alla nascita e 21,3 a 65 anni) rispetto ai maschi (78,3 anni alla nascita e 17,6 a 65 anni).

Grafico 27. Speranza di vita alla nascita su base triennale 2003-2005 (province)

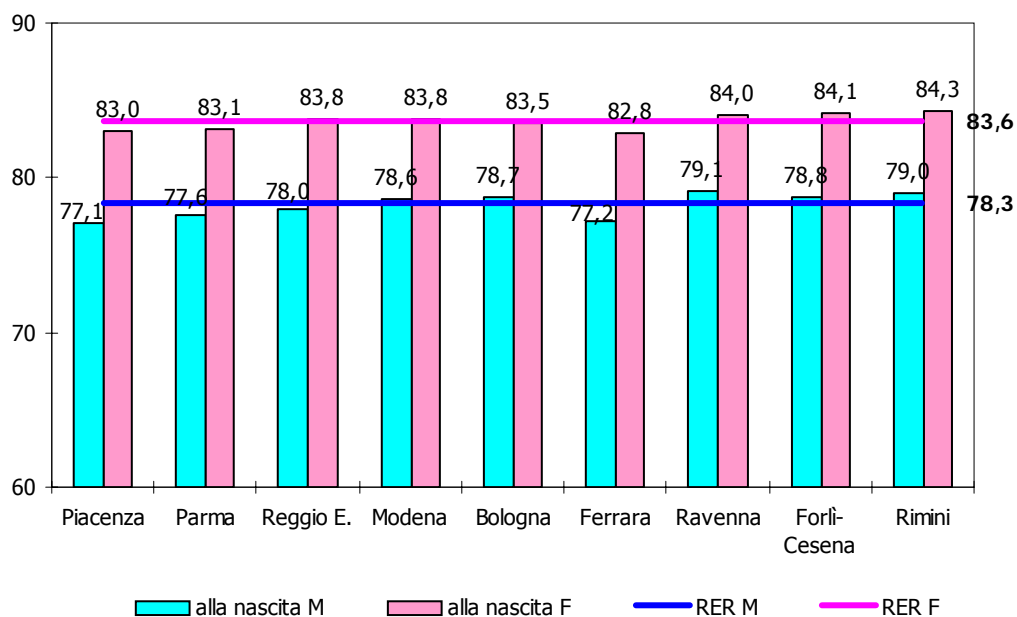
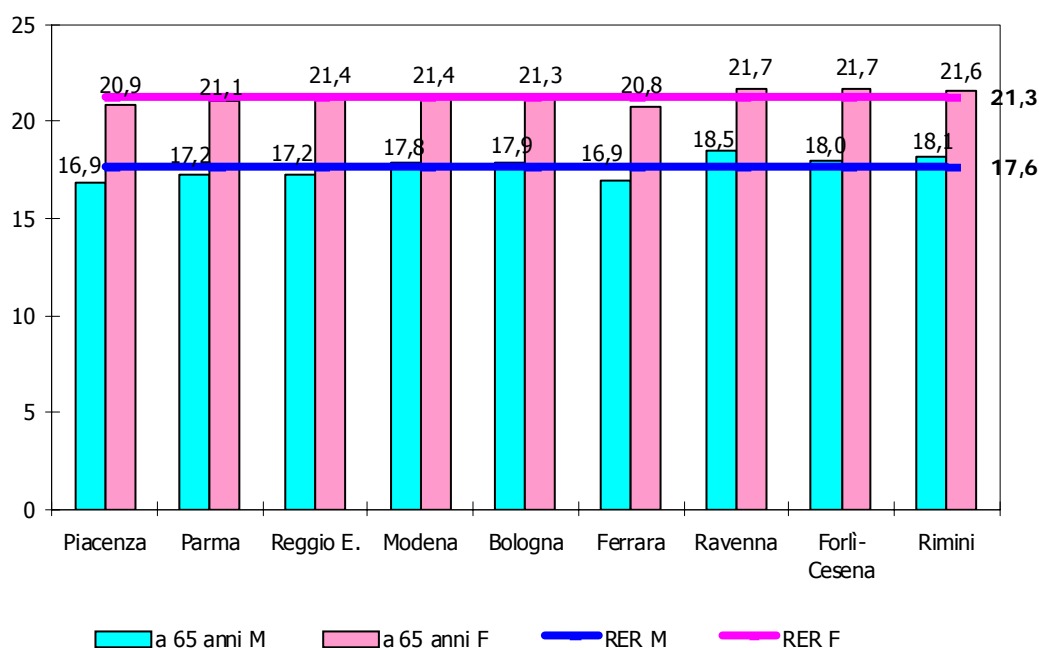


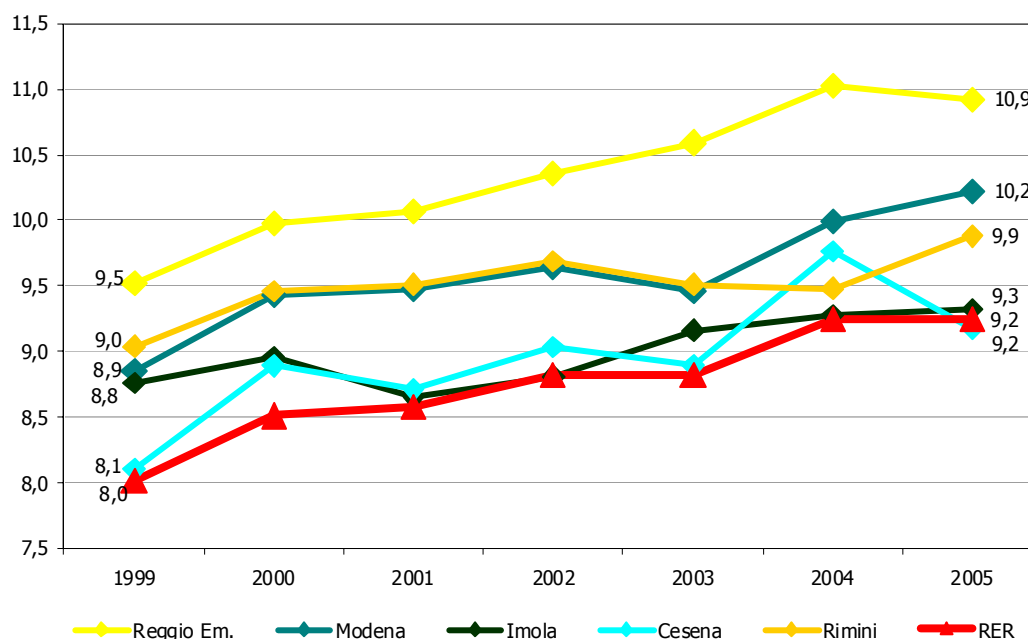
Grafico 28. Speranza di vita a 65 anni su base triennale 2003-2005 (province)



Il tasso di natalità descrive l'impatto delle nascite sulla popolazione complessiva.¹⁰⁸

I Grafici 29 e 30 illustrano il fenomeno per dare una valutazione sintetica dell'andamento ed evidenziare il suo incremento. Nel Grafico 30 si evidenzia invece l'incremento della natalità indotta da madri straniere.¹⁰⁹

Grafico 29. Andamento del tasso grezzo di natalità nel periodo 1999-2005 (Aziende USL)¹¹⁰



¹⁰⁸ Va considerata una peculiarità del tasso di natalità: esso è legato alla struttura per età della popolazione che genera i nati (e non solo di quella femminile in età feconda); dunque non è solo direttamente correlato con l'intensità della natalità e non è direttamente confrontabile nel caso di popolazioni con composizione per età differente (ad esempio, a parità di nati e di donne in età feconda, nella popolazione con un maggior numero di anziani il tasso di natalità avrà un valore più basso).

¹⁰⁹ Per madre straniera si intende madre di qualunque nazionalità diversa da quella italiana.

¹¹⁰ Il grafico relativo all'andamento del tasso grezzo di natalità è diviso, per una migliore leggibilità, in due parti: Aziende che nell'anno centrale (2002) presentano un valore superiore alla media regionale e realtà che presentano un valore inferiore.

Grafico 30. Andamento del tasso grezzo di natalità nel periodo 1999-2005 (Aziende USL)

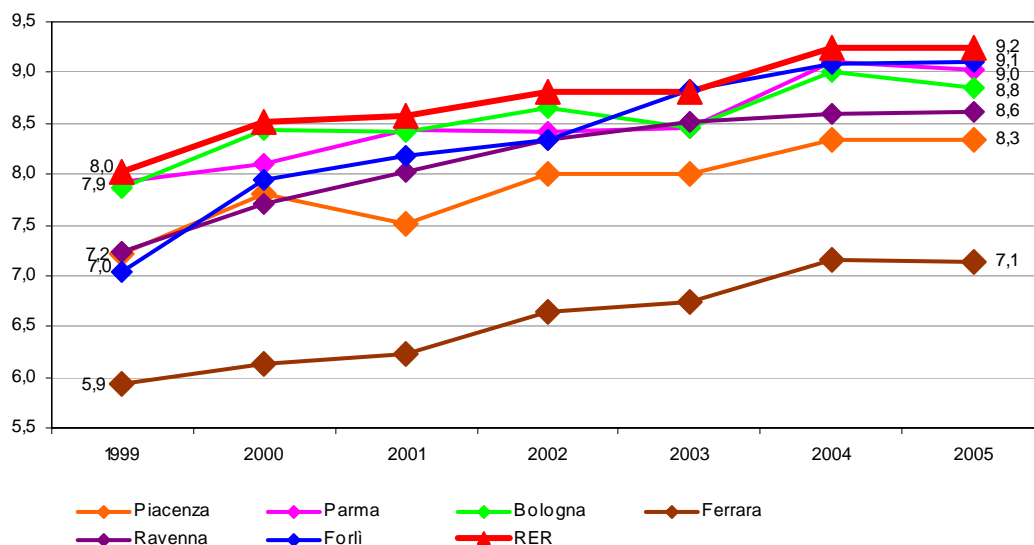
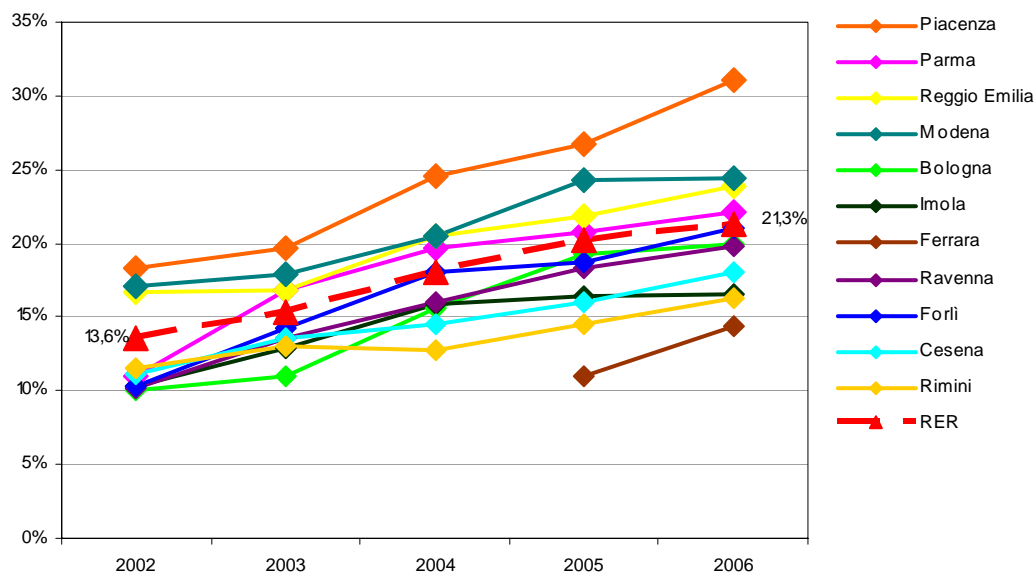


Grafico 31. Andamento della percentuale di nati da madre straniera sul totale dei nati per Azienda USL di residenza della madre nel periodo 2002-2006¹¹¹



¹¹¹ Per gli anni 2002-2004 i dati prodotti dall'Azienda USL e dall'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara relativamente alla cittadinanza non risultano attendibili; di conseguenza il dato RER è stato calcolato escludendo le residenti a Ferrara (sia al numeratore che al denominatore); per l'anno 2005 sono stati esclusi, per lo stesso motivo, solo i dati prodotti dall'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara. Mancano inoltre i dati di mobilità passiva extra-regionale (di conseguenza, soprattutto per le Aziende USL di Piacenza e Rimini in cui è maggiore la mobilità, la percentuale di straniere potrebbe essere leggermente sovrastimata, essendo la mobilità passiva legata prevalentemente alle donne italiane).

4. Condizioni socio-economiche

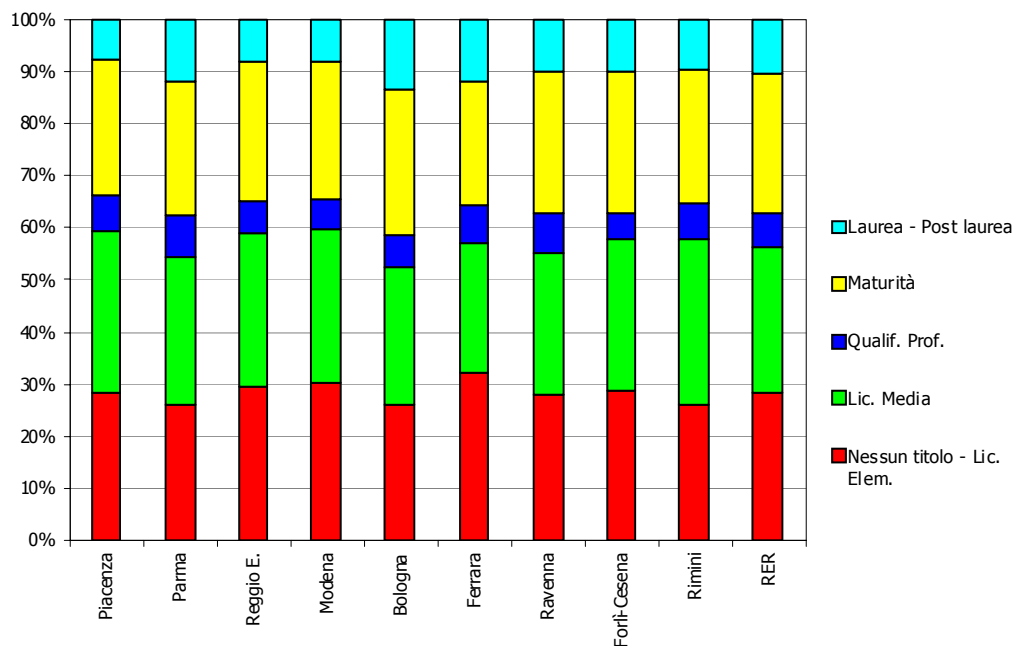
Livello di istruzione, caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro, tenore di vita sono i determinanti selezionati dalle linee guida regionali per descrivere le condizioni socio-economiche della popolazione. Di seguito sono qui rappresentati i dati relativi a:

- scolarizzazione (*Tabella 3 e Grafici 32 - 34*);
- tasso di attività (*Grafico 35*);
- tasso di occupazione e disoccupazione (*Grafici 36 e 37*);
- occupazione per settori di attività economica (*Grafico 38*);
- lavoratori stranieri (*Grafico 39*).

Tabella 3. Distribuzione nelle province della popolazione in età scolare per titolo di studio (anno 2006)

| Scolarizzazione in Emilia-Romagna - anno 2006 (valori assoluti) | | | | | | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Titolo di studio | PC | PR | RE | MO | BO | FE | RA | FC | RN | RER |
| Nessun titolo | 10.580 | 19.692 | 24.480 | 40.775 | 43.945 | 25.177 | 32.497 | 26.049 | 18.243 | 241.438 |
| Licenza elementare | 57.422 | 75.490 | 100.146 | 132.552 | 171.895 | 75.663 | 58.172 | 67.097 | 46.480 | 784.917 |
| Licenza media | 75.243 | 103.124 | 123.958 | 168.107 | 220.114 | 78.552 | 87.261 | 95.224 | 79.656 | 1.031.239 |
| Qualifica profess. | 17.019 | 28.445 | 25.532 | 33.382 | 50.921 | 23.167 | 25.511 | 16.889 | 16.579 | 237.445 |
| Maturità | 62.786 | 94.627 | 112.931 | 152.064 | 230.063 | 73.891 | 87.575 | 88.010 | 64.131 | 966.078 |
| Accademie | 318 | 1.125 | 237 | 845 | 5.841 | 1.544 | 1.452 | 967 | 1.305 | 13.634 |
| Diploma universit. | 1.294 | 2.734 | 3.619 | 3.047 | 1.198 | 2.371 | 3.185 | 1.694 | 3.806 | 22.948 |
| Laurea triennale | 1.550 | 1.868 | 4.039 | 3.601 | 7.652 | 3.803 | 2.765 | 2.676 | 955 | 28.909 |
| Laurea specialistica | 121 | 92 | 170 | 134 | 2.770 | 307 | 356 | 0 | 0 | 3.950 |
| Laurea vecchio ord. | 13.666 | 34.523 | 25.218 | 37.112 | 83.831 | 26.590 | 22.996 | 26.557 | 17.324 | 287.817 |
| Post laurea | 900 | 1.726 | 1.488 | 1.124 | 8.383 | 2.745 | 1.376 | 719 | 747 | 19.208 |
| Dottorato | 356 | 614 | 72 | 301 | 2.630 | 465 | 582 | 0 | 113 | 5.133 |
| <i>Totali</i> | <i>241.255</i> | <i>364.060</i> | <i>421.890</i> | <i>573.044</i> | <i>829.243</i> | <i>314.275</i> | <i>323.728</i> | <i>325.882</i> | <i>249.339</i> | <i>3.642.716</i> |

Grafico 32. Distribuzione percentuale nelle province della popolazione in età scolare per aggregati del titolo di studio¹¹² (anno 2006)



Ferrara è la provincia con la più alta percentuale (29,9%) di cittadini in età scolare con basso livello di istruzione (senza alcun titolo di studio o con licenza elementare) mentre Rimini è la provincia con la percentuale più bassa (23,6%) (*Grafico 33*).

Bologna è la provincia con la maggiore percentuale (14,5%) di popolazione con alto livello di istruzione (con titolo di studio successivo alla maturità) mentre Piacenza è la provincia con la percentuale inferiore (8,2%) (*Grafico 34*).

¹¹² Nella voce "laurea - post laurea" sono compresi tutti i titoli successivi alla voce "maturità" della tabella precedente.

Grafico 33. Percentuale di popolazione residente nelle province con basso¹¹³ livello di istruzione sulla popolazione di 6 anni e più (anno 2006)

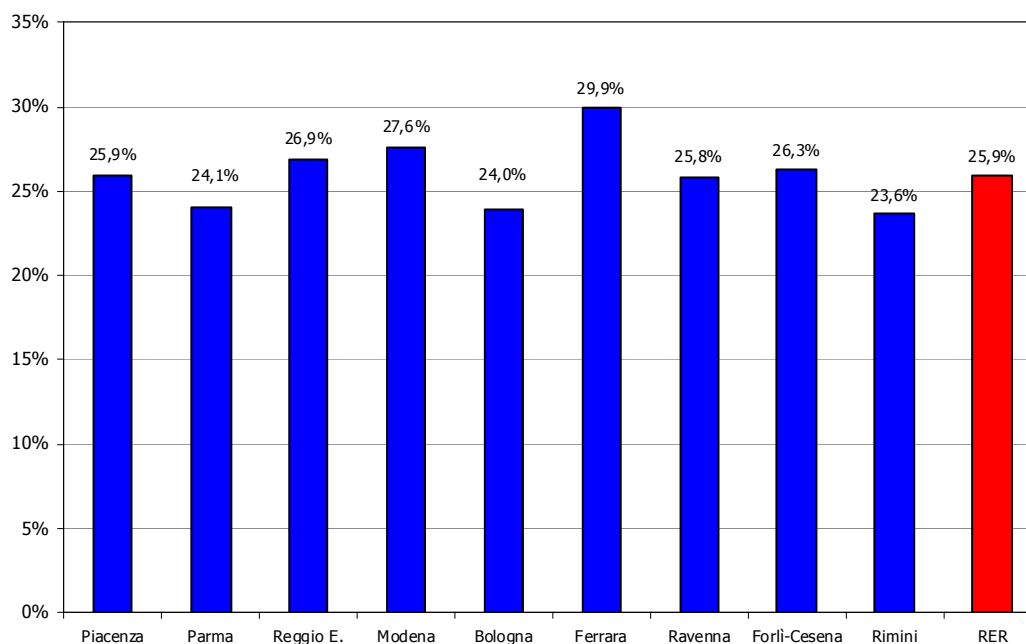
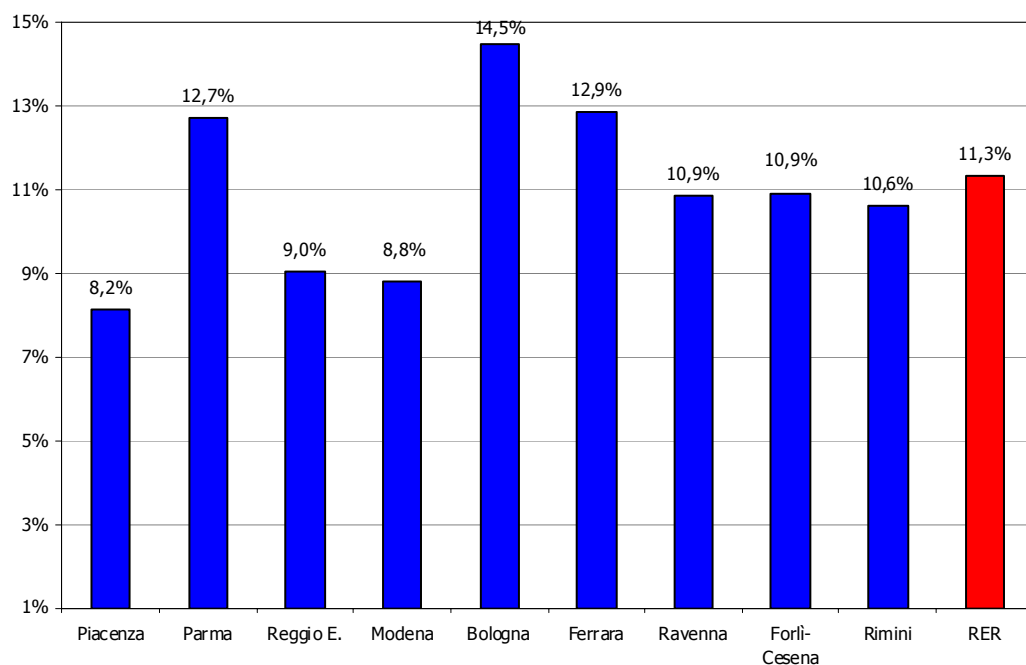


Grafico 34. Percentuale di popolazione residente nelle province con alto¹¹⁴ livello di istruzione sulla popolazione di 24 anni e più (anno 2006)



¹¹³ Chi non possiede alcun titolo di studio e chi possiede la licenza elementare.

¹¹⁴ Chi possiede uno dei titoli di studio successivi alla maturità.

Reggio Emilia è la provincia che registra il più alto tasso di attività¹¹⁵ (83,2%) e di occupazione (81,7%) per quanto riguarda la popolazione maschile, mentre Forlì-Cesena è quella che presenta i tassi minori (76,4% e 74,3%). Per quanto riguarda la popolazione femminile, Bologna e Forlì-Cesena presentano il tasso di attività maggiore (65,6%), Bologna è anche la provincia con il tasso di occupazione maggiore (63,2%). Piacenza è la provincia con i tassi inferiori sia di attività (55,3%) sia di occupazione (52%) (*Grafici 35 e 36*).

Reggio Emilia è la provincia che presenta il tasso di disoccupazione più basso (1,7%) e Ferrara quello più elevato (4,5%) nella popolazione maschile. Bologna è la provincia con il tasso di disoccupazione più basso (2,7%) nella popolazione femminile e Ferrara con il tasso di disoccupazione maggiore (7,4%) (*Grafico 37*).

Grafico 35. Tasso di attività nella popolazione di età 15-64 anni residente nelle province, per genere (anno 2005)



¹¹⁵ Il tasso di attività è dato dal rapporto tra le forze di lavoro (occupati e persone in cerca di lavoro) e la popolazione di età superiore ai 15 anni.

Grafico 36. Tasso di occupazione nella popolazione di età 15-64 anni residente nelle province, per genere (anno 2005)

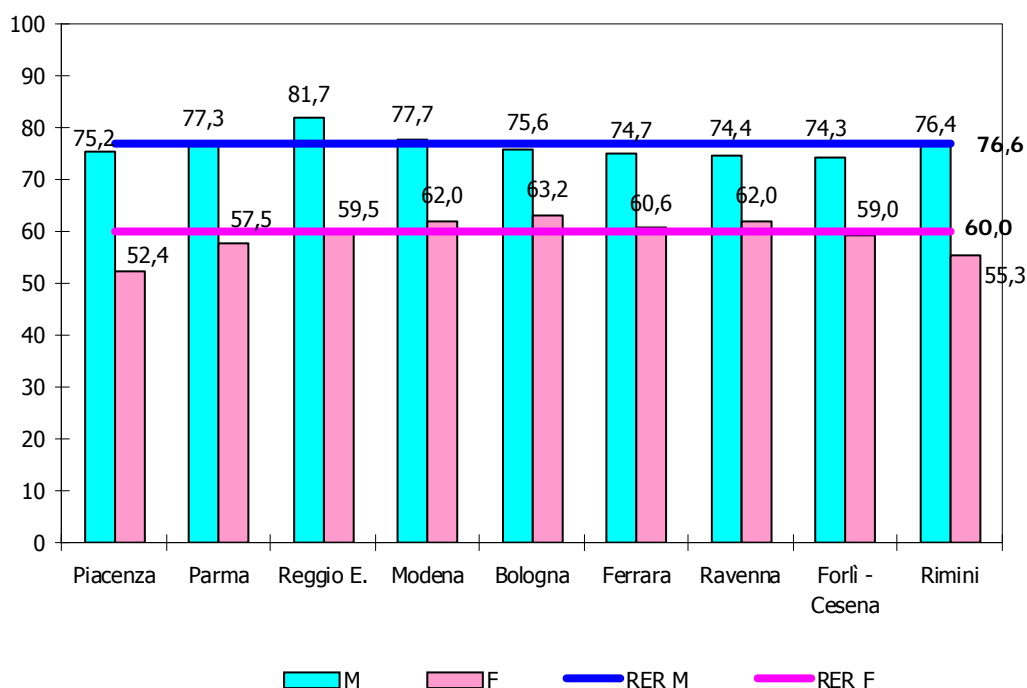
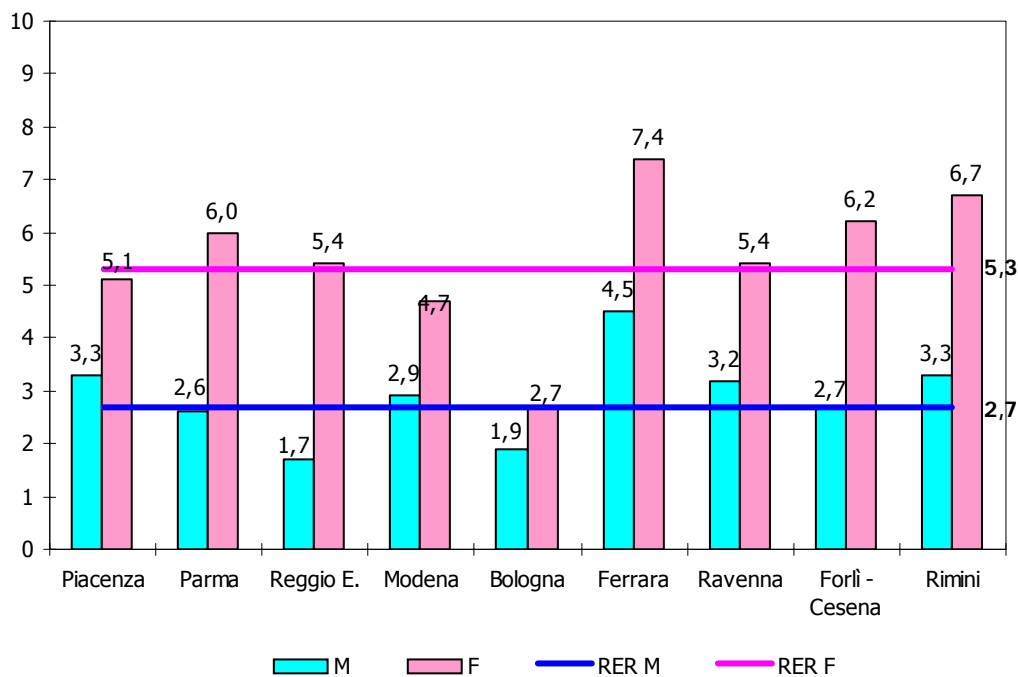


Grafico 37. Tasso di disoccupazione nella popolazione residente nelle province, per genere (anno 2005)



Ravenna è la provincia con la più alta percentuale di occupazione nel settore agricolo (8,6%) e Rimini quella con la percentuale inferiore (1,6%). Modena è la provincia con la più alta percentuale di occupazione nell'industria (46,3%) e Rimini quella con la percentuale inferiore (28,3%). Rimini, corrispondentemente, è la provincia con la più alta percentuale di occupati nel settore terziario (70,1%) e Modena quella con la percentuale più bassa (49,8%) (Grafico 38).

Ferrara è la provincia con la minore percentuale di occupati stranieri sul totale dell'occupazione sia maschile che femminile (2,6% in entrambi i casi), Reggio Emilia è la provincia con la più alta percentuale per i maschi (11,5%) e Parma per le femmine (8%) (Grafico 39).

Grafico 38. Tasso di occupazione totale nella popolazione residente per provincia, suddivisa per attività economica (anno 2005)

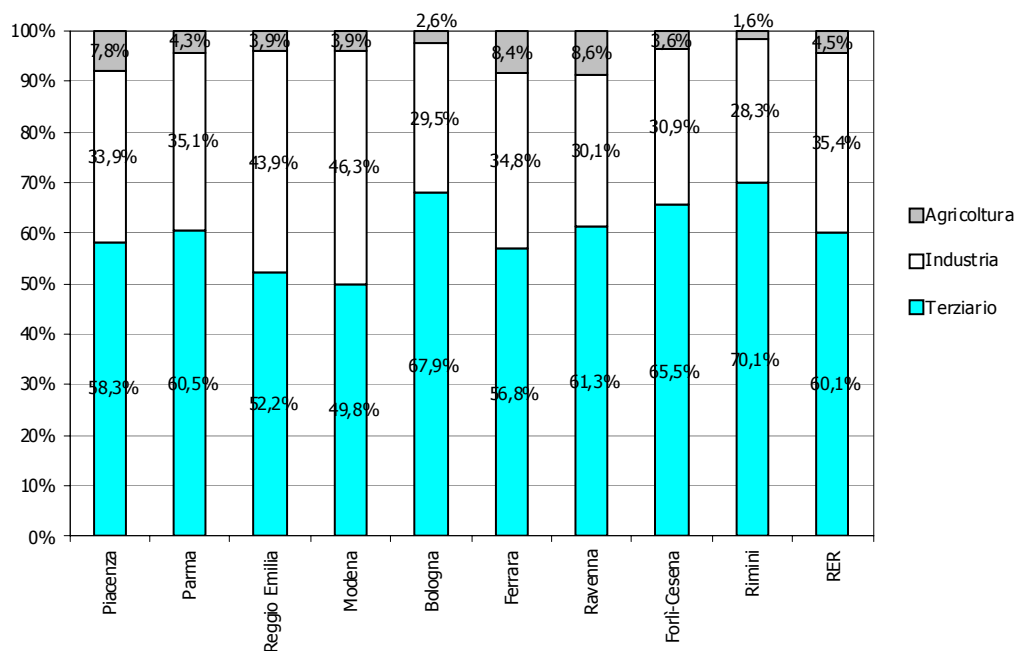
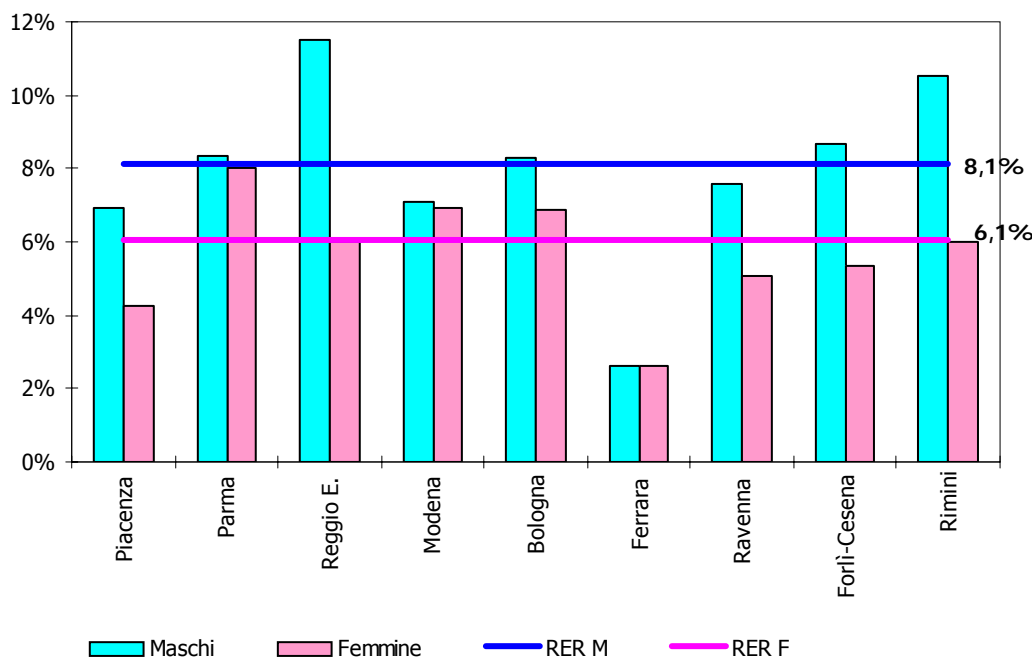


Grafico 39. Percentuale di occupati non comunitari su totale occupati per provincia (anno 2006)



5. Osservazioni epidemiologiche

In relazione al quadro epidemiologico del territorio (ovvero lo studio della frequenza, della distribuzione e dei determinanti di salute e malattia nella popolazione residente), sono stati selezionati i seguenti indicatori: tassi standardizzati di mortalità, anni medi di vita potenzialmente persi (calcolati come differenza tra età di morte di ciascun individuo deceduto e un'età presa come riferimento), morbosità rispetto a malattie infettive.

Nella presente sezione si evidenzieranno misure solitamente usate in epidemiologia per descrivere lo stato di salute generale delle popolazioni. In particolare, le misure di movimento vengono rilevate con tassi di incidenza (es. tasso di mortalità), che esprimono il numero di eventi in un periodo di tempo rispetto alla popolazione media da cui si generano tali casi. Le misure di stato, come la proporzione di popolazione con determinate caratteristiche, vanno invece riferite a determinati momenti e vengono solitamente chiamate prevalenze.

Di seguito vengono rappresentati, per genere:

tassi di mortalità

- per tutte le cause (*Grafici 40 e 41*);
- per tumori (*Grafici 42 - 46*);
- per traumatismi e avvelenamenti (*Grafici 47 e 48*);
- per malattie dell'apparato respiratorio (*Grafici 49 e 50*);
- per malattie del sistema circolatorio (*Grafici 51 e 52*);
- per malattie dell'apparato digerente (*Grafici 53 e 54*);

anni di vita potenzialmente persi

- per tutte le cause (*Grafico 55*);
- per tumori (*Grafici 56 - 58*);
- per traumatismi e avvelenamenti (*Grafico 59*);
- per malattie dell'apparato respiratorio (*Grafico 60*);
- per malattie del sistema circolatorio (*Grafico 61*);
- per malattie dell'apparato digerente (*Grafico 62*).

I grafici che riguardano le stime di mortalità presentano i relativi intervalli di confidenza (IC), utili per evidenziare che le stime puntuali ottenute hanno un'incertezza che le accompagna. L'intervallo esprime l'insieme di valori in cui quello "vero", che si sta stimando, si collocherebbe con una data probabilità (il 95%, nei grafici che seguono). L'ampiezza dell'IC dipende dalla consistenza numerica dei casi e dalla variabilità dei fenomeni. Laddove si registrano fenomeni molto esigui, le stime per zona (es. tassi per Azienda) possono avere valori troppo instabili e intervalli ampi. È il caso della mortalità per tumore al collo dell'utero, di cui si omette la rappresentazione per tali motivi.

Il secondo blocco riguarda i grafici che rappresentano gli anni di vita potenzialmente persi da coloro che sono deceduti per varie cause. Gli anni di vita potenzialmente persi esprimono la differenza tra la speranza di vita alla nascita (età media dei deceduti, maschi e femmine) ed età media al decesso di coloro che sono morti per tali cause.

Si illustrano infine tassi di incidenza della tubercolosi polmonare (*Grafico 63*) e i tassi di incidenza (*Grafico 64*) e di prevalenza dell'AIDS (*Grafico 65*).

Tassi standardizzati di mortalità per 100.000 abitanti e intervallo di confidenza al 95% nei territori delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna (anno 2005)

Grafico 40. Tasso di mortalità per tutte le cause per Azienda USL, maschi

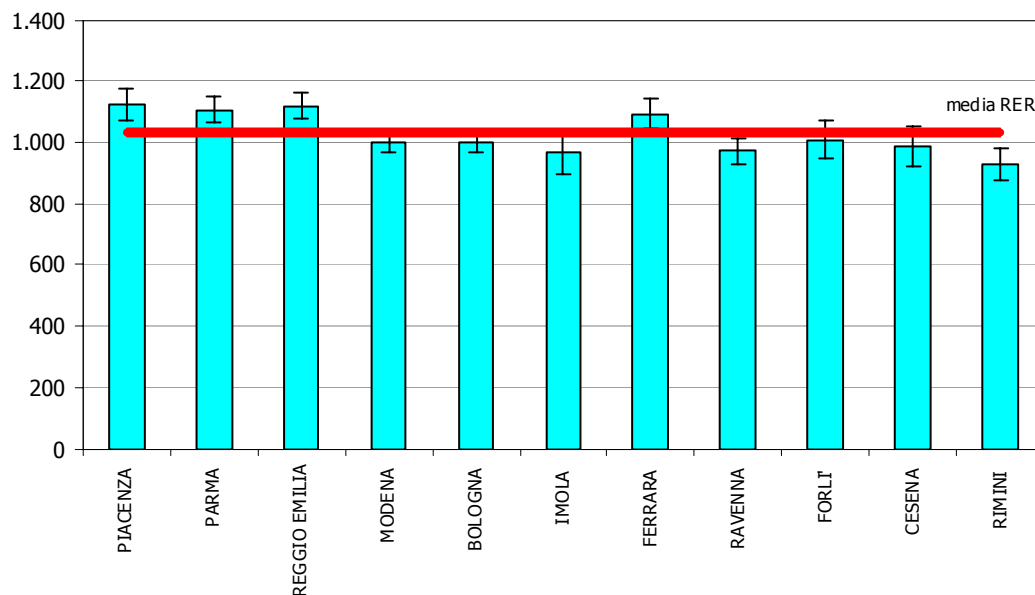


Grafico 41. Tasso di mortalità per tutte le cause per Azienda USL, femmine

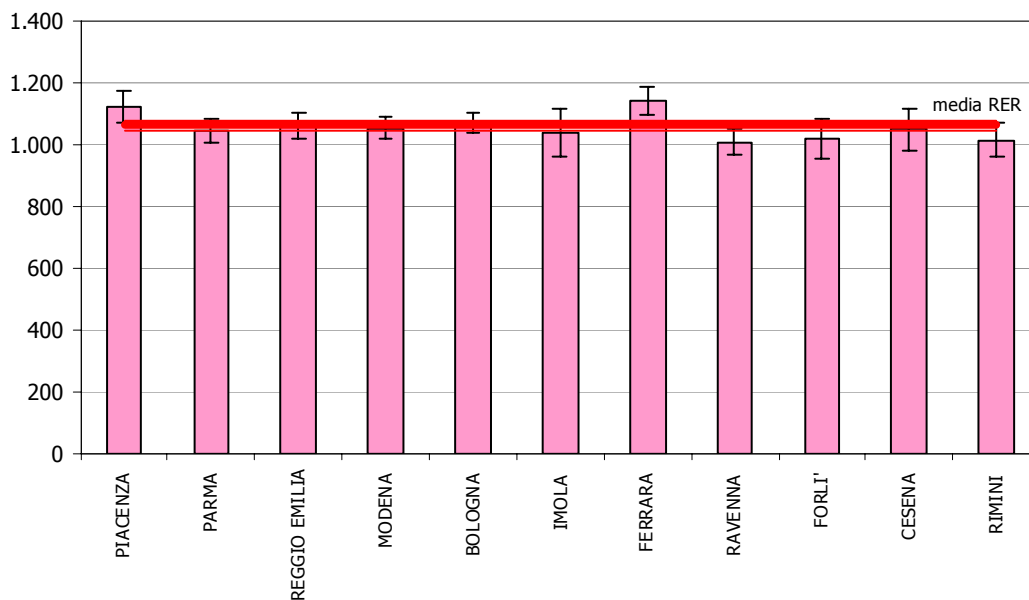


Grafico 42. Tasso di mortalità per tumori per Azienda USL, maschi

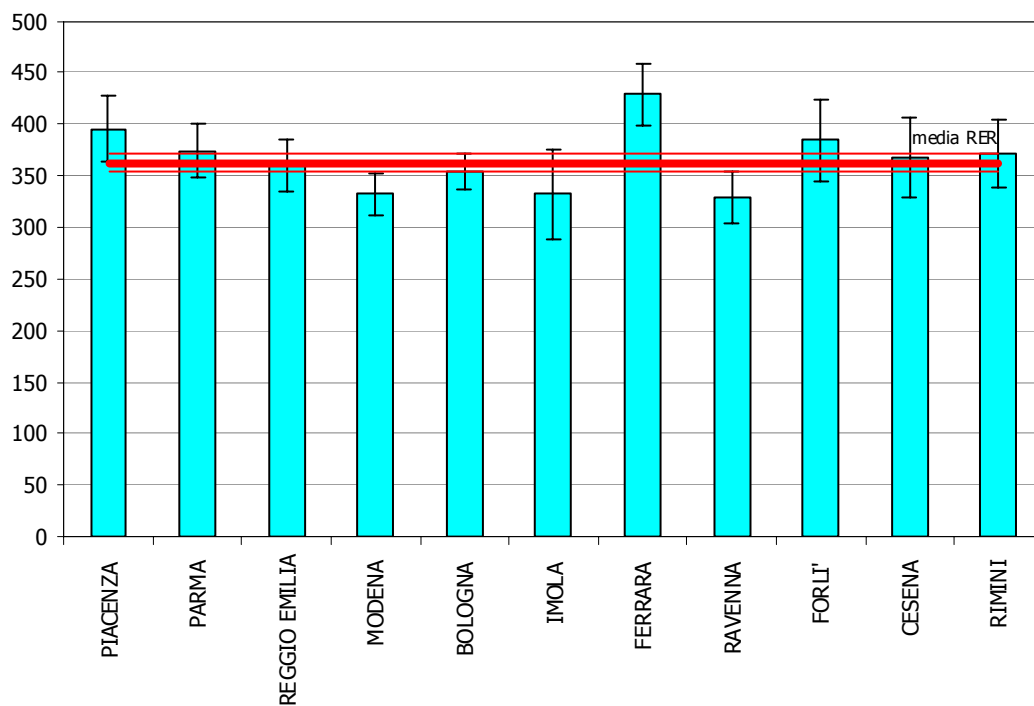


Grafico 43. Tasso di mortalità per tumori per Azienda USL, femmine

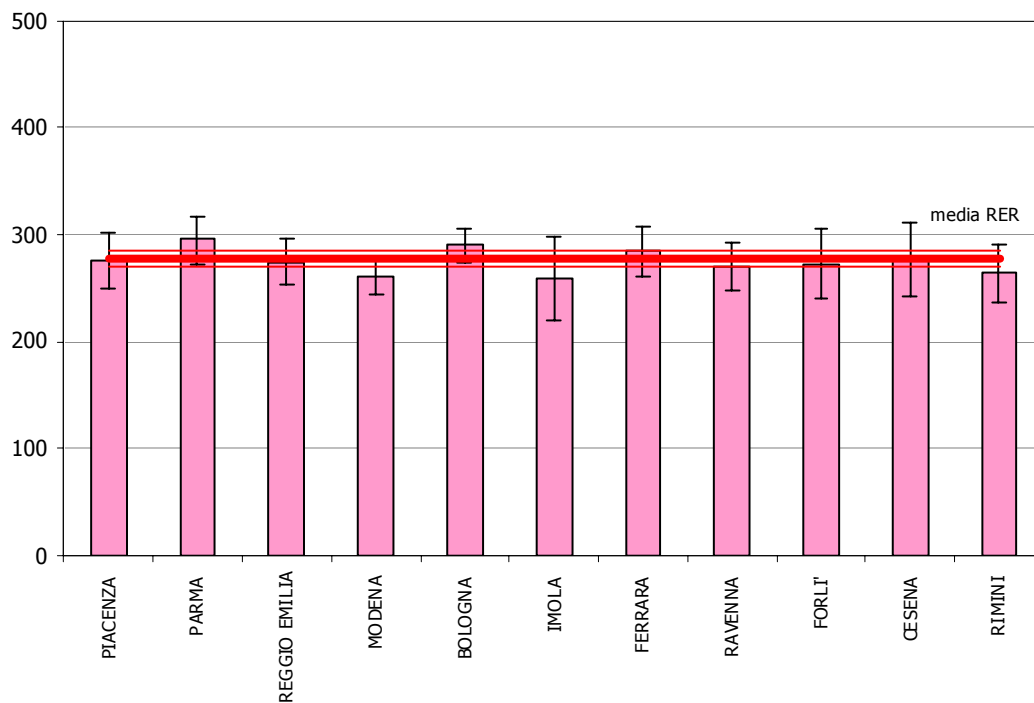


Grafico 44. Tasso di mortalità per tumori alla mammella per Azienda USL, femmine

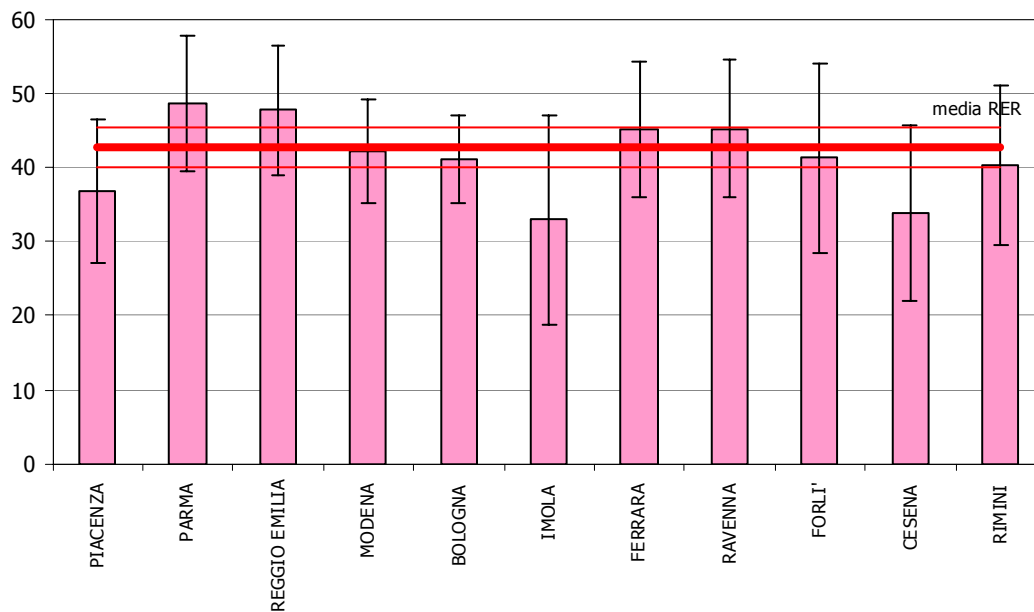


Grafico 45. Tasso di mortalità per tumori del colon retto per Azienda USL, maschi

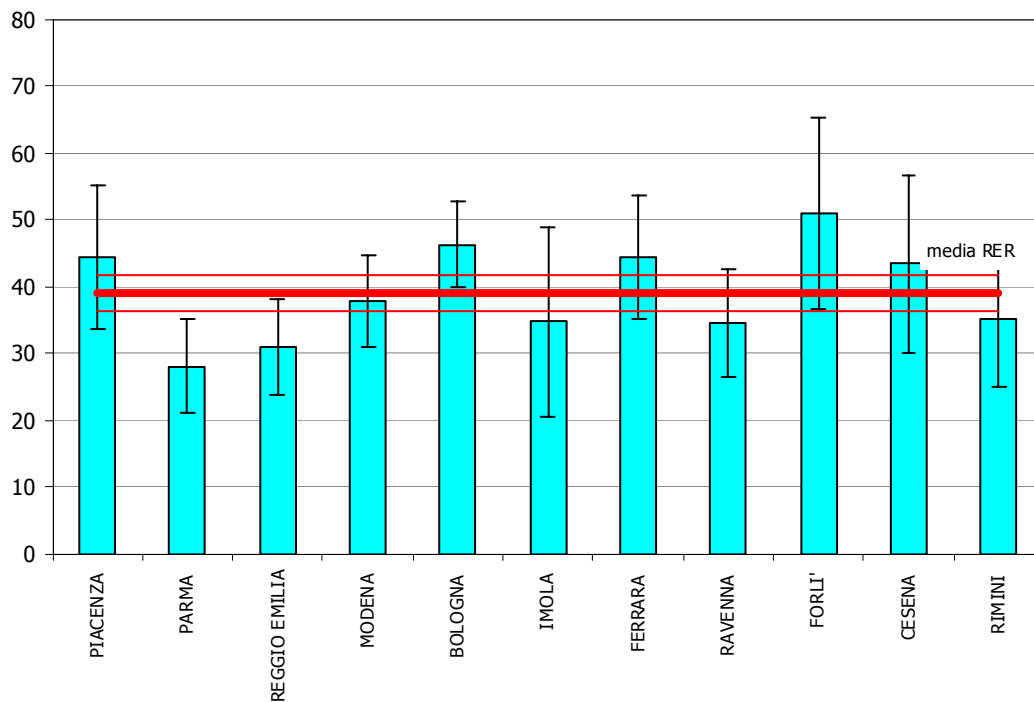


Grafico 46. Tasso di mortalità per tumori del colon retto per Azienda USL, femmine

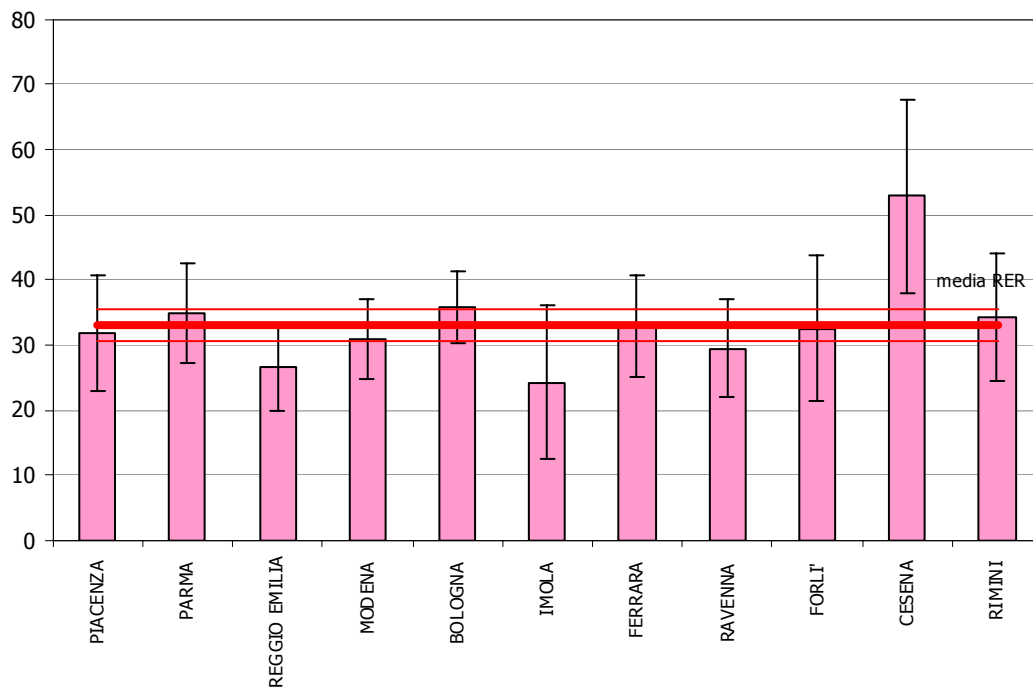


Grafico 47. Tasso di mortalità per traumatismi e avvelenamenti per Azienda USL, maschi

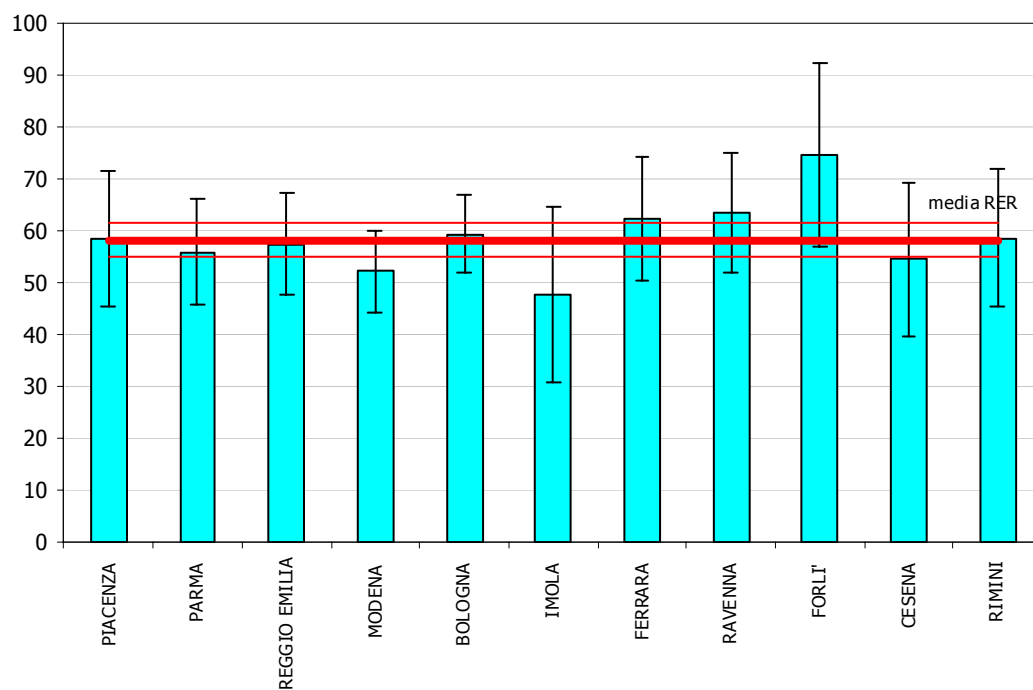


Grafico 48. Tasso di mortalità per traumatismi e avvelenamenti per Azienda USL, femmine

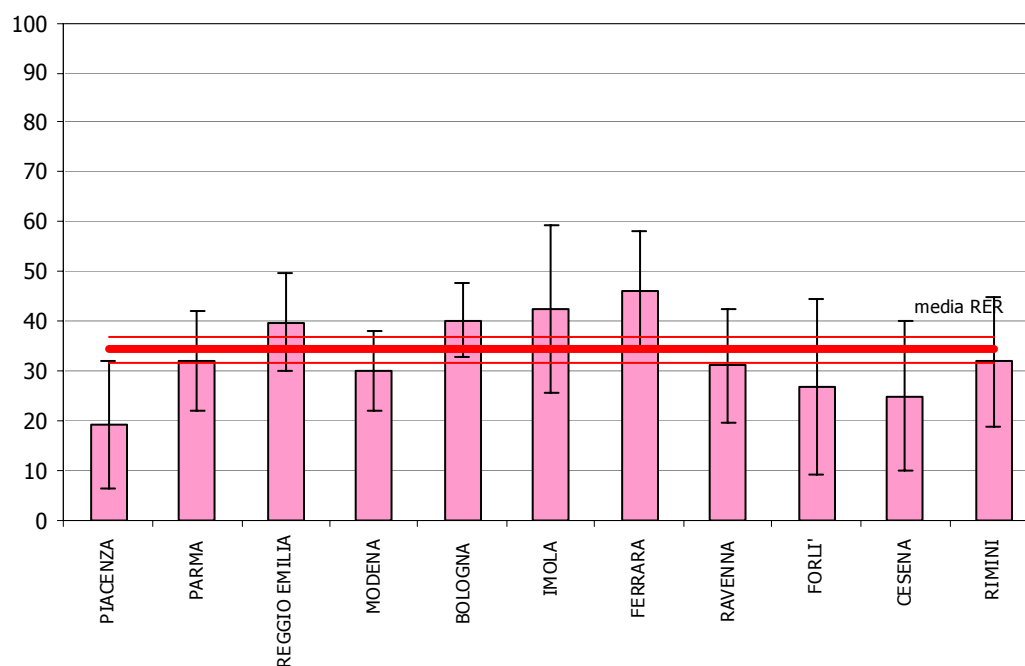


Grafico 49. Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio per Azienda USL, maschi

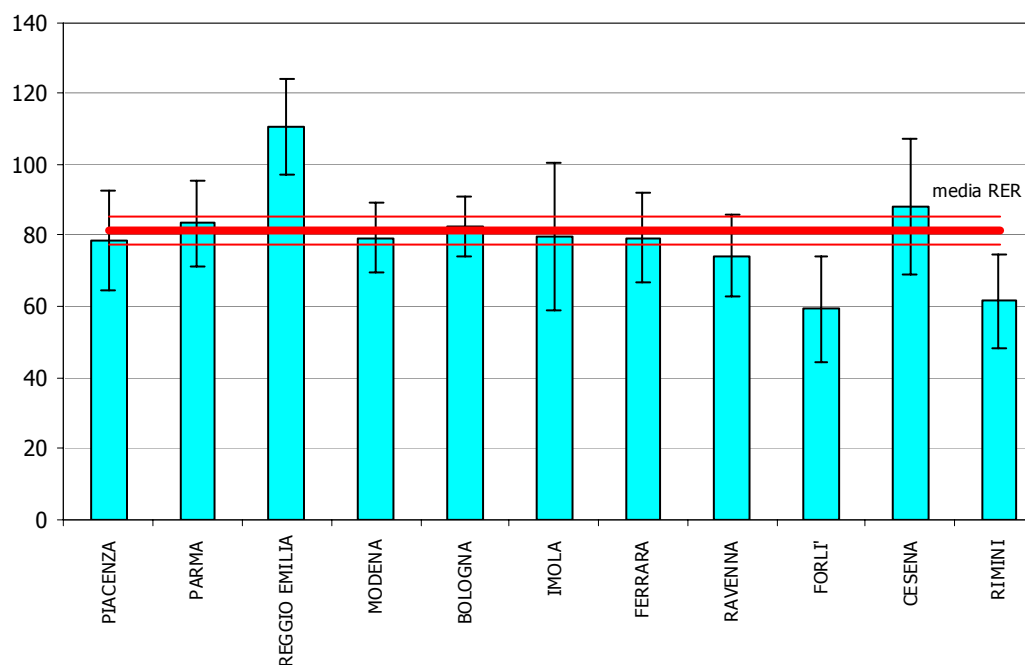


Grafico 50. Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio per Azienda USL, femmine

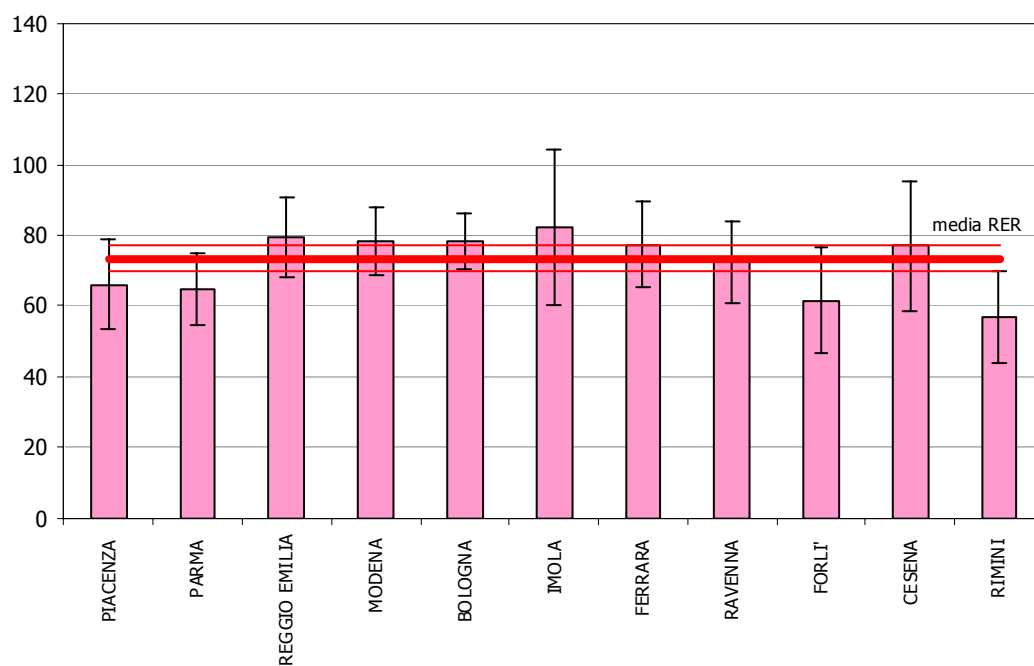


Grafico 51. Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio per Azienda USL, maschi

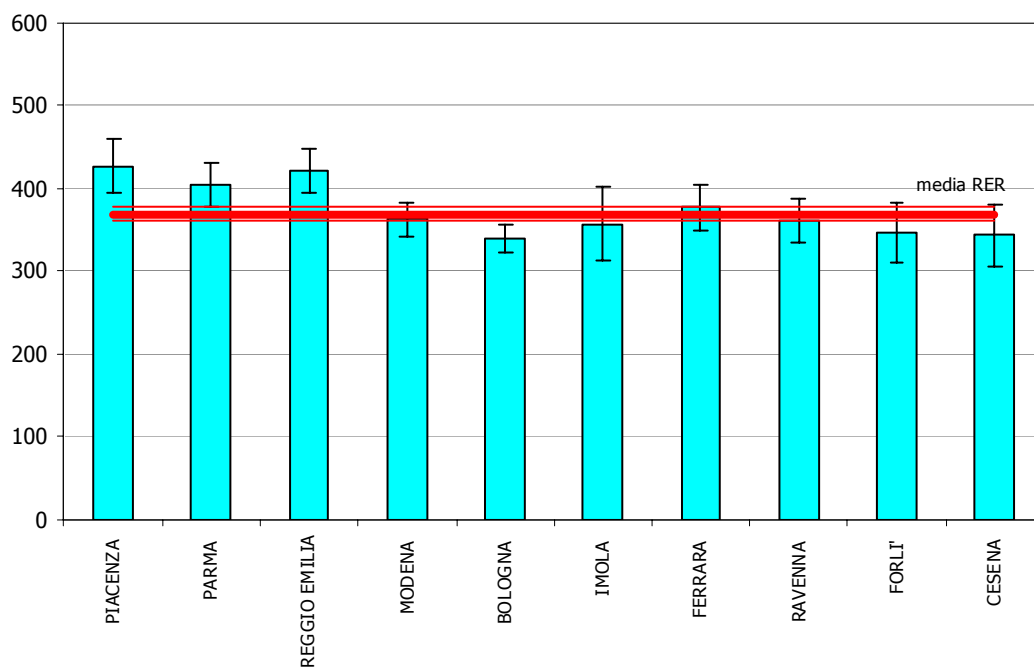


Grafico 52. Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio per Azienda USL, femmine

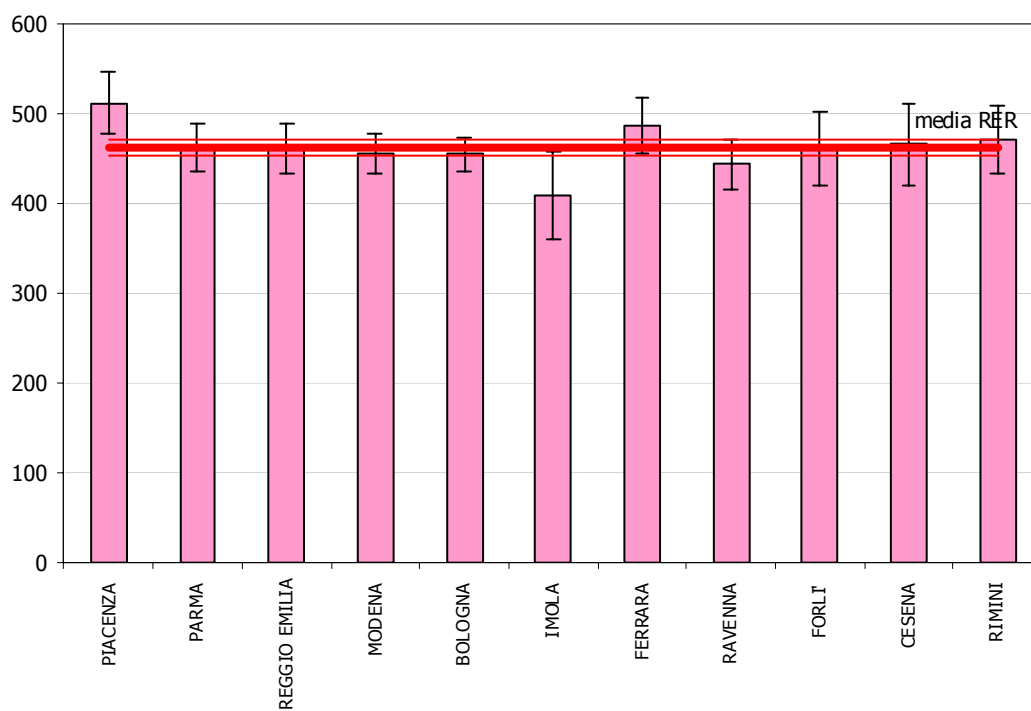


Grafico 53. Tasso di mortalità per malattie dell'apparato digerente per Azienda USL, maschi

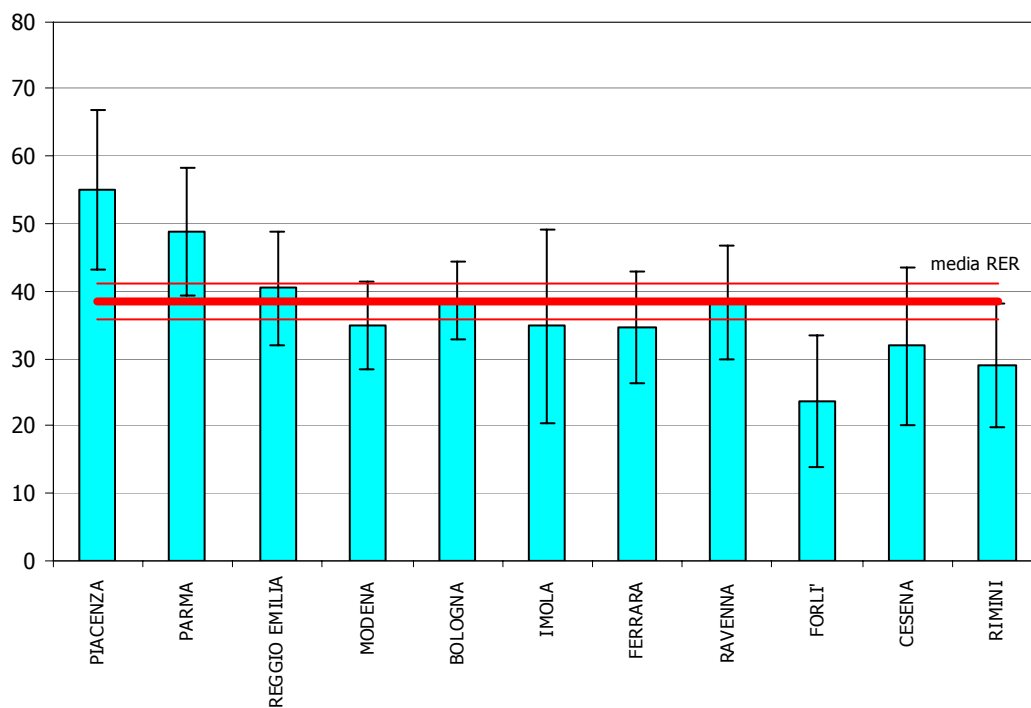
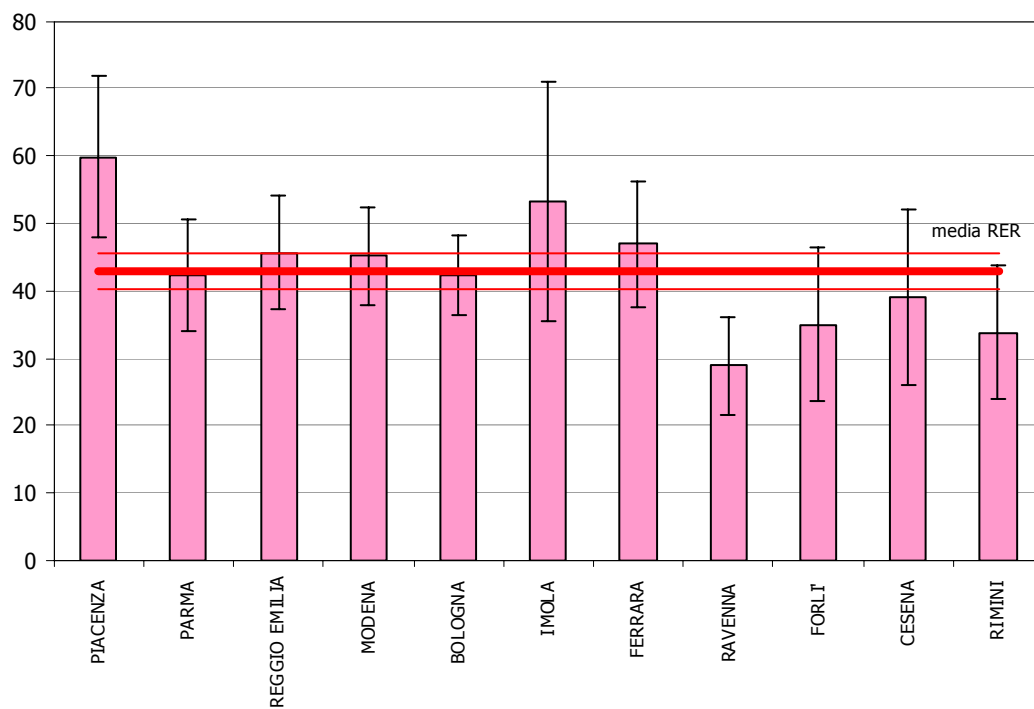


Grafico 54. Tasso di mortalità per malattie dell'apparato digerente per Azienda USL, femmine



Anni medi di vita potenzialmente persi nelle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, (anno 2004)

Grafico 55. Anni di vita potenzialmente persi per tutte le cause per Azienda USL

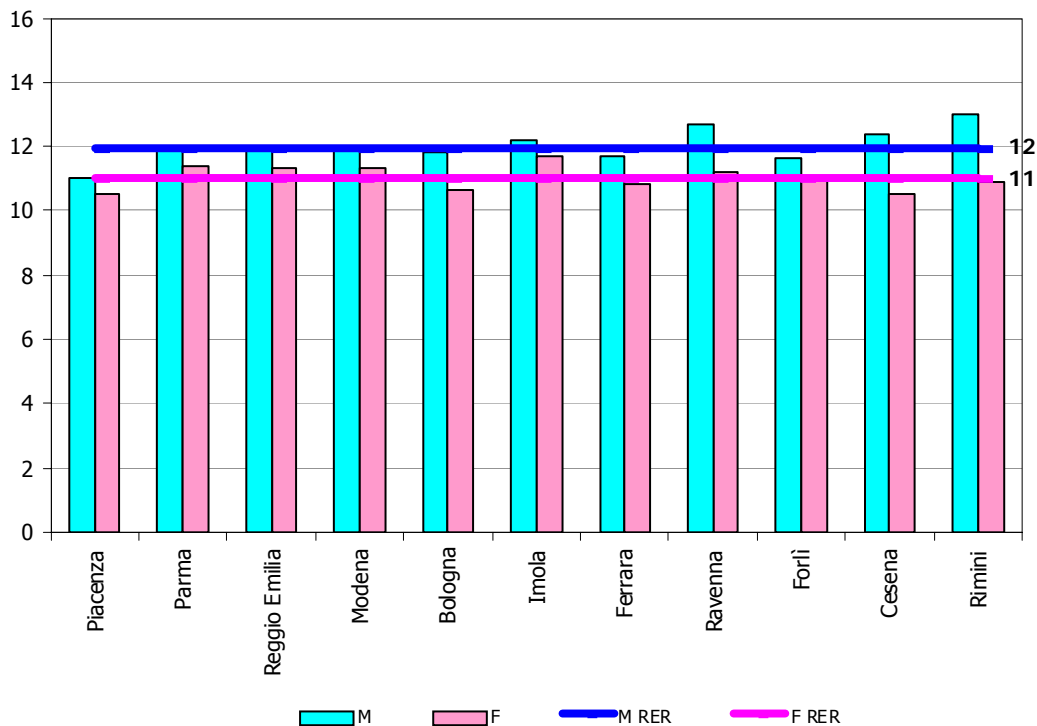


Grafico 56. Anni di vita potenzialmente persi per tumori per Azienda USL

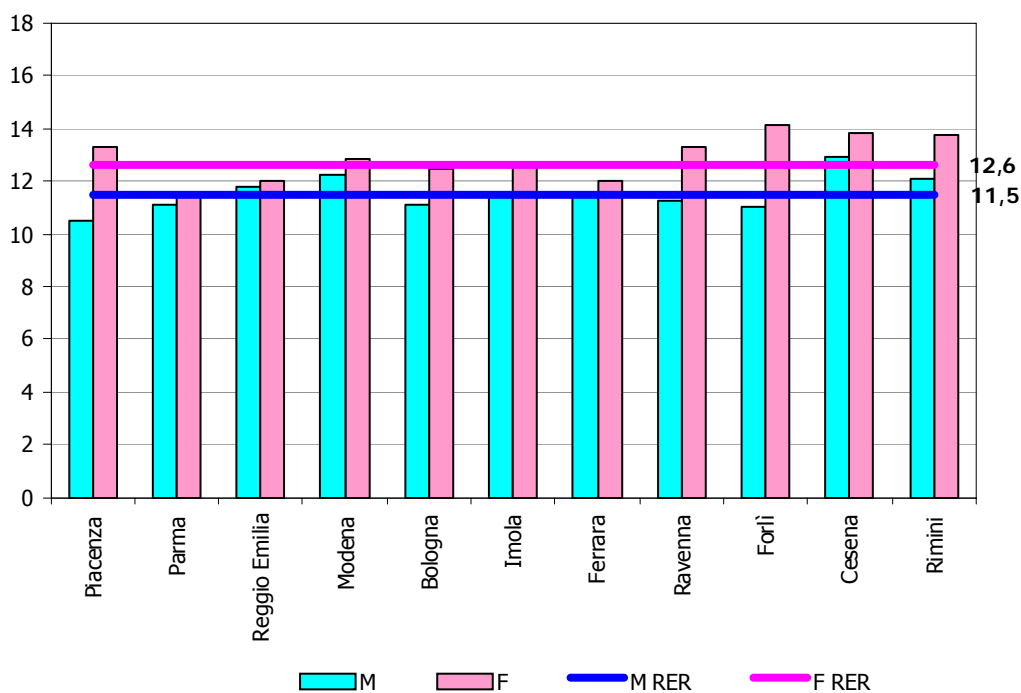


Grafico 57. Anni di vita potenzialmente persi per tumori alla mammella per Azienda USL, femmine

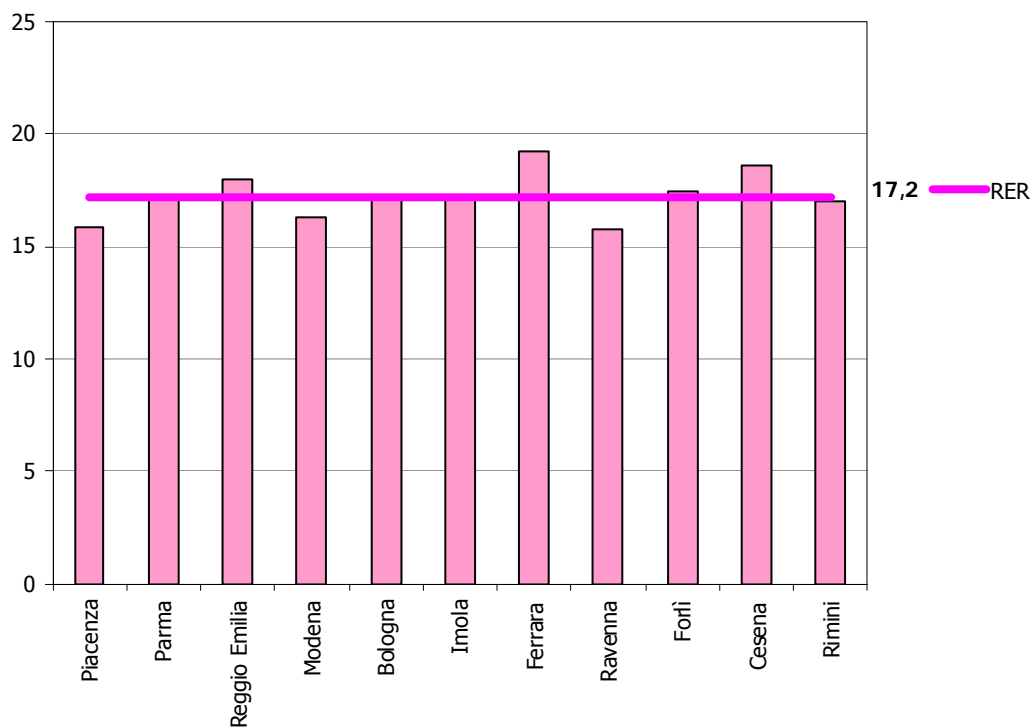


Grafico 58. Anni di vita potenzialmente persi per tumori al colon retto per Azienda USL

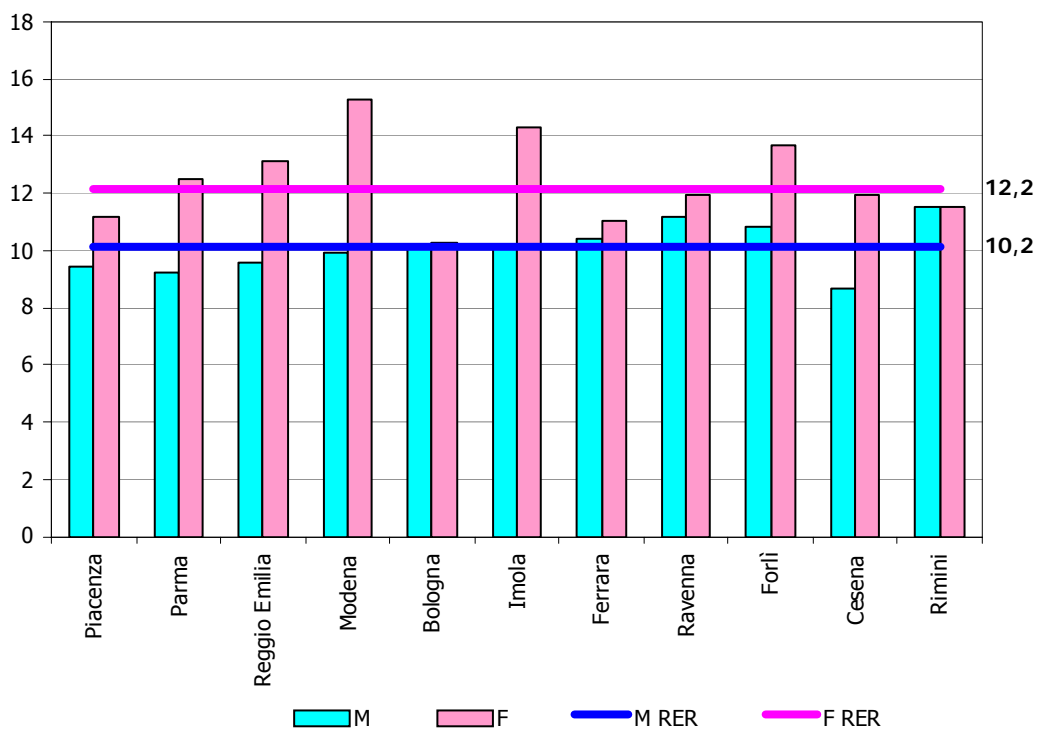


Grafico 59. Anni di vita potenzialmente persi per traumatismi e avvelenamenti per Azienda USL

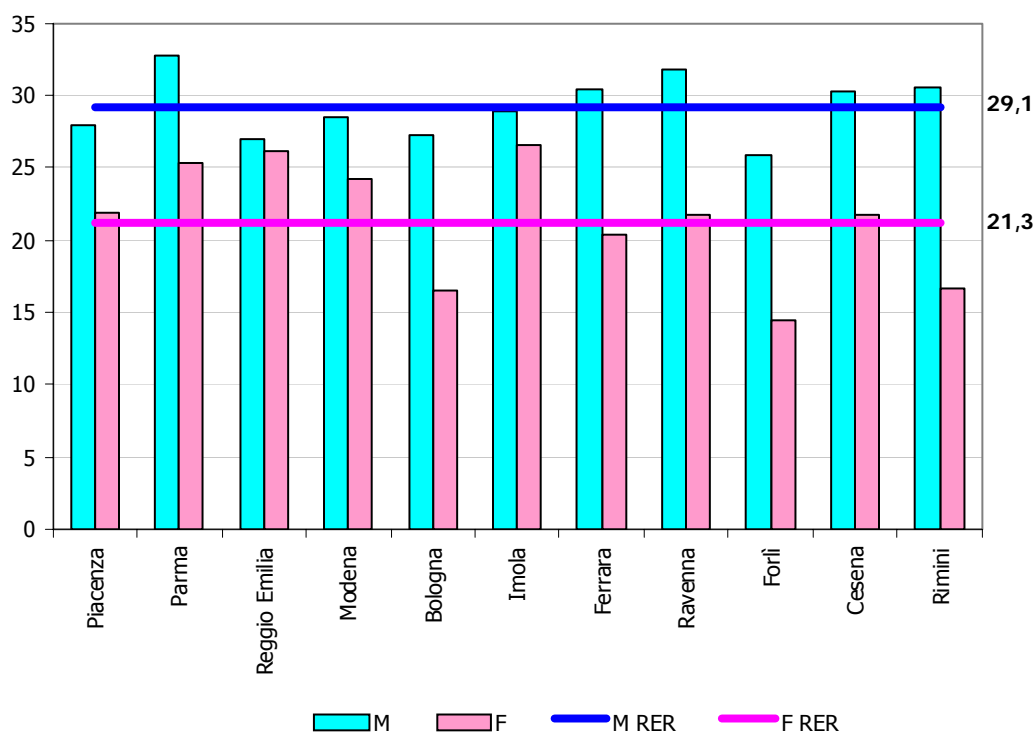


Grafico 60. Anni di vita potenzialmente persi per malattie dell'apparato respiratorio per Azienda USL

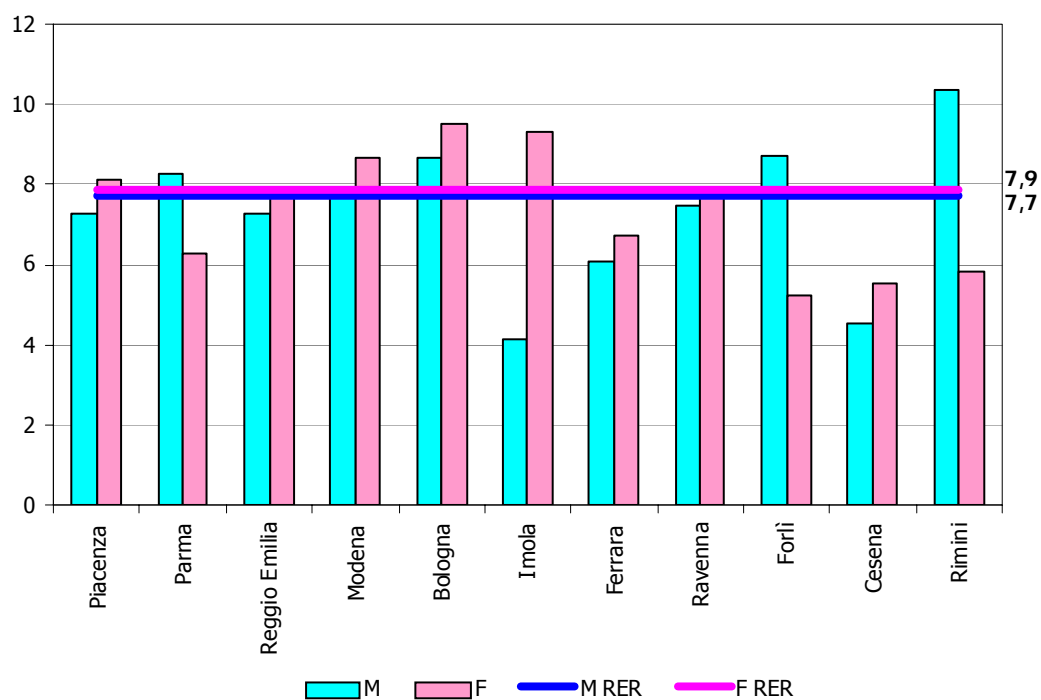


Grafico 61. Anni di vita potenzialmente persi per malattie del sistema circolatorio per Azienda USL

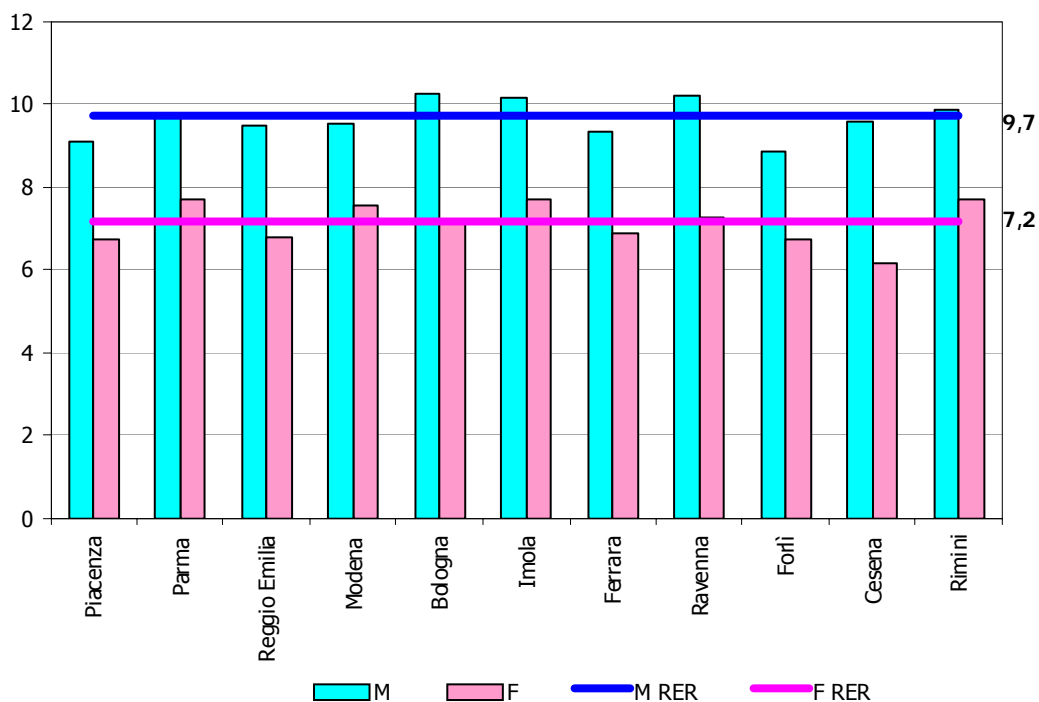


Grafico 62. Anni di vita potenzialmente persi per malattie dell'apparato digerente per Azienda USL

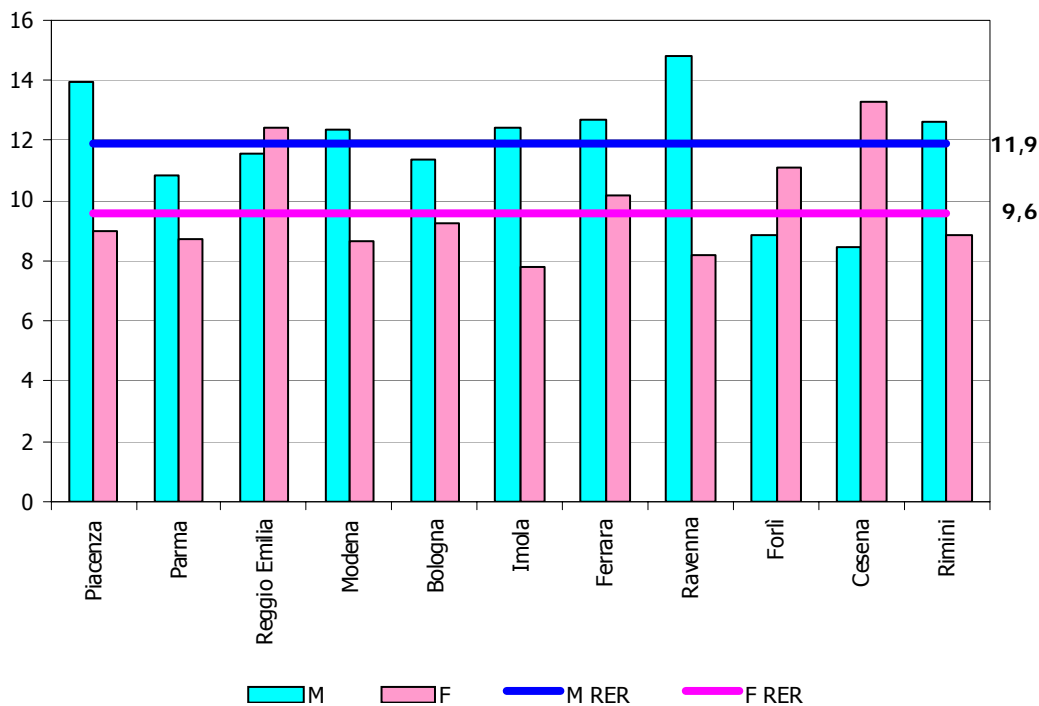


Grafico 63. Tubercolosi polmonare: tasso di incidenza medio annuo per 100.000 abitanti nei bienni considerati (Aziende USL)

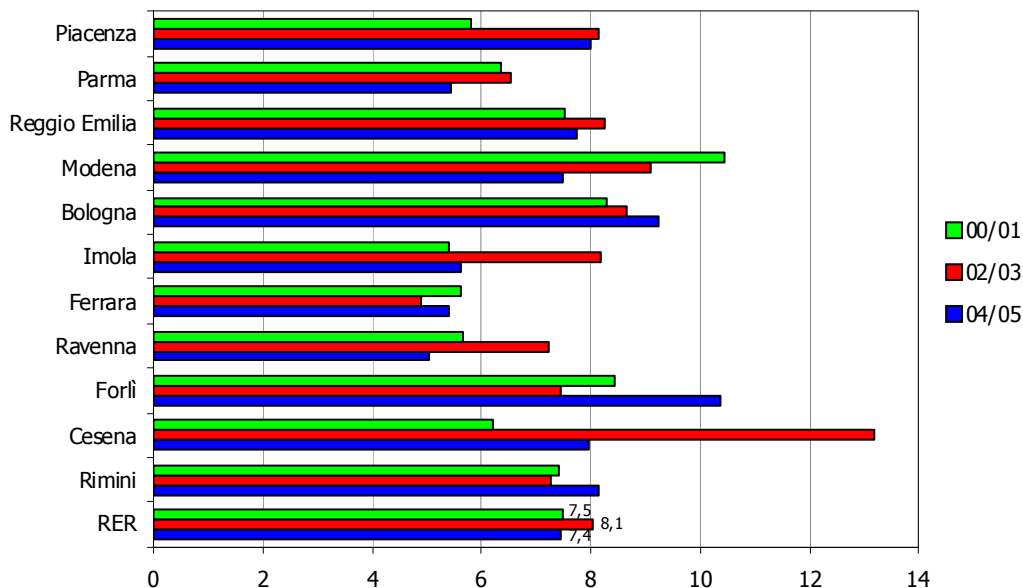
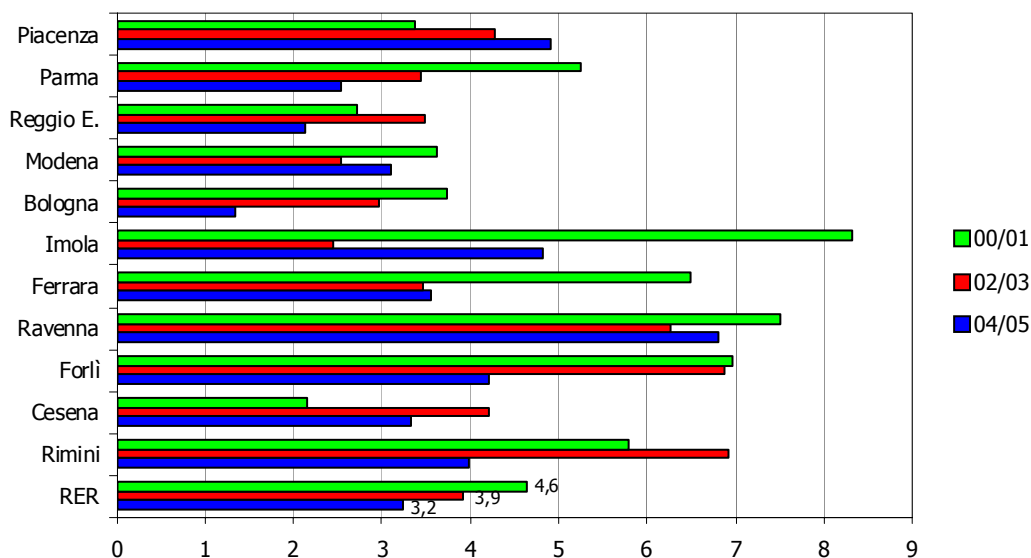
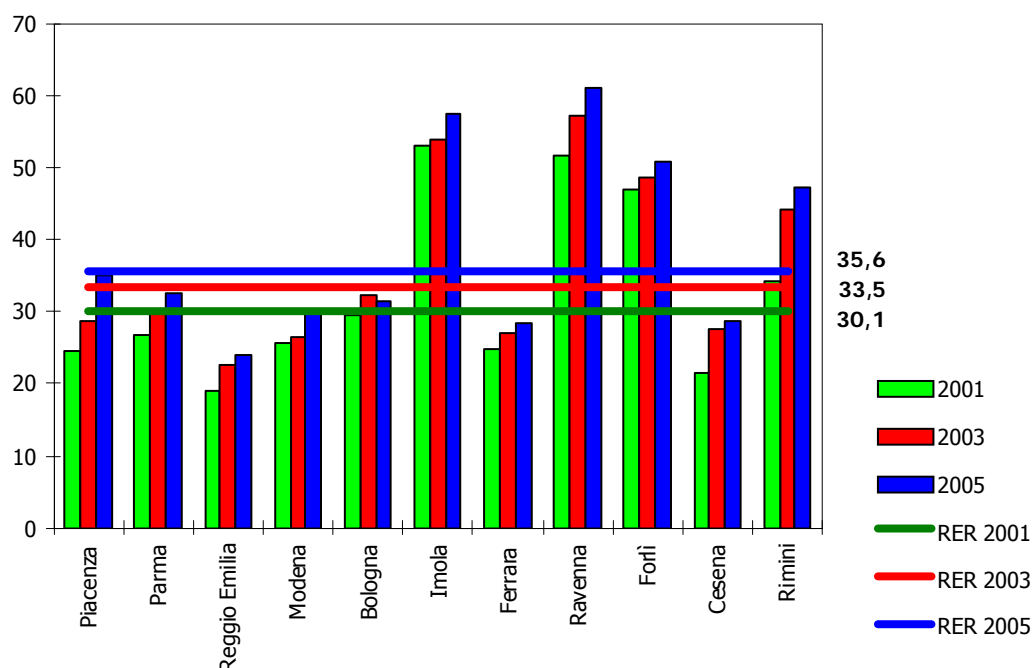


Grafico 64. AIDS: tasso di incidenza medio annuo per 100.000 abitanti nei bienni considerati (Aziende USL)¹¹⁶



¹¹⁶ La misura della prevalenza di una patologia in un dato momento (t) dipende da due elementi: l'incidenza del fenomeno nel periodo anteriore a t (nuove diagnosi negli anni precedenti) e la sopravvivenza dei malati. Può verificarsi il caso che, a parità di incidenza, si osservi una maggiore prevalenza grazie a una sopravvivenza maggiore. Le due misure, soprattutto in presenza di livelli di sopravvivenza eterogenei, si possono considerare delle informazioni complementari.

Grafico 65. AIDS: prevalenza al 31/12 dell'anno di riferimento, valori per 100.000 abitanti (Aziende USL)



6. Stili di vita

Sullo stato di salute di una popolazione incidono, oltre che le caratteristiche del territorio analizzate nei punti precedenti (qualità dell'aria, condizioni socio-economiche, ecc.) anche comportamenti individuali, come il fumo, le abitudini alimentari, il consumo di alcool, la sedentarietà, ecc.

Le fonti informative sulle abitudini di vita quotidiane sono generalmente di origine campionaria (es. Indagini multiscopo ISTAT) e con livello di rappresentatività difficilmente superiore a quello regionale.¹¹⁷ Una fonte utile a tal fine è rappresentata dal sistema di sorveglianza PASSI,¹¹⁸ attivo dal 2005 con un disegno campionario che consente di arrivare alla rappresentatività dei dati a livello provinciale.

Qui si riportano le prevalenze di fumatori e di soggetti in sovrappeso/obesi. Va notato che informazioni di dettaglio territoriale e per fattori di rischio di tale rilevanza non sono disponibili altre fonti. I dati derivano dai campioni intervistati nei due anni.

¹¹⁷ L'Indagine multiscopo ISTAT sulle condizioni di salute, nella sua edizione 2005, consente di stimare prevalenze a un livello di 6 aree vaste, che non coincidono con le Aziende USL ma ne sono un'aggregazione.

¹¹⁸ PASSI - Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia è stato avviato nel 2005 come sperimentazione di alcuni metodi utili per la sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche.

Per ogni Azienda è garantita la rappresentatività per almeno un anno (nel 2005: Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Ravenna, Cesena; nel 2006: Parma, Modena, Bologna - Imola, Forlì, Rimini).

Grafico 66. Prevalenza di fumatori (intervalli di confidenza al 95%) e di ex fumatori per provincia (anni 2005-2006)

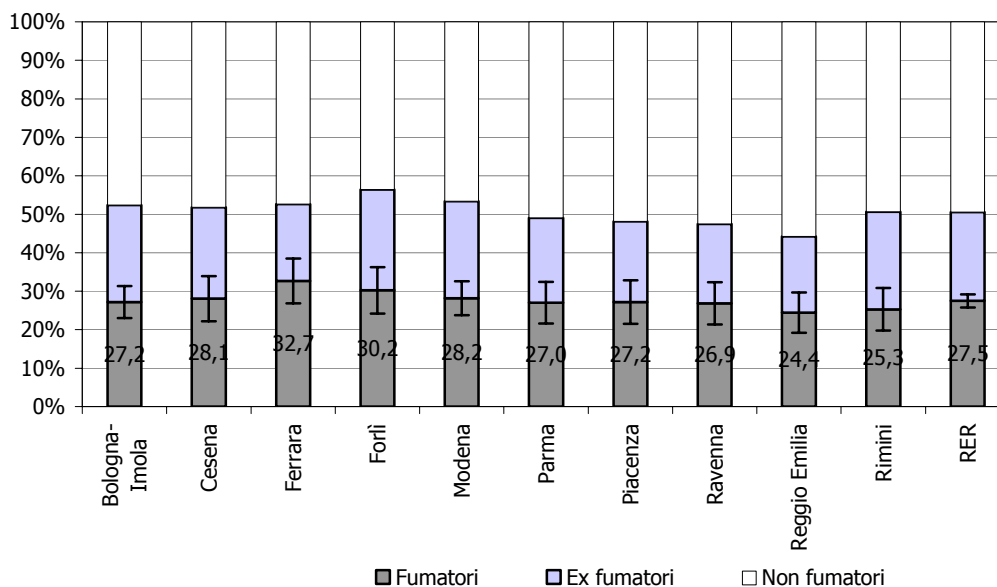
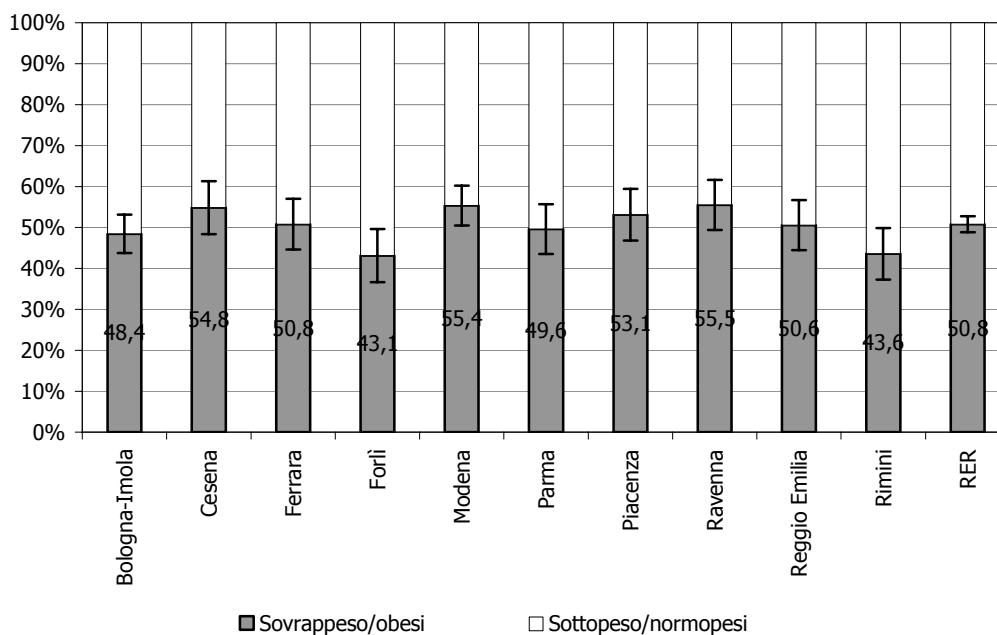


Grafico 67. Prevalenza di sovrappeso/obesi (intervalli di confidenza al 95%) per provincia (anni 2005-2006)



7. Sicurezza

La sicurezza, nell'accezione assunta nello schema del Bilancio di missione, comprende situazioni anche molto diverse fra loro, il cui denominatore comune è rappresentato dal verificarsi di infortuni classificati in incidenti stradali, infortuni sul lavoro, infortuni domestici. Qui si riportano dati relativi a:

- infortuni stradali
 - numero di incidenti, morti e feriti (*Tabella 4*);
 - rapporto di mortalità e di pericolosità (*Grafico 68*);
 - rapporto di lesività (*Grafico 69*);
 - andamento nel periodo 1998-2004 degli incidenti stradali (*Grafico 70*);
- infortuni sul lavoro
 - tasso standardizzato degli infortuni indennizzati nel periodo 1999-2005 (*Grafici 71 e 72*).

Tabella 4. Infortuni stradali: numero di incidenti, morti e feriti, per provincia (anno 2004)

| Provincia | N. incidenti | N. morti | N. feriti |
|----------------|---------------|------------|---------------|
| Piacenza | 1.435 | 47 | 2.006 |
| Parma | 1.624 | 47 | 2.203 |
| Reggio E. | 2.874 | 68 | 4.195 |
| Modena | 3.619 | 89 | 4.875 |
| Bologna | 5.314 | 122 | 7.292 |
| Ferrara | 1.680 | 86 | 2.291 |
| Ravenna | 1.680 | 51 | 2.361 |
| Forlì - Cesena | 2.477 | 50 | 3.361 |
| Rimini | 2.828 | 36 | 3.830 |
| <i>RER</i> | <i>23.531</i> | <i>596</i> | <i>32.414</i> |

Grafico 68. Infortuni stradali: rapporto di mortalità¹¹⁹ e rapporto di pericolosità¹²⁰ per provincia (anno 2004)

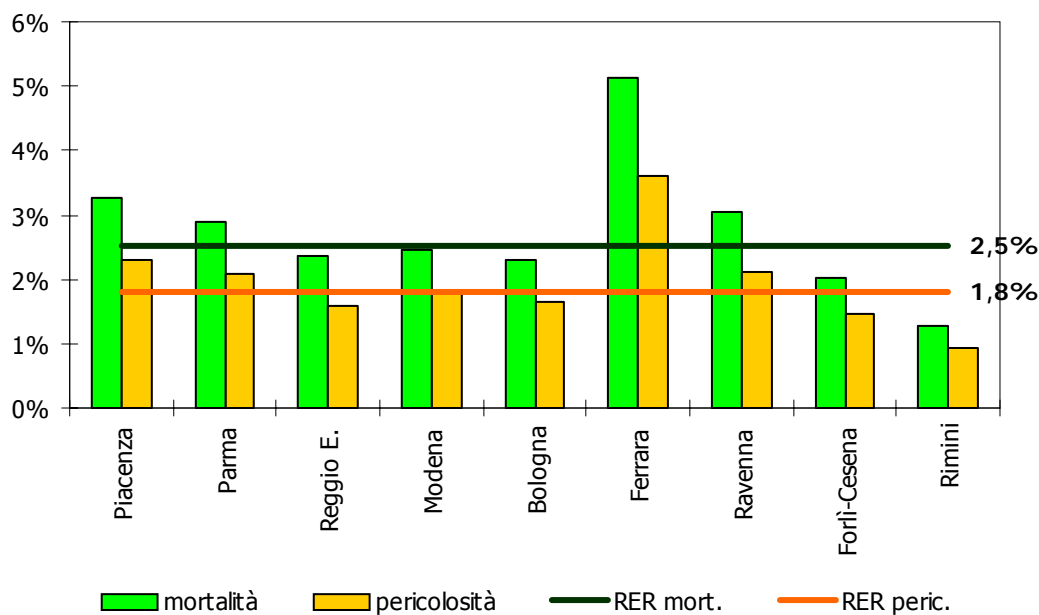
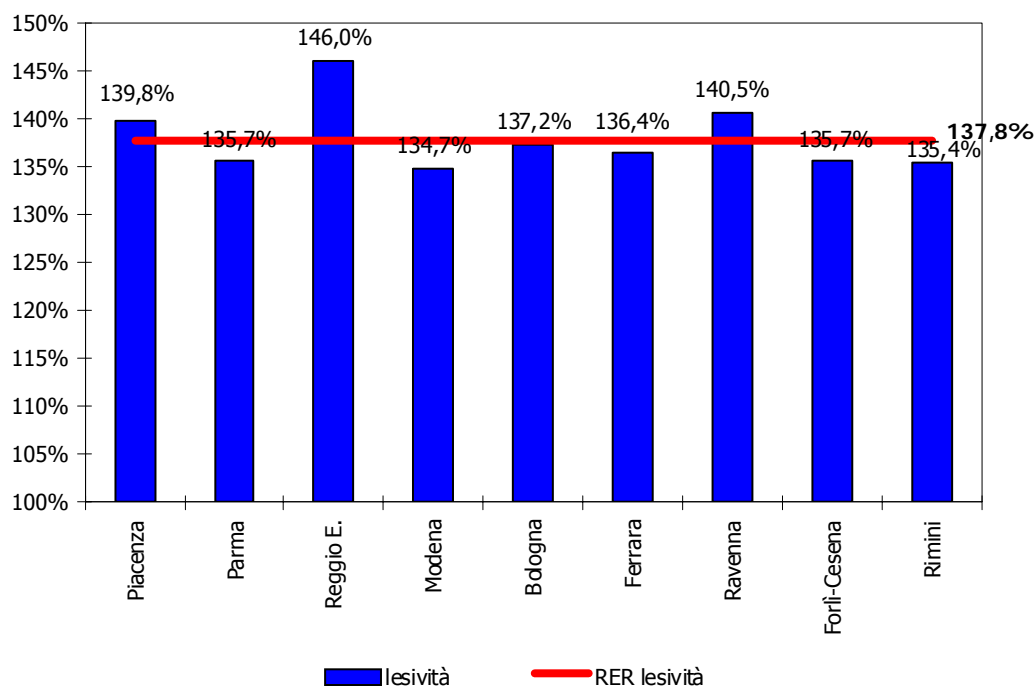


Grafico 69. Infortuni stradali: rapporto di lesività¹²¹ per provincia (anno 2004)



¹¹⁹ Rapporto di mortalità: totale morti / totale incidenti

¹²⁰ Rapporto di pericolosità: totale morti / totale morti + feriti

¹²¹ Rapporto di lesività: totale feriti / totale incidenti

Grafico 70. Infortuni stradali: andamento degli incidenti per provincia nel periodo 1998-2004

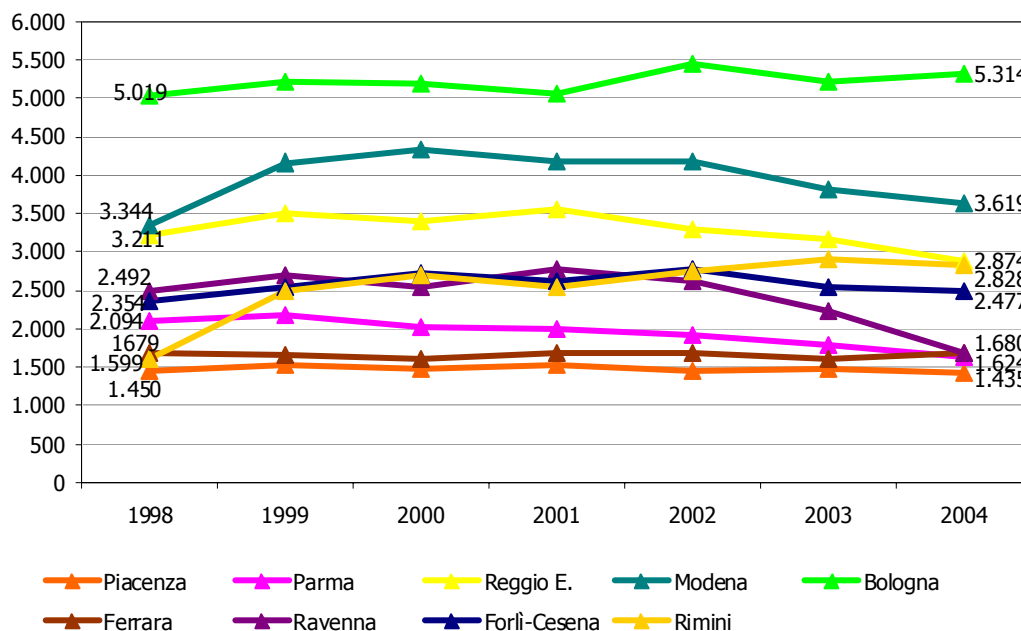
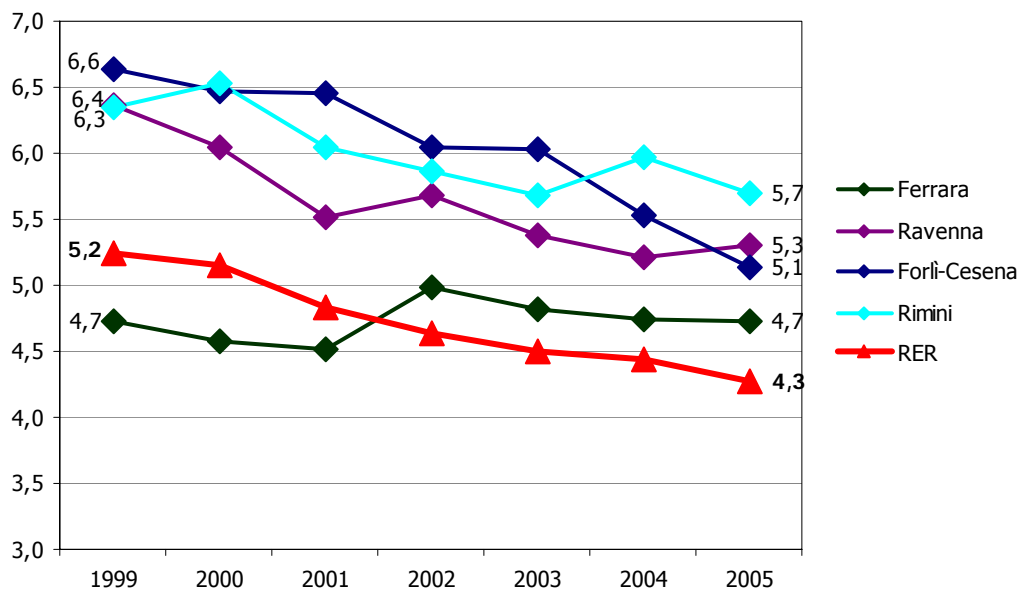
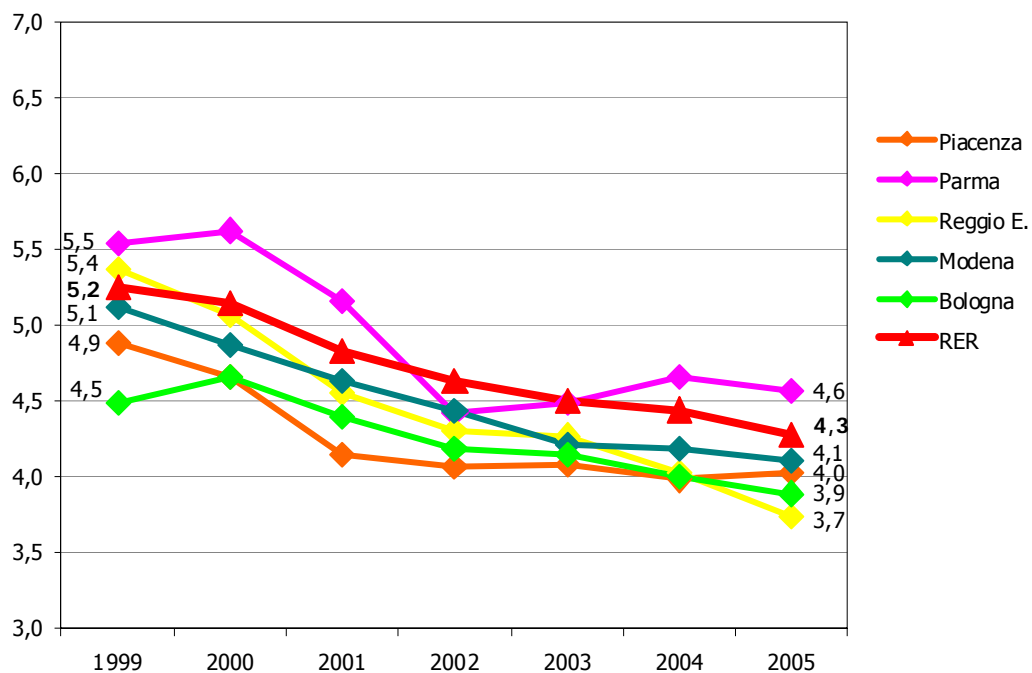


Grafico 71. Infortuni sul lavoro: tasso standardizzato degli infortuni indennizzati per provincia nel periodo 1999-2005 (A)¹²²



¹²² Il grafico relativo all'andamento del tasso standardizzato degli infortuni indennizzati è diviso per una migliore leggibilità in due parti:
 A. Aziende che nell'anno centrale (2002) presentano un valore superiore alla media regionale;
 B. realtà che presentano un valore inferiore.

Grafico 72. Infortuni sul lavoro: tasso standardizzato degli infortuni indennizzati per provincia nel periodo 1999-2005 (B)



Elementi dei profili aziendali

Nel capitolo precedente sono stati illustrati i fattori salienti che caratterizzano i diversi contesti di riferimento in cui operano le Aziende, in relazione alle dimensioni territoriali, ambientali, demografiche, socio-economiche ed epidemiologiche.

In questo capitolo vengono rappresentati alcuni aspetti tra quelli che, sviluppati più diffusamente nei Bilanci di missione delle Aziende, ne qualificano il profilo. In particolare ci si è soffermati sugli aspetti connessi con le condizioni economiche, finanziarie e patrimoniali e su quelli più direttamente connessi con le modalità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Lo scopo è quello di fornire, seppure in modo selettivo, elementi utili per poter cogliere congiuntamente alcune importanti specificità che connotano le diverse gestioni aziendali, con l'avvertenza che una loro corretta valutazione non può astrarsi dalla lettura delle condizioni di contesto di cui al capitolo precedente.

Anche qui, i fatti aziendali vengono rappresentati attraverso grafici e tabelle. Non sempre tuttavia vengono indicati i dati relativi a tutte le realtà aziendali. Laddove infatti la *performance* complessiva del sistema regionale risulti significativamente migliore di quella media nazionale e le differenze fra le singole Aziende siano relativamente modeste, si è deciso - anche per non rendere inutilmente pesante la rappresentazione - di illustrare il fenomeno unicamente attraverso l'andamento del dato medio regionale e i valori massimo e minimo che delimitano l'intervallo entro cui si collocano i singoli dati aziendali.

I quadri d'insieme proposti hanno il compito di far cogliere i vari fenomeni sia in un'ottica di sistema Regione, sia in riferimento alle situazioni/tendenze delle diverse realtà aziendali.

1. Aspetti economici, finanziari e patrimoniali

L'analisi del profilo aziendale richiede lo sforzo di rappresentare in modo coordinato gli andamenti dell'attività istituzionale e quelli di bilancio.

L'apprezzamento degli esiti conseguiti dall'Azienda nel perseguimento delle proprie finalità istituzionali non può prescindere dalla conoscenza dello stato di salute (o di non salute) economica, finanziaria e patrimoniale in cui si trova l'Azienda. A questo fine sono proposti diversi indicatori e indici in modo da consentire l'apprezzamento non solo della situazione aziendale in relazione ai dati più recenti, ma anche dell'evoluzione che questi hanno avuto negli ultimi periodi.

Peraltro, date le finalità qui perseguite, ci si è limitati ad esporre solo una selezione degli indicatori rinvenibili nei Bilanci di missione delle singole Aziende, ai quali si rinvia dunque per gli eventuali approfondimenti.

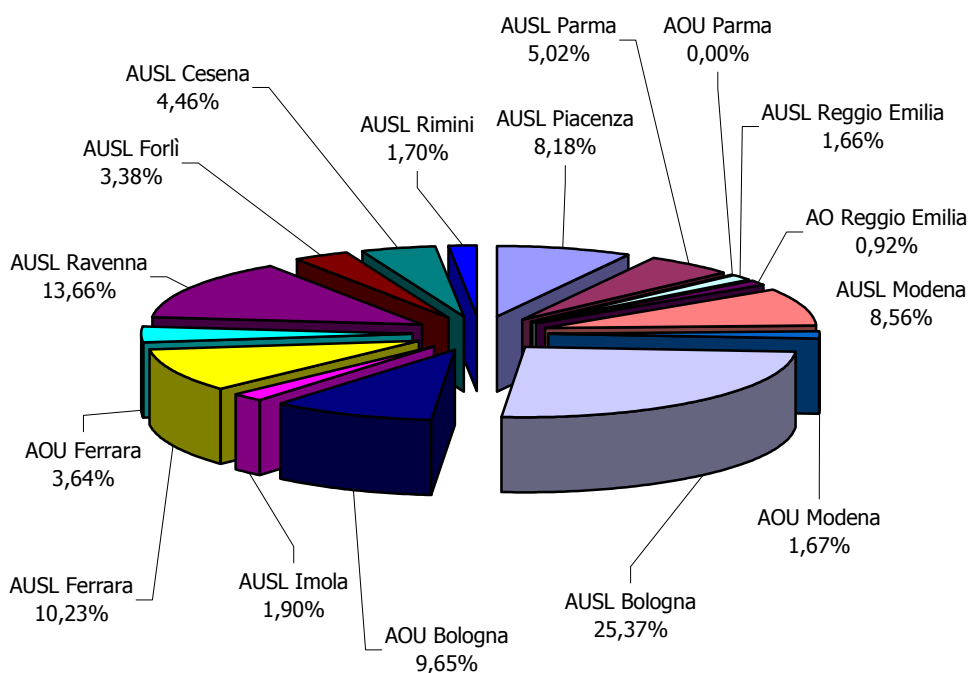
È poi da sottolineare che l'illustrazione ampia e il commento degli andamenti economici e finanziari e della rappresentazione della situazione patrimoniale dell'Azienda costituiscono l'oggetto del Bilancio di esercizio con cui il Bilancio di missione è temporalmente coordinato oltre che logicamente complementare.

Tutto ciò premesso, i risultati delle gestioni aziendali vengono qui rappresentati con riferimento agli anni 2004 e 2006, esercizi che possono essere considerati significativi per una valutazione degli andamenti aziendali nel tempo. Si è deciso di tralasciare il 2005 poiché in tale periodo amministrativo le Aziende hanno registrato contributi straordinari finalizzati anche al riequilibrio economico-finanziario delle gestioni in sofferenza.

Il primo indicatore proposto riguarda l'incidenza dei singoli risultati aziendali sul valore complessivo del disavanzo economico delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna.

Per il 2004 il disavanzo totale delle Aziende sanitarie è stato pari a 582 milioni di Euro, di cui 108 riferiti agli ammortamenti. Il Grafico 73 fa riferimento ai risultati dei bilanci aziendali, al netto del valore degli ammortamenti non sterilizzati e prima degli interventi di ri-finanziamento nazionali e delle misure di copertura regionali.

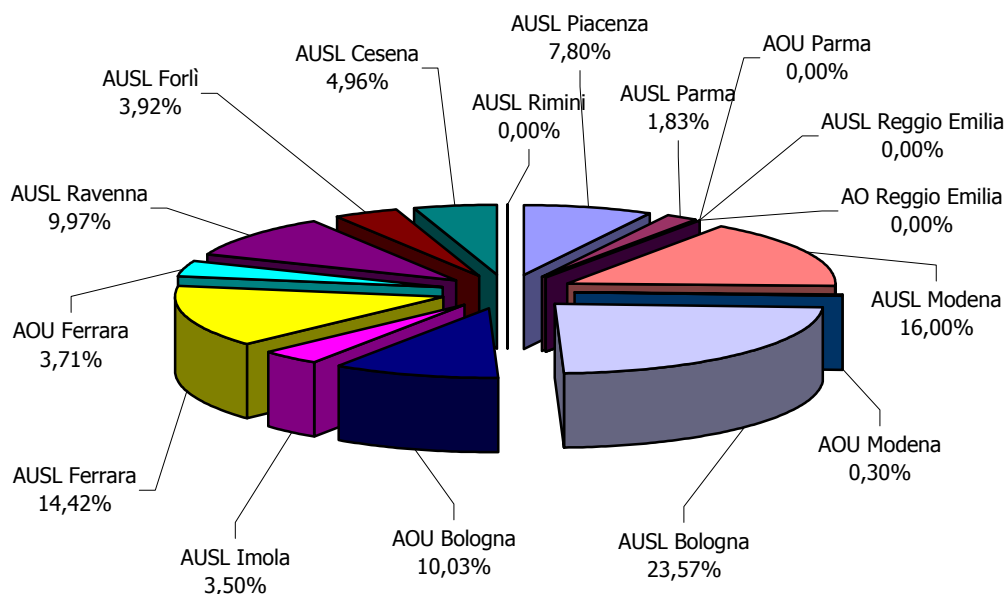
Grafico 73. Incidenza del risultato netto aziendale di esercizio sul risultato regionale (anno 2004)



Per il 2006 il disavanzo totale delle Aziende sanitarie è stato pari a 398 milioni di Euro, di cui 137 riferiti agli ammortamenti.

Come per il 2004, il grafico fa riferimento ai risultati dei bilanci aziendali, al netto del valore degli ammortamenti non sterilizzati e prima degli interventi di rifinanziamento nazionali e delle misure di copertura regionali.

Grafico 74. Incidenza del risultato netto aziendale di esercizio sul risultato regionale (anno 2006)



Il secondo aspetto proposto concerne la struttura dei costi caratteristici aziendali.

La composizione percentuale dei costi di produzione riflette il diverso utilizzo e combinarsi dei fattori produttivi sottostanti alle specifiche organizzazioni aziendali.

Per una valutazione comparativa è fondamentale distinguere le Aziende in rapporto alla presenza o meno nel territorio provinciale dell'Azienda ospedaliera, la quale - contribuendo strutturalmente e in modo coordinato alla copertura dei livelli assistenziali della popolazione di riferimento - comporta una modifica strutturale nella composizione dei costi caratteristici dell'Azienda USL, in relazione alle funzioni produttive assunte dall'Azienda ospedaliera stessa.

Per completezza, ciò ha suggerito di aggiungere anche un grafico con la composizione dei costi delle Aziende ospedaliere, necessari per poter apprezzare la completa struttura dei costi di produzione del sistema regionale.

Grafico 75. Composizione percentuale dei costi di produzione delle Aziende USL senza Azienda ospedaliera nell'ambito provinciale (anno 2006)

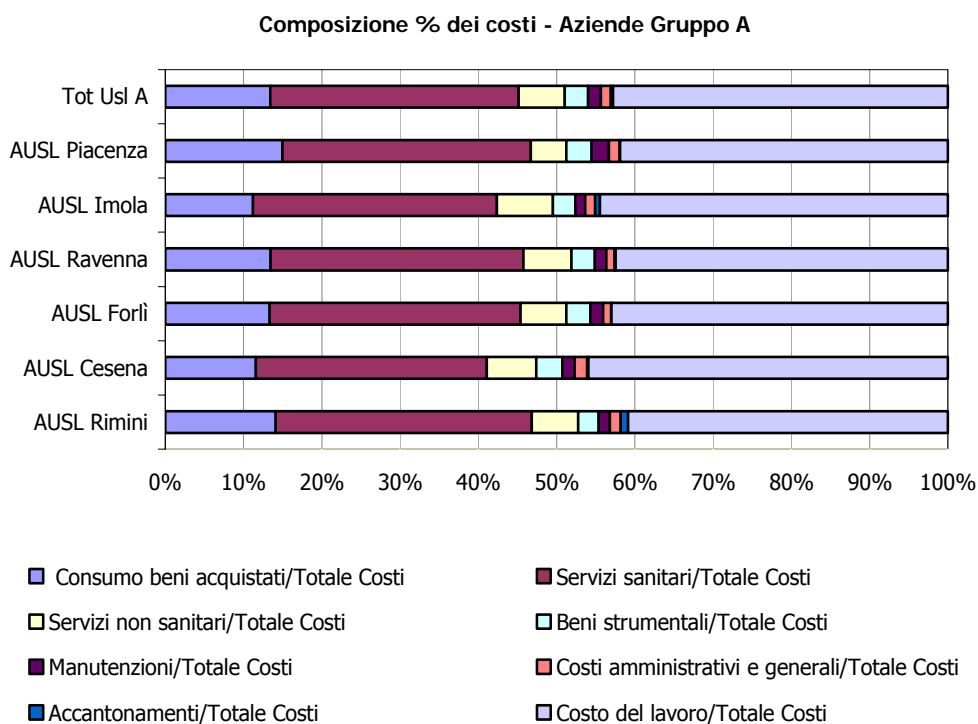


Grafico 76. Composizione percentuale dei costi di produzione delle Aziende USL con Azienda ospedaliera nell'ambito provinciale (anno 2006)

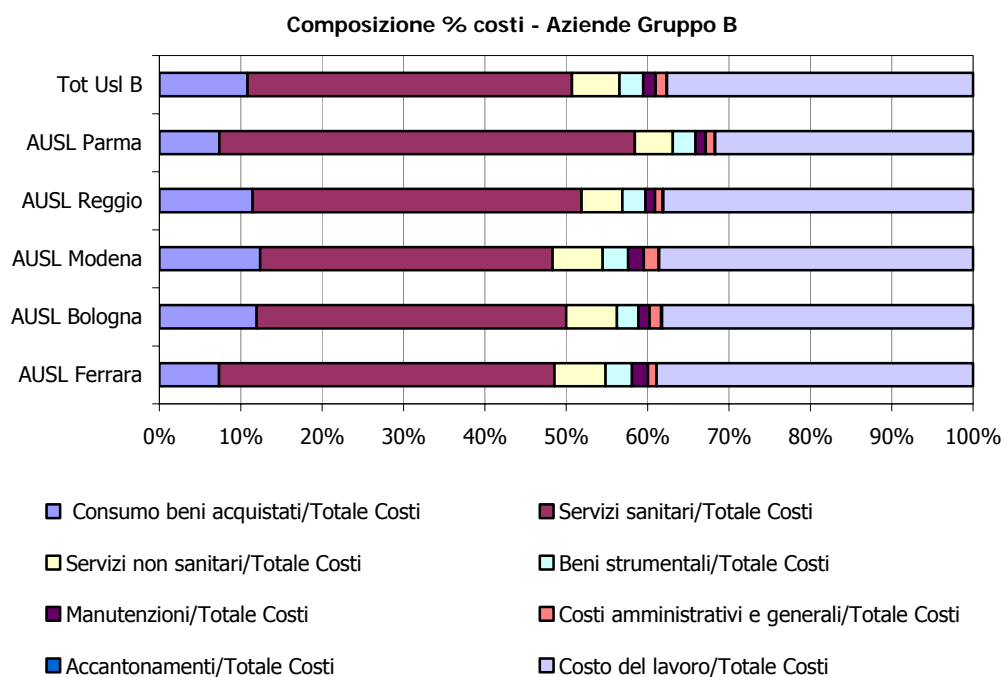
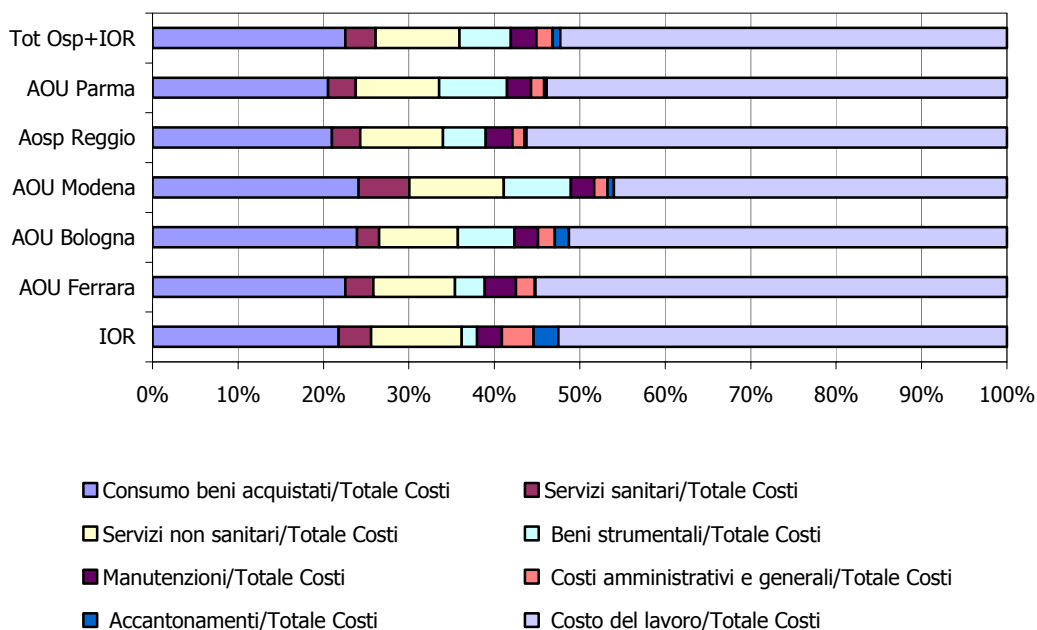


Grafico 77. Composizione percentuale dei costi di produzione delle Aziende ospedaliere e Istituti ortopedici Rizzoli (anno 2006)



Il terzo aspetto attiene ai dati di sintesi che esprimono la situazione dei finanziamenti e degli investimenti in essere alla chiusura dell'ultimo esercizio.

Nei due grafici che seguono viene dunque rappresentata la situazione patrimoniale delle Aziende al 31 dicembre 2006, attraverso la riclassificazione finanziaria degli stati patrimoniali adottata nei BdM. Il Grafico 78 illustra la composizione delle attività (investimenti). Il Grafico 79 illustra la composizione delle passività (finanziamenti). In quest'ultimo, i segmenti gialli a sinistra dello 0 indicano la presenza di *deficit* patrimoniali.

Grafico 78. Composizione percentuale delle attività dello stato patrimoniale aziendale al 31/12/2006

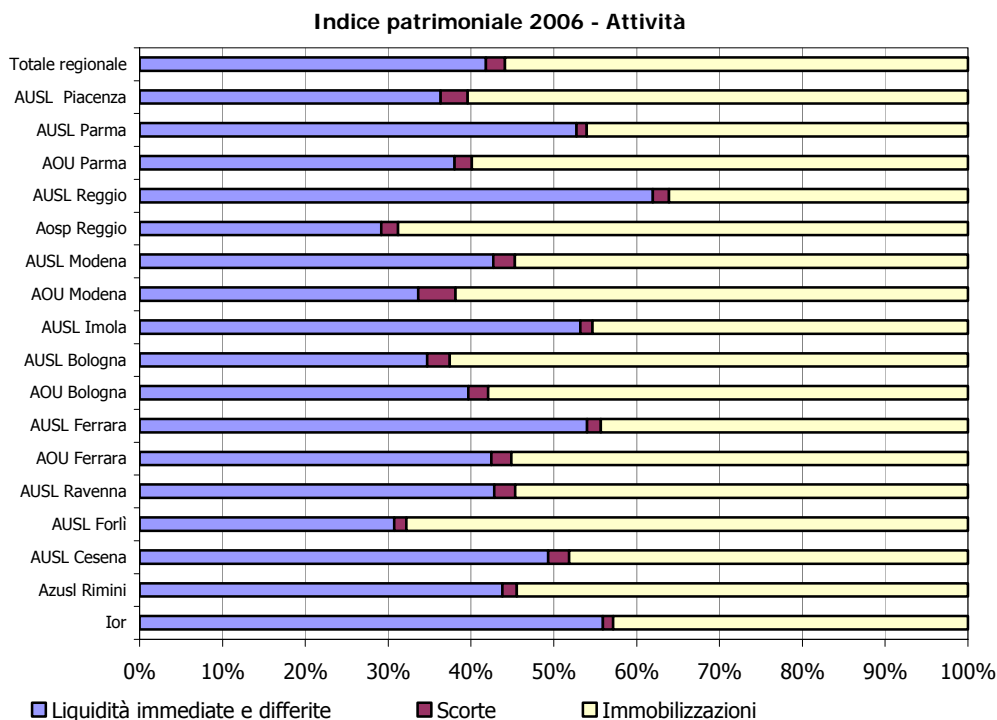
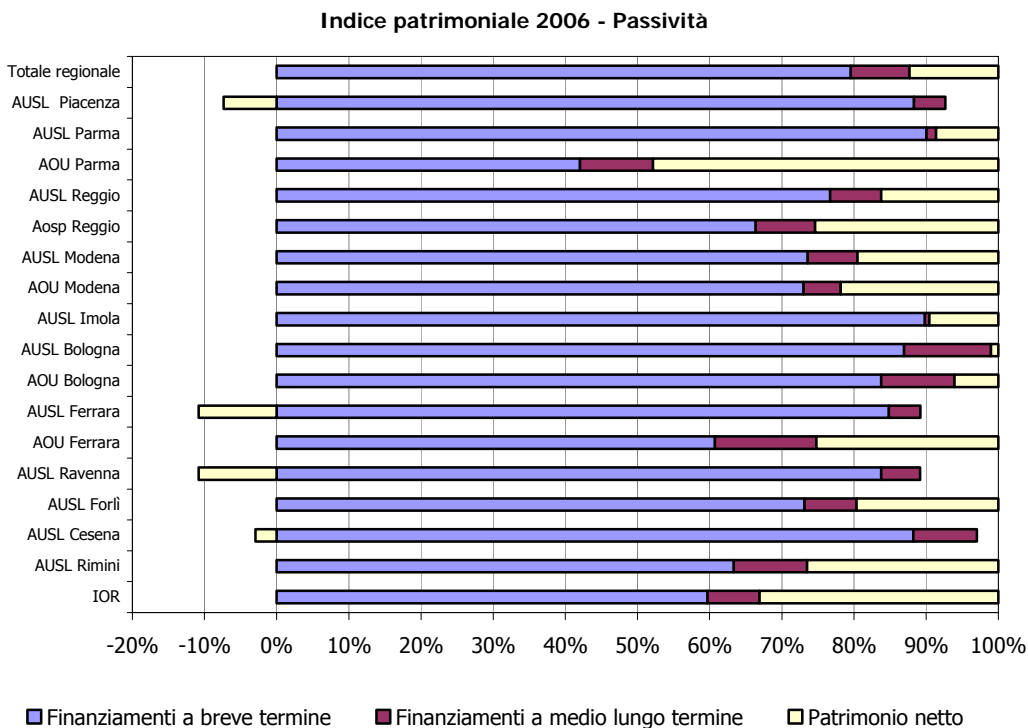


Grafico 79. Composizione percentuale delle passività dello stato patrimoniale aziendale al 31/12/2006



2. Livelli essenziali di assistenza

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori

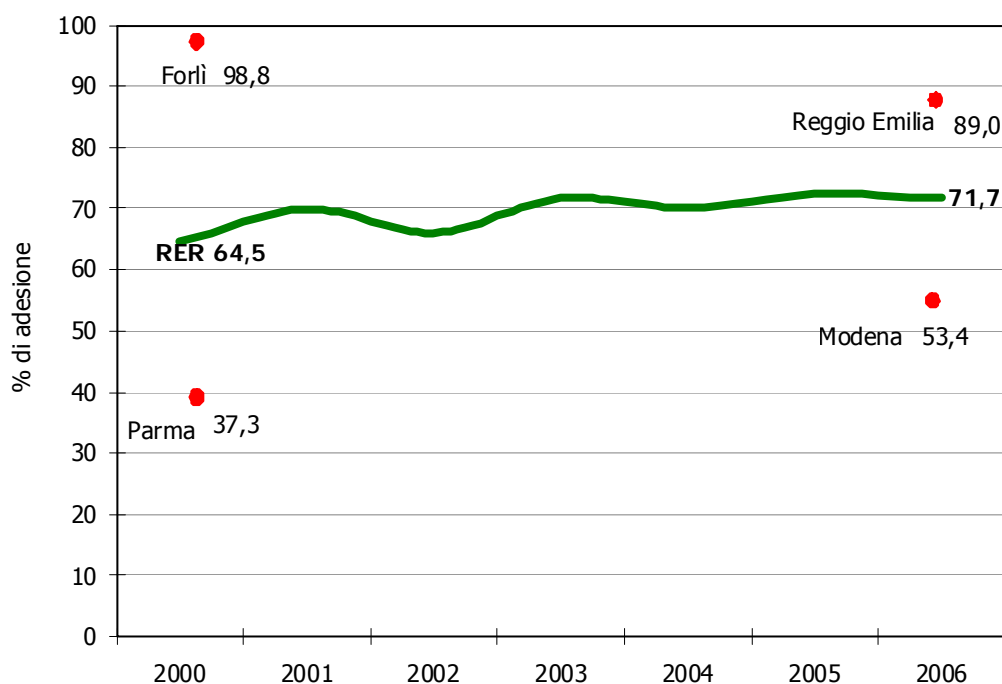
I programmi di *screening* attivati dalla Regione Emilia-Romagna riguardano i tumori di:

- mammella, attivo dal 1996 e rivolto alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni;
- collo dell'utero, attivo anch'esso dal 1996 e rivolto alle donne dai 25 ai 64 anni;
- colon retto, attivo dal marzo 2005 e rivolto a uomini e donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni.

Screening per la prevenzione dei tumori alla mammella

L'adesione al programma è aumentata dal 64,5% del 2000 al 71,7% del 2006 e risulta ricompresa tra il 53,4% di Modena e l'89% di Reggio Emilia. Un'adesione molto alta, quella regionale, se paragonata al dato nazionale che si attesta sul 60,9%.

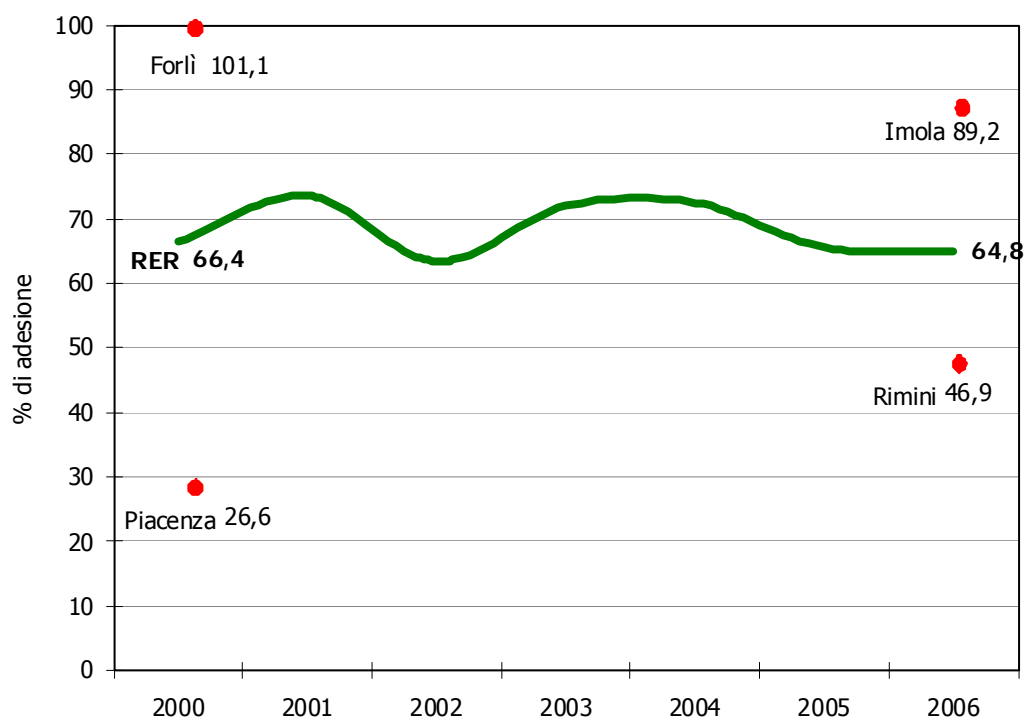
Grafico 80. *Screening* dei tumori della mammella: percentuale di adesione nella popolazione *target* nel periodo 2000-2006



Screening per la prevenzione dei tumori al collo dell'utero

L'adesione al programma è risultata nel 2006 pari al 64,8% delle donne invitate a fronte di un'adesione a livello nazionale del 36,7%. I dati delle Aziende USL emiliano-romagnole sono ricompresi tra il 46,9% di Rimini e l'89,2% di Imola.

Grafico 81. Screening dei tumori del collo dell'utero. Percentuale di adesione nella popolazione *target* nel periodo 2000-2006

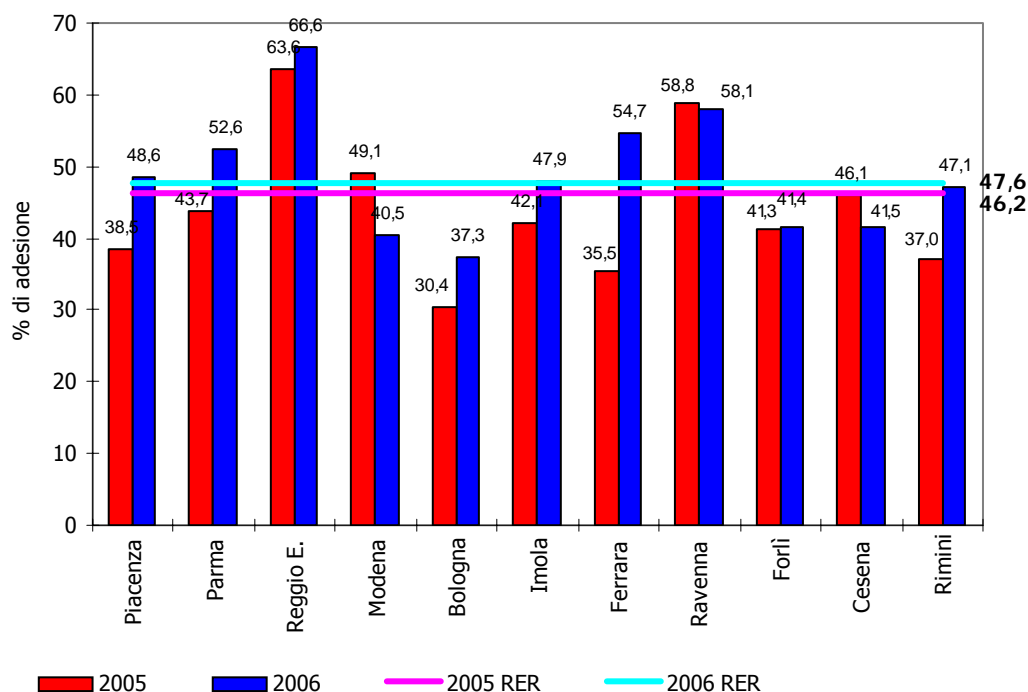


Nota La percentuale di avanzamento del programma può essere superiore al 100% (come per l'Azienda USL di Forlì nel 2000) nel caso in cui siano state chiamate più donne rispetto alla popolazione *target* annuale; ciò può essere dovuto alla diversa gestione delle chiamate o al recupero di ritardi pregressi.

Screening per la prevenzione dei tumori al colon retto

Il programma è stato avviato da tutte le Aziende della regione nel marzo 2005 con l'obiettivo di completare le chiamate entro il marzo 2007. La percentuale degli inviti effettivi è stata del 91,9% rispetto a quelli previsti entro la fine del 2006. L'adesione nel 2006 è stata del 47,6%, a fronte del 31,6% a livello nazionale. I dati delle Aziende USL emiliano-romagnole sono ricompresi fra il 37,3% di Bologna e il 66,6% di Reggio Emilia.

Grafico 82. *Screening* dei tumori al colon retto: percentuale di adesione all'invito per Azienda USL (anni 2005 e 2006)



Copertura vaccinale nei bambini

Le coperture vaccinali hanno raggiunto in Emilia-Romagna livelli stabili e sensibilmente più elevati della media nazionale. I dati evidenziano un grado di copertura di oltre il 95% per le vaccinazioni obbligatorie (polio, difterite, tetano, epatite B) e di oltre il 93% per le vaccinazioni raccomandate (rosolia, meningite, pertosse, morbillo). Qualche Azienda segnala tuttavia con preoccupazione l'aumento (anche se per ora contenuto) delle obiezioni alle vaccinazioni obbligatorie, che ad esempio a Cesena nel periodo 2001-2005 passano dall'1,6% al 3,4%,¹²³ a Parma nel periodo 1996-2004 dallo 0,2% allo 0,7% dei nuovi nati.¹²⁴ I Grafici che seguono illustrano l'andamento del dato medio regionale e, rispetto all'ultimo anno di riferimento del BdM, i valori delle Aziende con la copertura vaccinale minima e massima.

¹²³ Azienda USL di Cesena, BdM 2006, pag. 46.

¹²⁴ Azienda USL di Parma, BdM 2006, pag. 49.

Grafico 83. Polio al 24° mese: copertura vaccinale nei bambini nel periodo 2000-2006

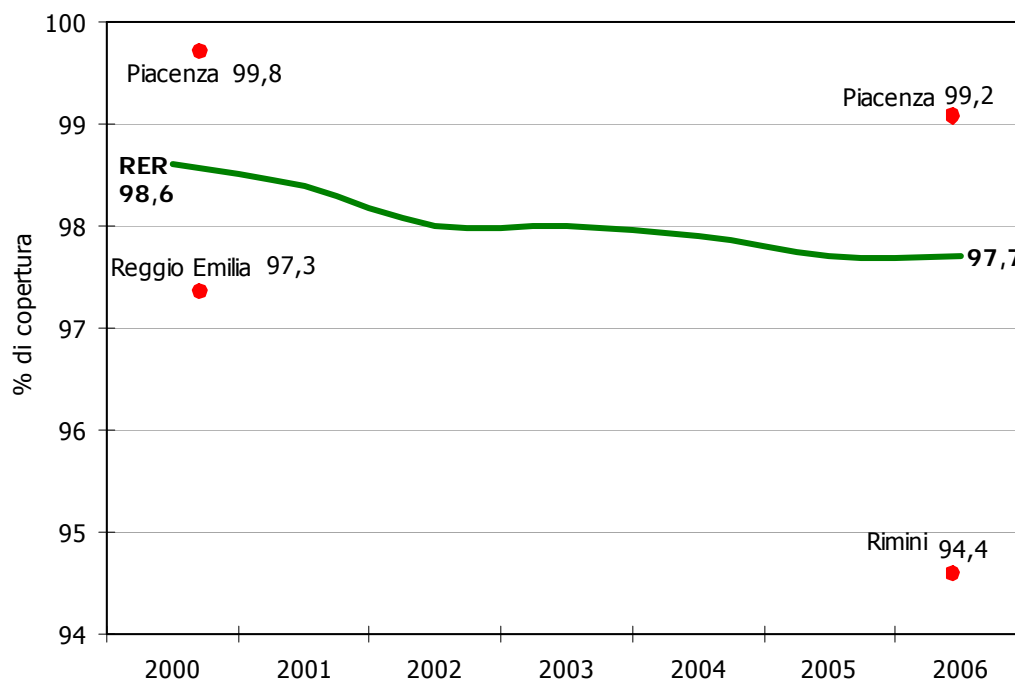


Grafico 84. Morbillo al 24° mese: copertura vaccinale nei bambini nel periodo 2000-2006

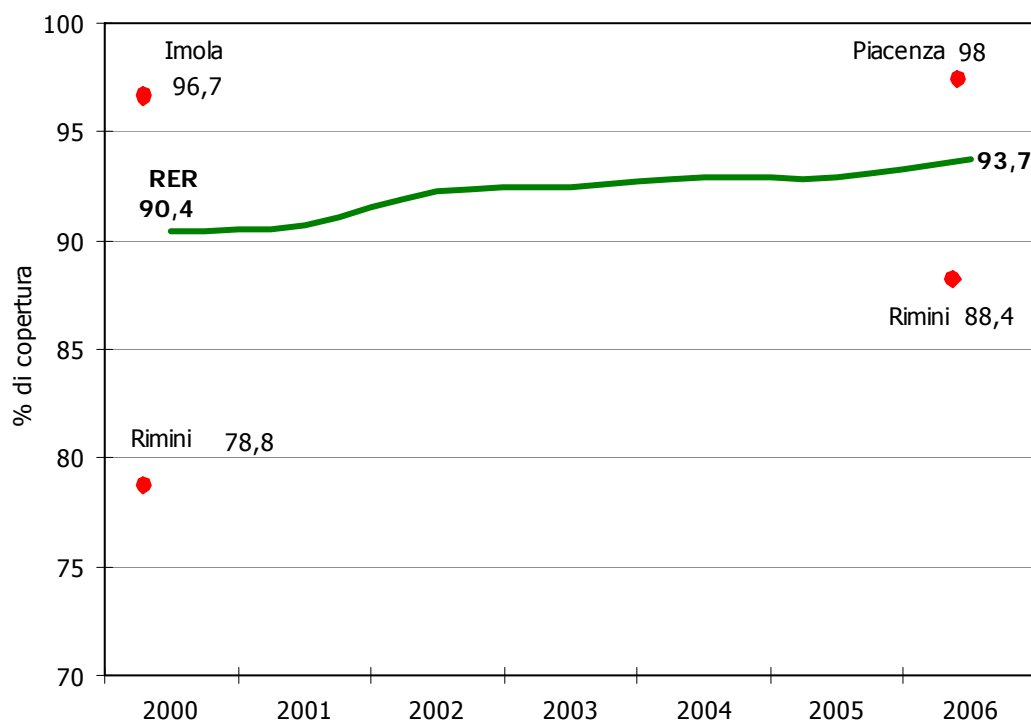


Grafico 85. Hib al 24° mese: copertura vaccinale nei bambini nel periodo 2000-2006

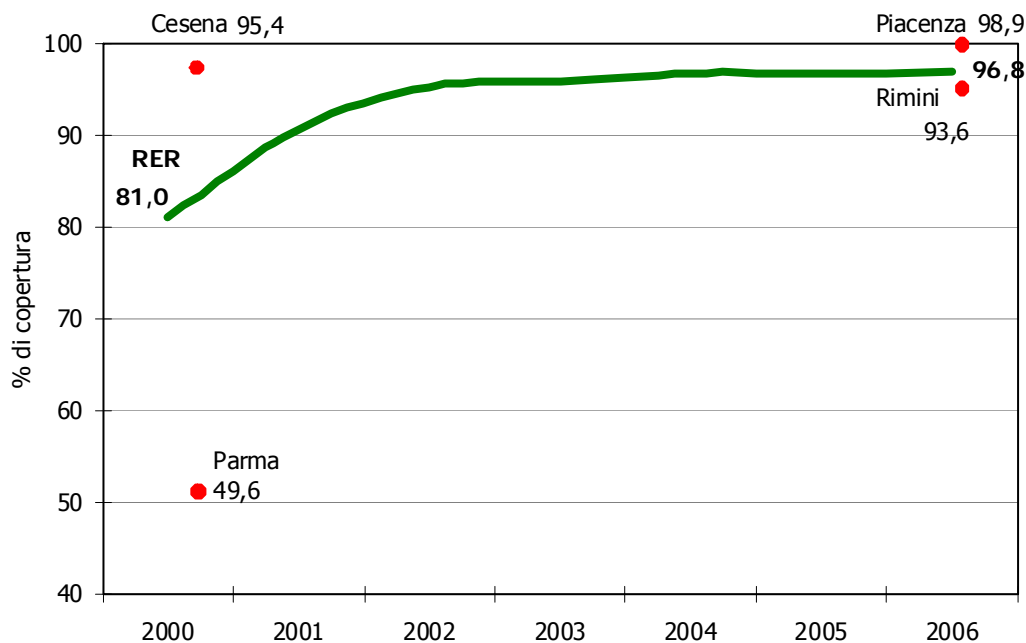
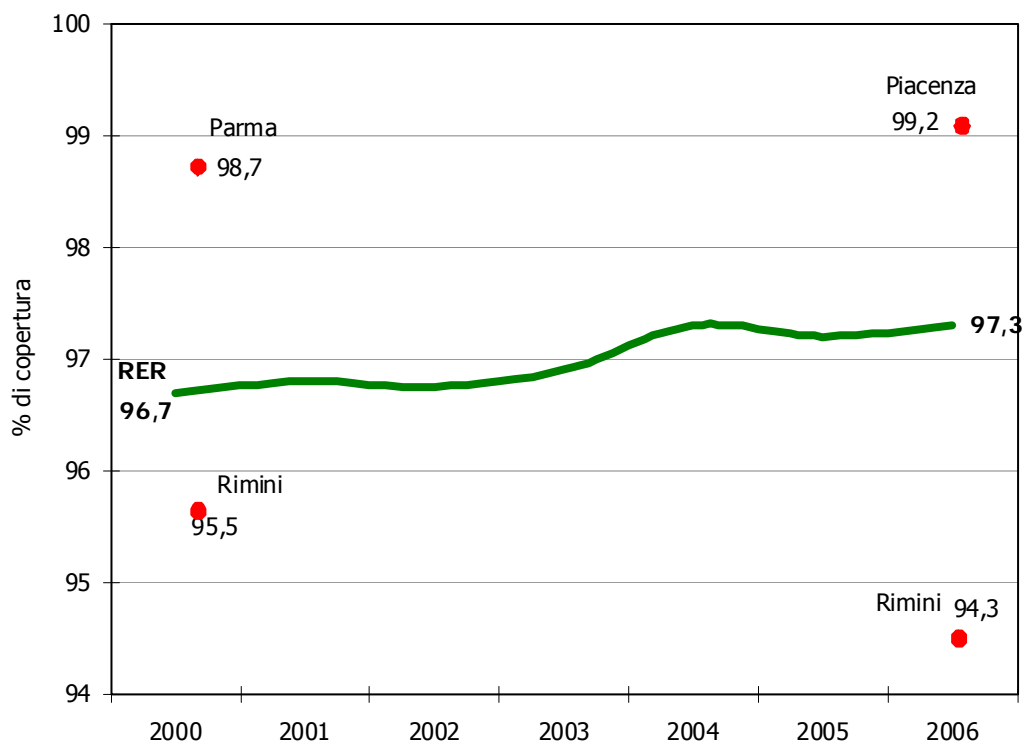


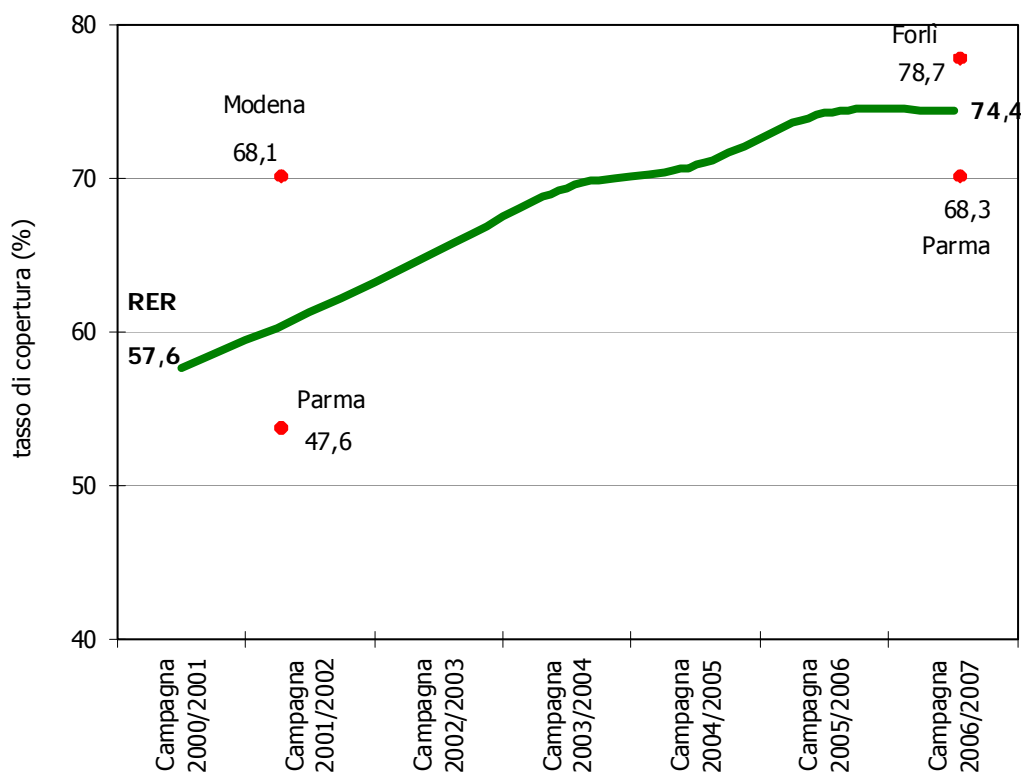
Grafico 86. Pertosse al 24° mese: copertura vaccinale nei bambini nel periodo 2000-2006



Copertura vaccinale nella popolazione anziana

Il programma regionale è rivolto alla popolazione di età superiore ai 65 anni, agli adulti e ai bambini con patologie croniche, agli operatori sanitari e agli addetti a servizi di pubblica utilità. La copertura vaccinale nella popolazione ultrasessantacinquenne è in crescita costante, passando dal 57,6% della campagna 2000/2001 al 74,4% della campagna 2006/2007, con uno scarto tra le Aziende contenuto tra il 68,3% di Parma e il 78,7% di Modena.

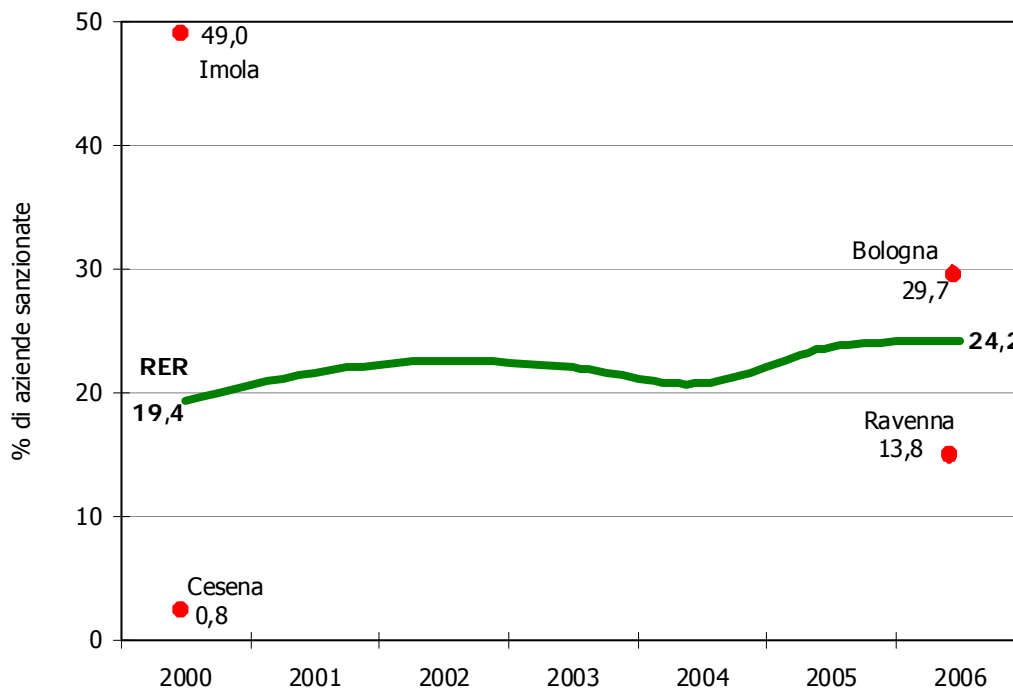
Grafico 87. Vaccinazione antinfluenzale: tasso di copertura per 100 abitanti di età oltre i 65 anni nel periodo 2000-2006



Controlli sugli ambienti di lavoro

Nel 2006 l'attività di vigilanza ha riguardato il 3,4% delle imprese, con uno scarto minimo tra le Aziende. Il 24,2% delle imprese controllate presentava irregolarità. I dati percentuali sono compresi tra l'13,8% di Ravenna e il 29,7% di Bologna.

Grafico 88. Percentuale di aziende sanzionate sulle aziende controllate (indice di violazione) per le norme sulla sicurezza e la salute negli ambienti di lavoro nel periodo 2000-2006



Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari

L'attività di controllo sugli allevamenti e sulle industrie per la sicurezza alimentare riguarda tutta la filiera, dagli allevamenti agli impianti di trasformazione, alle aziende di somministrazione e commercio degli alimenti. Nel 2006 le irregolarità riscontrate nelle aziende di ristorazione hanno riguardato il 30,6% delle unità produttive controllate, con uno scarto che va dal 15,5% di Imola al 47,6% di Modena. Nel medesimo anno le infrazioni riscontrate nelle aziende di trasformazione, lavorazione e confezionamento sono state del 30,4% complessivamente, con uno scarto compreso tra il 9,5% di Ravenna e il 47,7% di Rimini.

Grafico 89. Percentuale di aziende di ristorazione con infrazioni sulle aziende controllate nel periodo 2000-2006

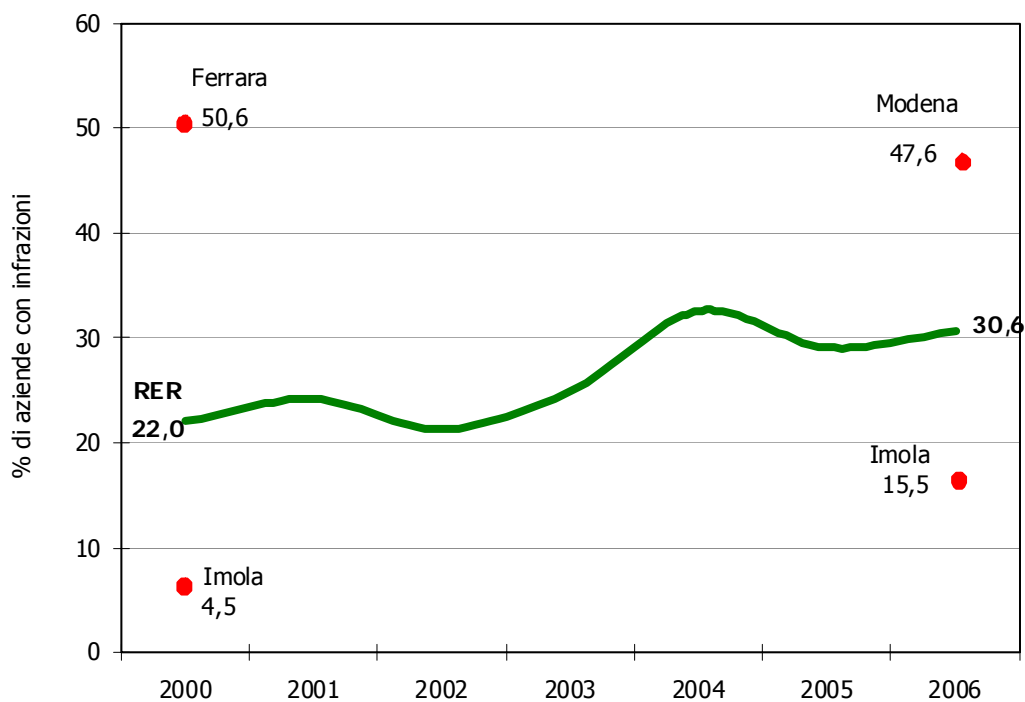
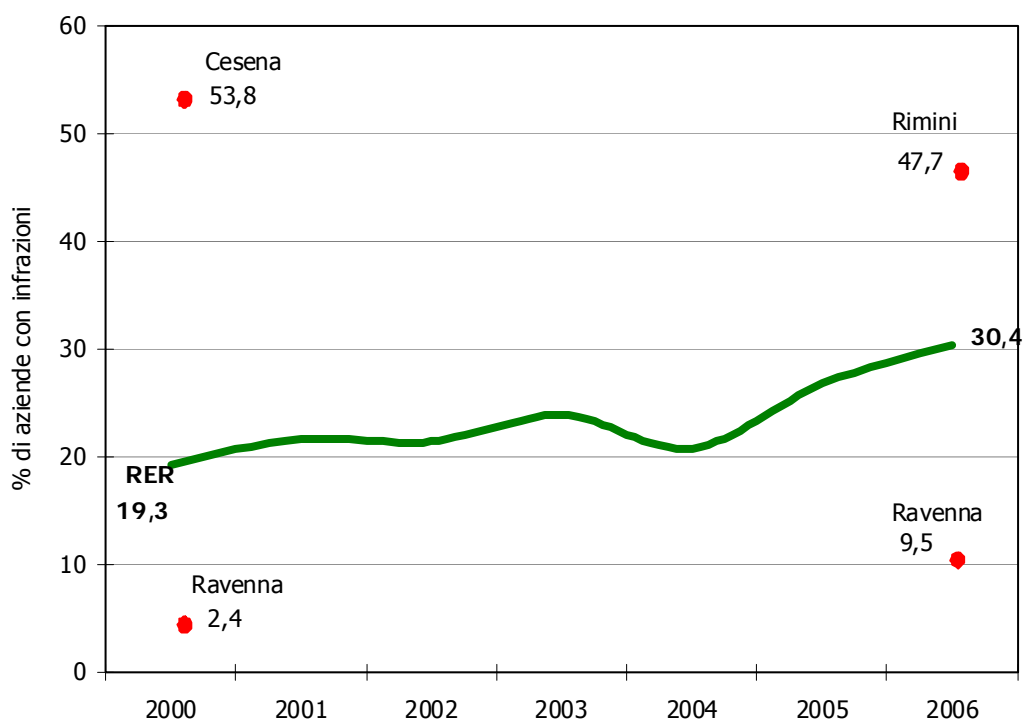


Grafico 90. Percentuale di aziende di trasformazione, lavorazione e confezionamento con infrazioni sulle aziende controllate nel periodo 2000-2006



Assistenza distrettuale*Assistenza residenziale e semi-residenziale*

I servizi sanitari per le persone anziane, con disabilità e disagio psichico comprendono una rete di strutture residenziali e semi-residenziali: nei grafici viene evidenziato il rapporto fra i posti disponibili nelle diverse tipologie di strutture e le rispettive popolazioni (o segmenti di popolazione) di riferimento.

Tabella 5. Posti residenziali e semi-residenziali (strutture e posti convenzionati) per anziani per Azienda USL (anno 2005)

| Azienda USL | Popolazione >74 anni ¹²⁵ | Posti residenziali | | Posti semi-residenziali | |
|---------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| | | posti | posti per 1.000 ab. | posti | posti per 1.000 ab. |
| Piacenza | 33.081 | 1.181 | 35,70 | 120 | 3,63 |
| Parma | 48.219 | 1.584 | 32,85 | 413 | 8,57 |
| Reggio Emilia | 49.204 | 1.735 | 35,26 | 403 | 8,19 |
| Modena | 66.611 | 2.018 | 30,30 | 372 | 5,58 |
| Bologna | 96.845 | 2.449 | 25,29 | 412 | 4,25 |
| Imola | 13.874 | 496 | 35,75 | 48 | 3,46 |
| Ferrara | 42.360 | 1.460 | 34,47 | 113 | 2,67 |
| Ravenna | 43.723 | 1.447 | 33,09 | 320 | 7,32 |
| Forlì | 21.254 | 798 | 37,55 | 95 | 4,47 |
| Cesena | 18.845 | 717 | 38,05 | 73 | 3,87 |
| Rimini | 27.148 | 633 | 23,32 | 90 | 3,32 |
| <i>RER</i> | <i>461.164</i> | <i>14.518</i> | <i>31,48</i> | <i>2.459</i> | <i>5,33</i> |

¹²⁵ Popolazione residente con più di 74 anni all'1/1/2005 (fonte RER).

Tabella 6. Posti residenziali e semi-residenziali per disabili per Azienda USL (anno 2005)

| Azienda USL | Popolazione residente ¹²⁶ | Posti residenziali | | Posti semi-residenziali | |
|---------------|--------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| | | posti | posti per 1.000 ab. | posti | posti per 1.000 ab. |
| Piacenza | 275.947 | 106 | 0,38 | 201 | 0,73 |
| Parma | 416.832 | 180 | 0,43 | 210 | 0,50 |
| Reggio Emilia | 494.310 | 119 | 0,24 | 316 | 0,64 |
| Modena | 665.272 | 143 | 0,21 | 551 | 0,83 |
| Bologna | 824.502 | 321 | 0,39 | 824 | 1,00 |
| Imola | 125.094 | 17 | 0,14 | 60 | 0,48 |
| Ferrara | 351.463 | 168 | 0,48 | 236 | 0,67 |
| Ravenna | 369.425 | 157 | 0,42 | 251 | 0,68 |
| Forlì | 178.977 | 110 | 0,61 | 289 | 1,61 |
| Cesena | 195.693 | 110 | 0,56 | 170 | 0,87 |
| Rimini | 290.029 | 160 | 0,55 | 383 | 1,32 |
| <i>RER</i> | <i>4.187.544</i> | <i>1.591</i> | <i>0,38</i> | <i>3.491</i> | <i>0,83</i> |

Tabella 7. Posti residenziali e semi-residenziali (strutture e posti convenzionati) destinati alla psichiatria per Azienda USL (anno 2006)

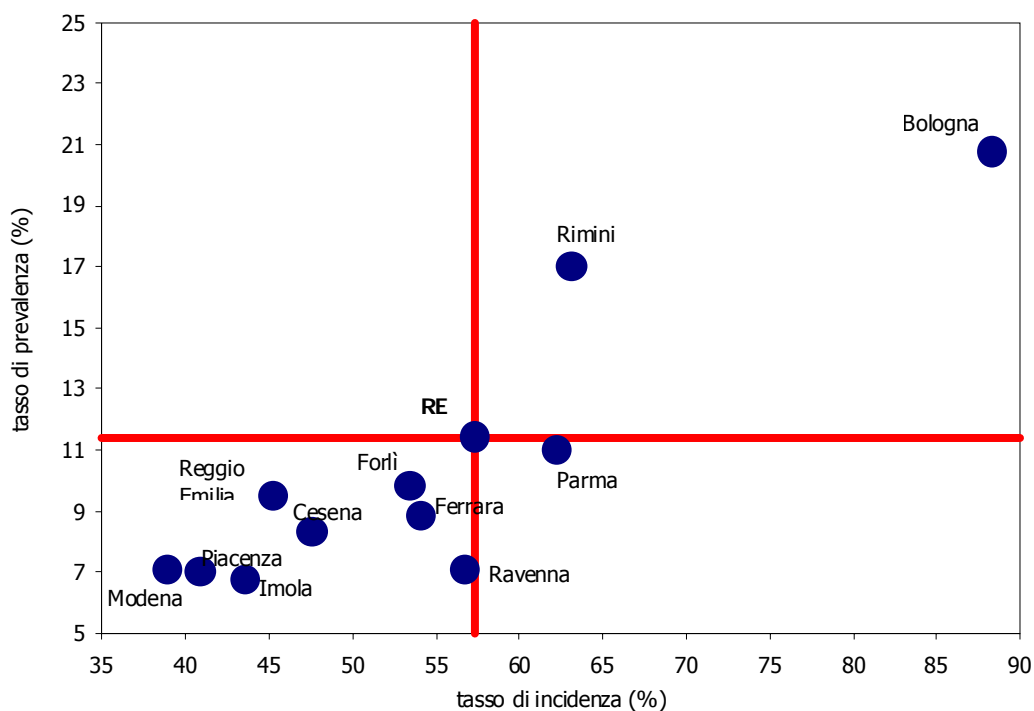
| Azienda USL | Popolazione 18-65 anni ¹²⁷ | Posti residenziali | | Posti semi-residenziali | |
|---------------|---------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| | | posti | posti per 1.000 ab. | posti | posti per 1.000 ab. |
| Piacenza | 173.424 | 158 | 0,91 | 80 | 0,46 |
| Parma | 266.026 | 224 | 0,84 | 67 | 0,25 |
| Reggio Emilia | 320.249 | 126 | 0,39 | 112 | 0,35 |
| Modena | 428.209 | 173 | 0,40 | 136 | 0,32 |
| Bologna | 522.711 | 260 | 0,50 | 324 | 0,62 |
| Imola | 78.617 | 106 | 1,35 | 15 | 0,19 |
| Ferrara | 224.177 | 62 | 0,28 | 110 | 0,49 |
| Ravenna | 233.664 | 163 | 0,70 | 103 | 0,44 |
| Forlì | 113.388 | 203 | 1,79 | 16 | 0,14 |
| Cesena | 127.124 | 94 | 0,74 | 30 | 0,24 |
| Rimini | 189.726 | 110 | 0,58 | 15 | 0,08 |
| <i>RER</i> | <i>2.677.315</i> | <i>1.679</i> | <i>0,63</i> | <i>1.008</i> | <i>0,38</i> |

¹²⁶ Popolazione residente all'1/1/2006 (fonte RER).¹²⁷ Popolazione residente 18-65 anni all'1/1/2007 (fonte RER).

Dipendenze patologiche

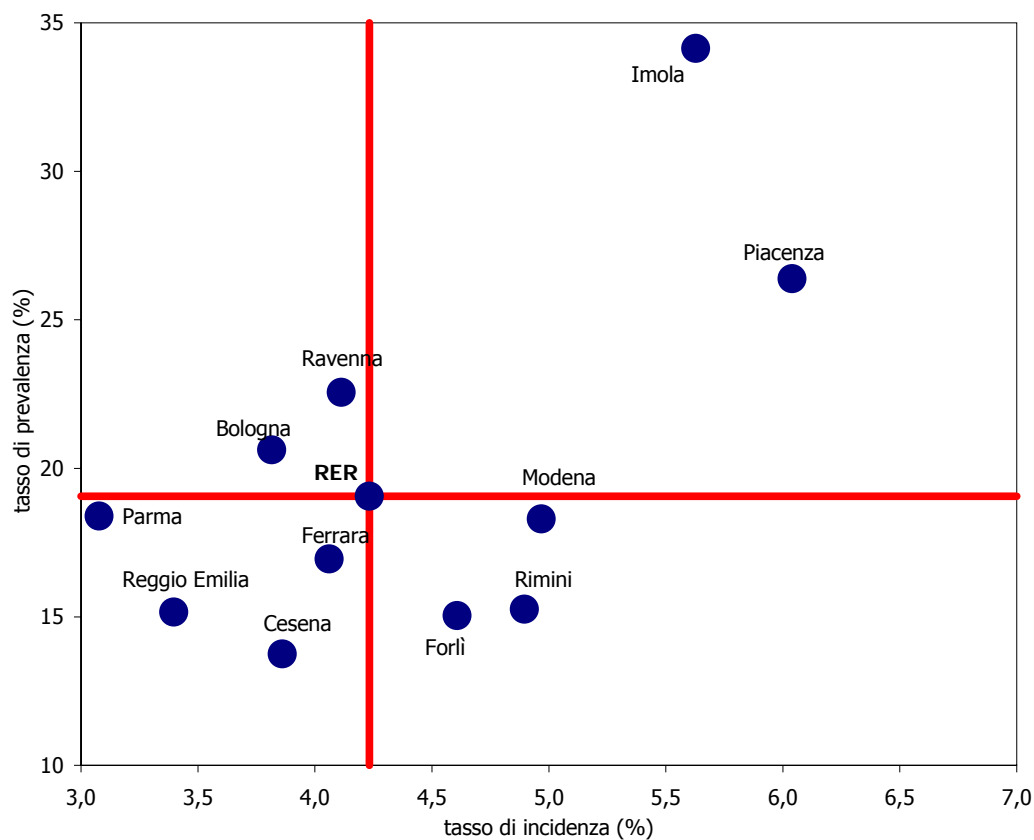
Come emerge dal Grafico 91, in cui il posizionamento di ogni Azienda è definito dal punto di incrocio tra tasso di incidenza e tasso di prevalenza, Bologna è l'Azienda che registra il più elevato tasso sia di nuovi casi (incidenza) sia di utenti complessivamente in carico (prevalenza) ai SerT nell'anno 2006. All'estremo opposto per l'uno e per l'altro fenomeno si collocano rispettivamente Modena e Imola.

Grafico 91. Tasso di incidenza e tasso di prevalenza per le tossicodipendenze per Azienda USL (anno 2006)



Per quanto riguarda le alcoldipendenze, Piacenza è l'Azienda che registra il tasso più elevato di nuovi casi (incidenza) mentre Imola quella caratterizzata dal maggior tasso di utenti complessivamente in carico ai servizi (prevalenza) nell'anno 2006. All'estremo opposto, si collocano Parma con il minor tasso di nuovi casi e Cesena con il più basso tasso di alcoldipendenti in carico ai servizi.

Grafico 92. Tasso di incidenza e tasso di prevalenza per alcoldipendenze per Azienda USL (anno 2006)



Assistenza domiciliare

Nel 2006 in Emilia-Romagna le persone assistite a domicilio erano complessivamente 77.085 vs 55.000 nel 2001, facendo perciò registrare una crescita notevole negli ultimi anni.

Con questo tipo d'assistenza si punta ad evitare il ricorso improprio al ricovero ospedaliero. È quindi interessante leggere i dati rappresentati in modo correlato con l'andamento dei tassi di ospedalizzazione che verranno riportati più avanti. I due Grafici che seguono illustrano la situazione delle singole Aziende rispettivamente in relazione alla distribuzione dei pazienti assistiti per classi d'età e alla distribuzione dell'attività per tipologia assistenziale (TAD).

Grafico 93. ADI: percentuale dei pazienti assistiti per classi d'età sul totale degli assistiti a domicilio per Azienda USL (anno 2006)

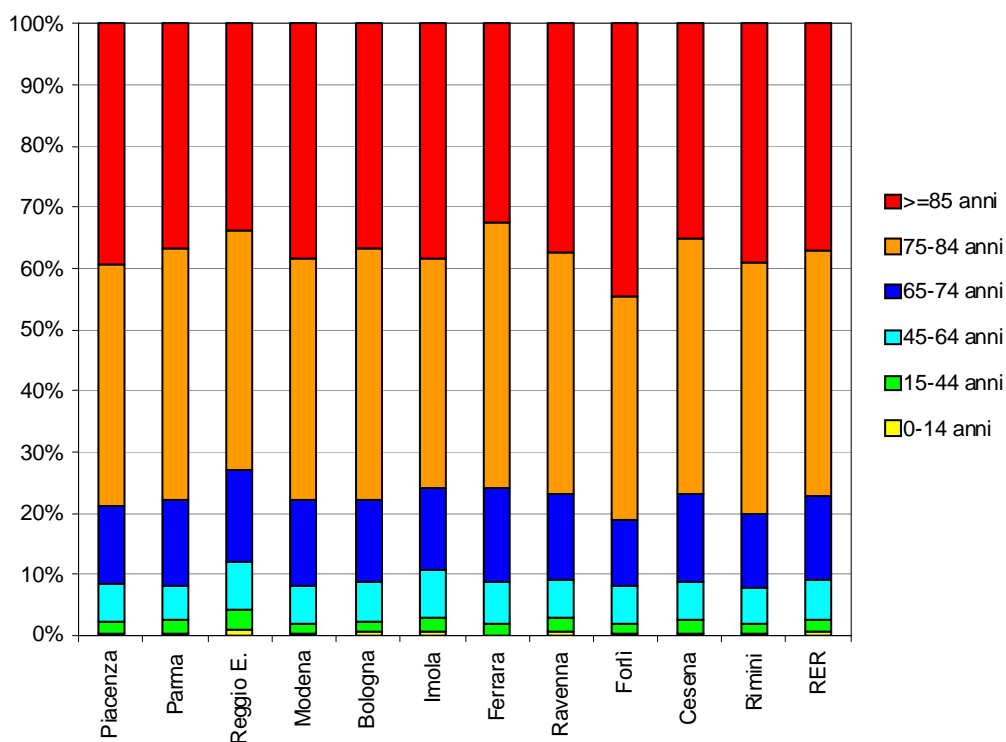
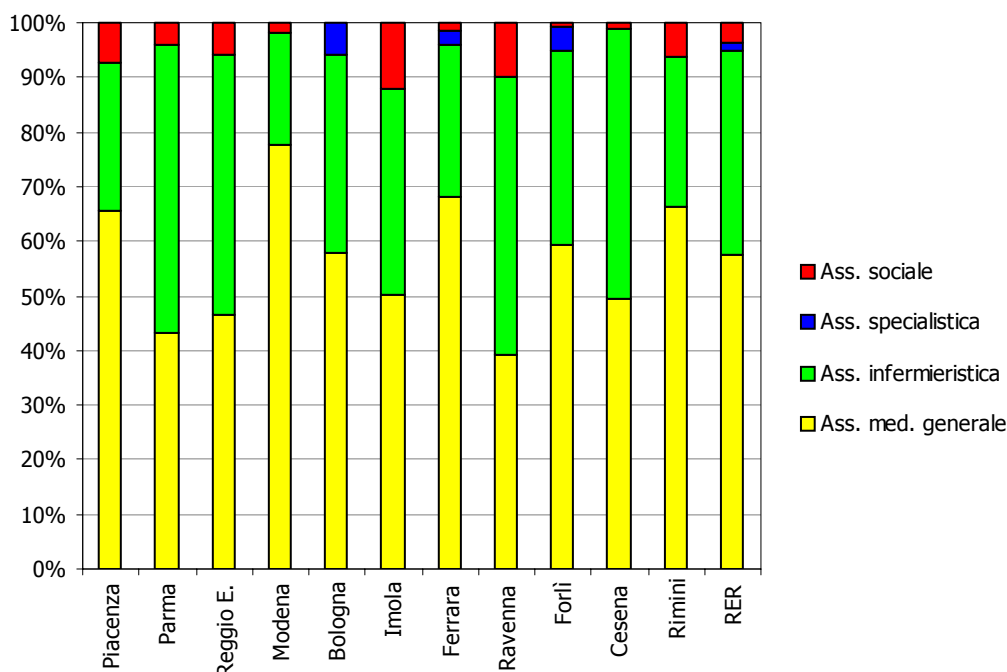


Tabella 8. Numero di TAD suddivise per tipologia assistenziale per Azienda USL (anno 2006)

| Azienda USL | Assistenza medicina generale | Assistenza infermieristica | Assistenza specialistica | Assistenza sociale | Totale |
|-------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------|
| Piacenza | 4.322 | 1.775 | 0 | 483 | 6.580 |
| Parma | 4.666 | 5.720 | 0 | 427 | 10.813 |
| Reggio E. | 5.335 | 5.443 | 0 | 662 | 11.440 |
| Modena | 11.060 | 2.901 | 0 | 257 | 14.218 |
| Bologna | 10.848 | 6.755 | 1.084 | 0 | 18.687 |
| Imola | 1.350 | 1.017 | 0 | 323 | 2.690 |
| Ferrara | 3.854 | 1.581 | 135 | 85 | 5.655 |
| Ravenna | 2.750 | 3.596 | 0 | 699 | 7.045 |
| Forlì | 2.543 | 1.521 | 180 | 38 | 4.282 |
| Cesena | 2.009 | 2.008 | 0 | 52 | 4.069 |
| Rimini | 3.267 | 1.353 | 0 | 304 | 4.924 |
| <i>RER</i> | <i>52.004</i> | <i>33.670</i> | <i>1.399</i> | <i>3.330</i> | <i>90.403</i> |

Grafico 94. Percentuale delle tipologie di TAD sul totale dell'assistenza domiciliare per Azienda USL (anno 2006)



Assistenza in hospice

La rete assistenziale degli *hospice* ha registrato un notevole incremento negli ultimi tre anni, passando da 9 strutture con 120 posti letto e 1.999 ricoverati nel 2004, a 14 strutture con 170 posti letto e 2.859 ricoverati nel 2006.

Tabella 9. Rete assistenziale degli *hospice* per Azienda USL

| Azienda sanitaria | Presidio | 2004 | | | 2005 | | | 2006 | | |
|-------------------|---|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|
| | | pl | dim. | deg. m. (gg) | pl | dim. | deg. m. (gg) | pl | dim. | deg. m. (gg) |
| Piacenza | Hospice di Borgonovo Valtidone (1) | | | | 10 | 7 | 20,1 | 10 | 149 | 16,6 |
| Parma | Hospice Borgotaro (2) | | | | 8 | 59 | 22,4 | 8 | 107 | 17,3 |
| | Hospice Langhirano (3) | | | | 12 | 25 | 21,6 | 12 | 57 | 38,9 |
| | Hospice Fidenza (4) | 15 | 49 | 20,5 | 15 | 152 | 23,1 | 15 | 193 | 24,2 |
| Reggio Emilia | Hospice Madonna dell'Uliveto di Albinea | 12 | 189 | 21,4 | 12 | 207 | 20,2 | 12 | 204 | 20,6 |
| AOSP Modena | Hospice Policlinico di Modena | 10 | 253 | 11,0 | 10 | 286 | 12,7 | 10 | 297 | 12,5 |
| Bologna | Hospice Chiantore Seragnoli | 30 | 497 | 19,7 | 30 | 493 | 19,3 | 30 | 514 | 20,0 |
| Imola | Hospice Castel San Pietro (5) | | | | 12 | 148 | 17,9 | 12 | 217 | 17,0 |
| Ferrara | Hospice Ado | 12 | 230 | 16,5 | 12 | 207 | 20,1 | 12 | 200 | 19,5 |
| Ravenna | Hospice Lugo | 8 | 70 | 21,0 | 8 | 83 | 23,2 | 8 | 120 | 19,6 |
| Forlì | Hospice Forlimpopoli | 11 | 314 | 12,2 | 11 | 302 | 12,5 | 11 | 265 | 14,5 |
| | Hospice di Dovadola (6) | | | | 8 | 12 | 20,5 | 8 | 108 | 22,9 |
| Cesena | Hospice Savignano sul Rubicone | 12 | 218 | 18,6 | 12 | 246 | 16,6 | 12 | 233 | 25,0 |
| Rimini | Hospice Rimini | 10 | 179 | 16,4 | 10 | 162 | 17,7 | 10 | 195 | 15,1 |
| <i>Totale</i> | | <i>120</i> | <i>1.999</i> | <i>16,9</i> | <i>170</i> | <i>2.389</i> | <i>17,8</i> | <i>170</i> | <i>2.859</i> | <i>19,0</i> |

Fonte: banca dati *Hospice*, Regione Emilia-Romagna. Dal 2007 si attivano gli *hospice* all'ospedale Bellaria di Bologna e Codigoro.

Legenda:

| | |
|--------------|--------------------|
| pl | posti letto |
| dim. | dimessi |
| deg. m. (gg) | degenza media (gg) |

Assistenza nei consultori familiari

La rete regionale presenta 214 consultori familiari, di cui 29 Spazi giovani e 16 Spazi per le donne immigrate e i loro bambini, con la presenza costante di una mediatrice culturale. Nel 2006 le prestazioni prevalenti sono quelle relative alla diagnosi precoce dei tumori femminili (34%), seguite dall'assistenza alla gravidanza (21,6%) e dalle prestazioni di specialistica ginecologica (21,5%). Le attività di certificazione per l'interruzione volontaria della gravidanza rappresentano il 2%. La rete consultoriale regionale segue nel suo complesso il 40,3% delle gravidanze, con uno scarto consistente tra le Aziende, i cui dati si collocano tra il 28,8% di Imola e il 49,9% di Forlì. Rimini è nel 2006 l'Azienda con il minor peso percentuale di donne immigrate sul totale delle donne seguite in gravidanza (30,3%). Piacenza è l'Azienda con la percentuale più alta (68%).

Grafico 95. Percentuale di donne seguite in gravidanza dai consultori familiari sul totale dei nati vivi nel periodo 2000-2006

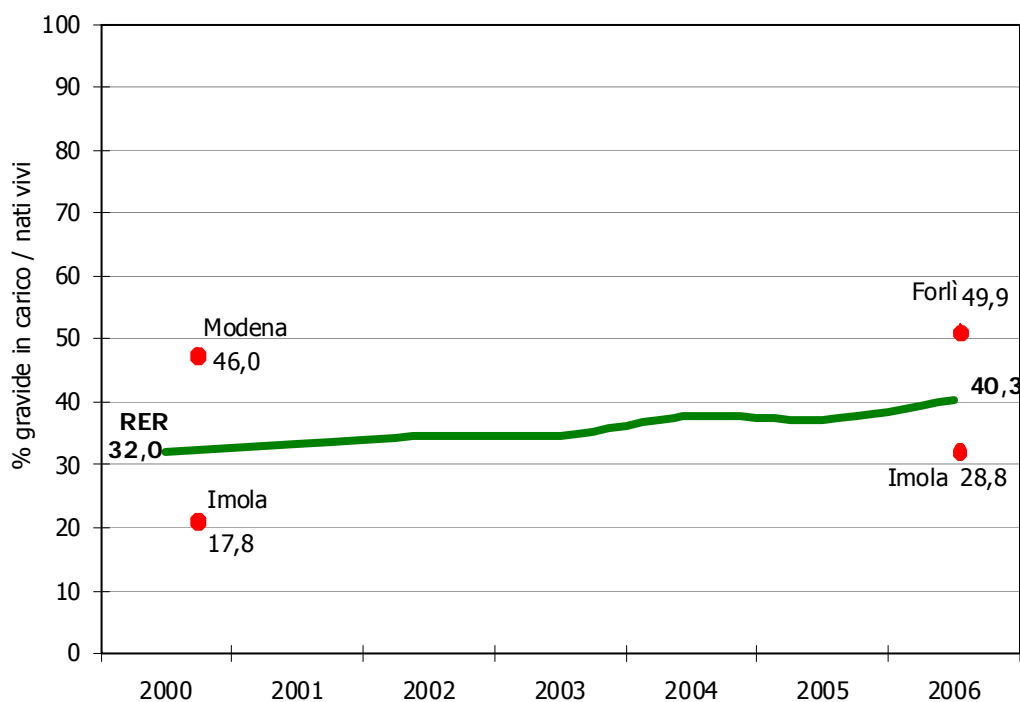
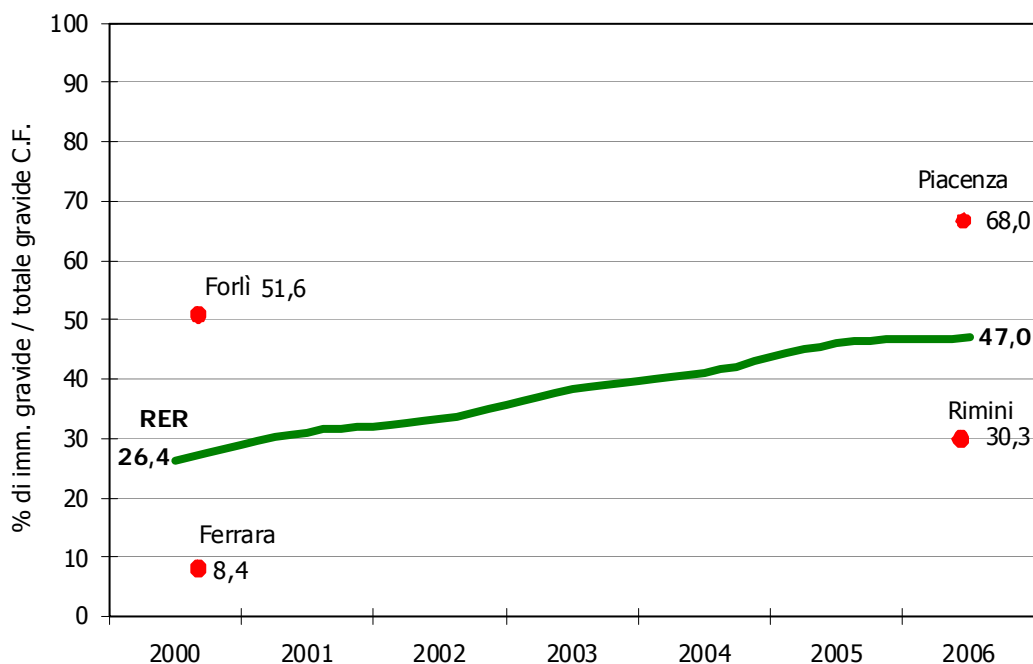


Grafico 96. Percentuale di donne immigrate sul totale delle donne gravide in carico ai consultori familiari (anno 2006)



Salute mentale

I Dipartimenti di salute mentale sono presenti in tutte le undici Aziende USL e aggregano le Unità operative di psichiatria adulti, neuropsichiatria infantile e - nella maggior parte delle Aziende - i SerT. Il numero delle persone assistite dai Servizi di salute mentale è cresciuto. I minori sono passati da 35.293 nel 2000 a 36.818 nel 2005. Gli adulti sono passati da 49.647 nel 2000 a 62.618 nel 2006.

Nei Grafici 97 e 99 si evidenzia un calo del peso dell'attività del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura - SPDC (il numero dei dimessi per 10.000 abitanti passa dal 17,7% del 2000 al 15,4% del 2006) a fronte di un aumento del numero dei pazienti seguiti dal Dipartimento di salute mentale che, per 10.000 abitanti, passa dal 147,7% del 2000 al 178,2% del 2006, con uno scarto tra le Aziende compreso tra il 137,7% di Parma e il 224,8% di Cesena.

Grafico 97. Numero dei pazienti dimessi dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura per 10.000 abitanti nel periodo 2000-2006

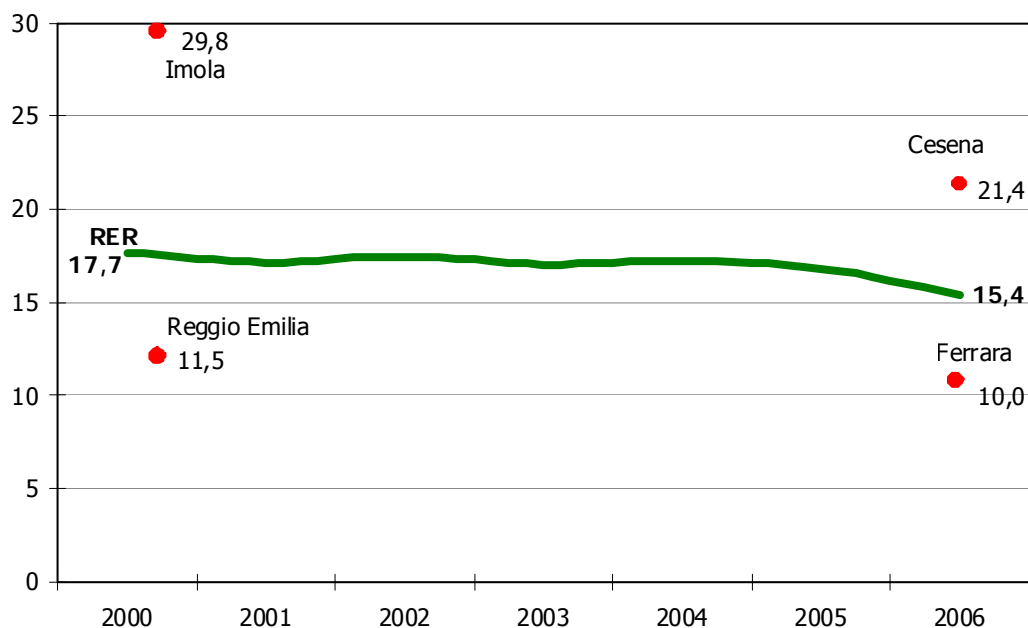
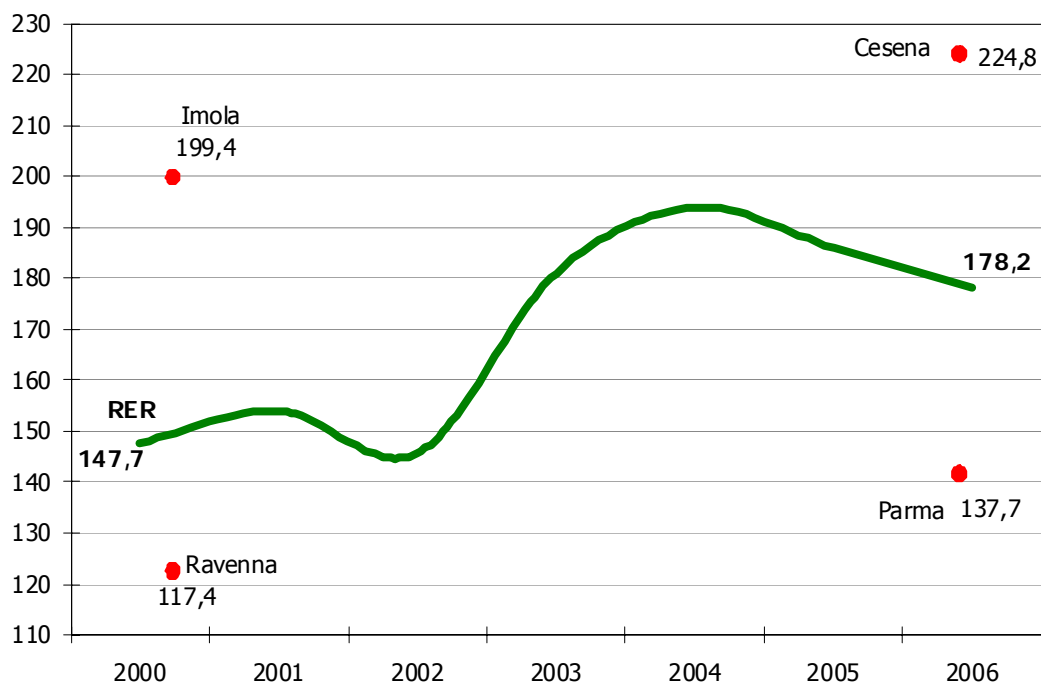


Grafico 98. Numero dei pazienti seguiti dal Dipartimento di salute mentale per 10.000 abitanti nel periodo 2000-2006



Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica viene erogata in tre modalità principali:

- assistenza farmaceutica convenzionata: erogazione dei farmaci attraverso le farmacie convenzionate;
- erogazione diretta dei farmaci: distribuzione di farmaci da parte delle strutture ospedaliere all'assistito per il consumo a domicilio, introdotta con la Legge 405/2001, in forte espansione nel tempo;¹²⁸
- assistenza farmaceutica ospedaliera: utilizzo dei farmaci nell'ambito delle attività ospedaliere, quindi beni intermedi utilizzati per l'erogazione di altri LEA.

L'andamento della spesa territoriale in valore assoluto è in crescita soprattutto nella sua componente di erogazione diretta (*Tabella 10*).

Il *trend* di crescita dei consumi (DDD) è costante e più marcato rispetto a quello della spesa anche a causa degli interventi centrali, che negli ultimi anni hanno agito sulla definizione dei prezzi al fine di mantenere costante l'incidenza percentuale della spesa farmaceutica sul Fondo sanitario nazionale (*Tabella 11*).

Tabella 10. Spesa netta convenzionata e spesa per erogazione diretta di farmaci di fascia A per Azienda USL. Variazione della spesa farmaceutica territoriale (convenzionata + erogazione diretta) nel triennio 2004-2006

| Azienda USL | spesa conv. netta 2004 | spesa erog. dir. (*) fascia A 2004 | spesa conv. netta 2005 | spesa erog. dir. (*) fascia A 2005 | spesa conv. netta 2006 | spesa erog. dir. (*) fascia A 2006 | var. % spesa territoriale (dir. + conv.) 2006 vs 2004 |
|-------------|------------------------|------------------------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------|------------------------------------|---|
| Piacenza | 49.331.267 | 6.564.228 | 48.390.832 | 8.260.632 | 50.407.522 | 9.641.127 | 7,4% |
| Parma | 87.295.250 | 11.181.839 | 83.434.546 | 13.252.866 | 81.225.893 | 14.031.466 | -3,3% |
| Reggio E. | 78.570.067 | 12.034.880 | 76.356.491 | 14.592.705 | 77.786.678 | 16.557.033 | 4,1% |
| Modena | 115.539.008 | 19.784.635 | 113.150.321 | 23.353.982 | 115.091.024 | 24.515.633 | 3,2% |
| Bologna | 173.174.156 | 25.173.026 | 167.150.919 | 30.152.431 | 171.693.209 | 30.777.274 | 2,1% |
| Imola | 22.735.380 | 1.822.390 | 21.861.954 | 3.447.102 | 22.846.901 | 3.700.377 | 8,1% |
| Ferrara | 71.412.161 | 11.577.706 | 69.403.645 | 12.243.774 | 71.717.493 | 13.367.223 | 2,5% |
| Ravenna | 75.694.224 | 9.394.566 | 73.100.845 | 10.436.835 | 76.007.965 | 11.913.918 | 3,3% |
| Forlì | 36.732.531 | 4.779.237 | 35.923.410 | 5.529.016 | 36.856.935 | 6.251.240 | 3,8% |
| Cesena | 37.553.610 | 3.504.225 | 37.144.802 | 3.809.733 | 37.784.161 | 4.790.367 | 3,7% |
| Rimini | 55.267.398 | 6.198.448 | 52.819.672 | 7.452.937 | 51.965.567 | 9.162.475 | -0,5% |
| <i>RER</i> | <i>803.305.052</i> | <i>112.015.179</i> | <i>778.737.436</i> | <i>132.532.013</i> | <i>793.383.348</i> | <i>144.708.132</i> | <i>2,5%</i> |

Legenda

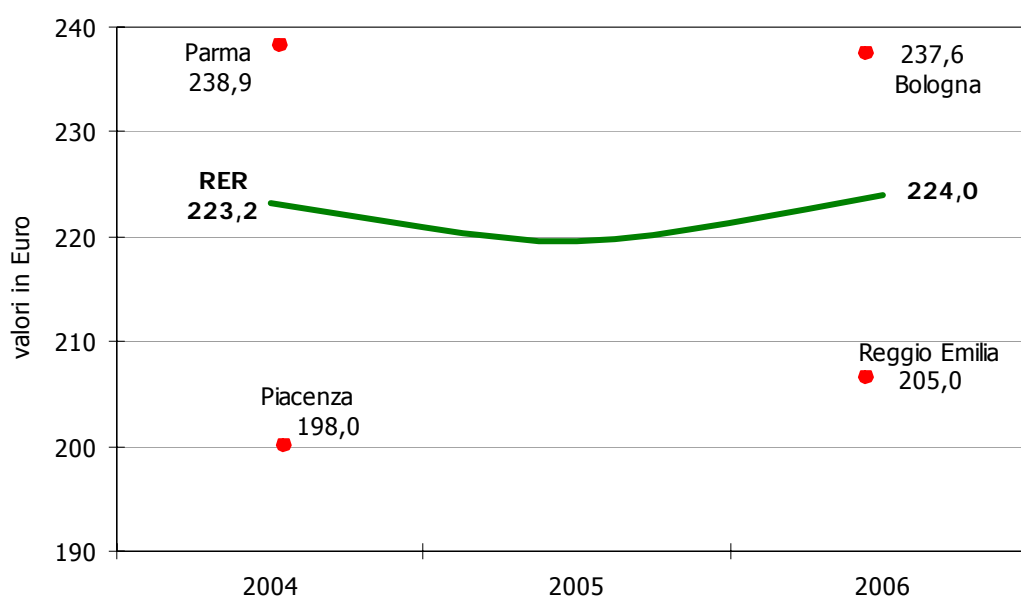
- * L'erogazione diretta delle Aziende ospedaliere è stata sommata a quella delle Aziende USL di competenza territoriale.

¹²⁸ L'assistenza farmaceutica convenzionata sommata all'erogazione diretta di farmaci di fascia A costituisce l'assistenza farmaceutica territoriale che è il vero e proprio LEA dell'assistenza farmaceutica.

Tabella 11. Spesa territoriale pro capite pesata e numero di DDD per 1.000 abitanti pesati *die* per Aziende USL negli anni 2004-2006¹²⁹

| Azienda USL | spesa territ. p.c. pesata 2004 (€) | n. DDD * 1.000 ab. pesati <i>die</i> 2004 | spesa territ. p.c. pesata 2005 (€) | n. DDD * 1.000 ab. pesati <i>die</i> 2005 | spesa territ. p.c. pesata 2006 (€) | n. DDD * 1.000 ab. pesati <i>die</i> 2006 |
|-------------|------------------------------------|---|------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Piacenza | 198,0 | 763,6 | 198,8 | 795,2 | 209,1 | 852,0 |
| Parma | 238,9 | 871,7 | 232,1 | 902,8 | 226,9 | 941,0 |
| Reggio E. | 202,0 | 835,1 | 199,5 | 865,2 | 205,0 | 918,9 |
| Modena | 217,6 | 853,1 | 216,8 | 886,8 | 220,0 | 945,4 |
| Bologna | 236,7 | 903,2 | 233,1 | 935,6 | 237,6 | 987,1 |
| Imola | 199,6 | 853,2 | 203,1 | 889,1 | 211,3 | 956,2 |
| Ferrara | 222,6 | 919,7 | 217,1 | 957,8 | 224,3 | 1.020,0 |
| Ravenna | 227,0 | 876,7 | 219,9 | 891,9 | 228,9 | 954,7 |
| Forlì | 230,2 | 884,5 | 227,2 | 918,2 | 234,4 | 975,8 |
| Cesena | 226,3 | 891,5 | 221,7 | 909,1 | 227,9 | 967,5 |
| Rimini | 231,2 | 881,2 | 223,0 | 912,1 | 223,4 | 977,0 |
| <i>RER</i> | <i>223,2</i> | <i>870,2</i> | <i>219,5</i> | <i>900,7</i> | <i>224,0</i> | <i>956,4</i> |

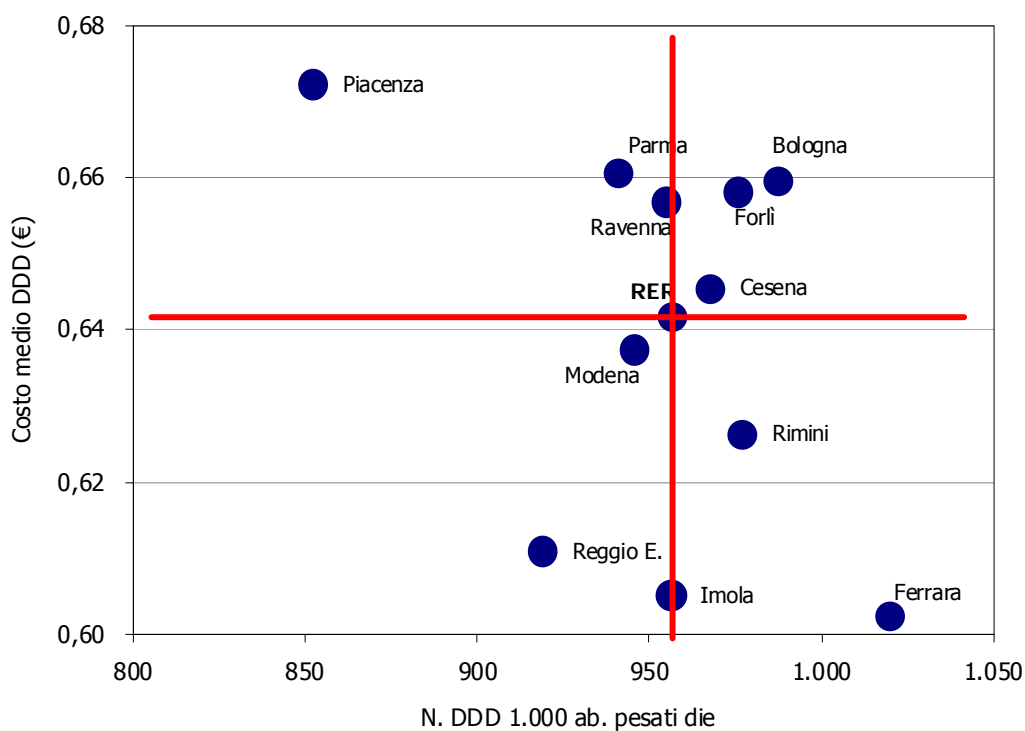
Grafico 99. *Trend* della spesa farmaceutica territoriale pro capite nel triennio 2004-2006



¹²⁹ Ai fini della valutazione dei consumi in ambito territoriale, l'indicatore utilizzato è dato dal numero di DDD per 1.000 abitanti pesati *die*. Il numero di DDD è una misura standardizzata dei consumi che permette di valutare il numero di giornate standard di terapia erogate (con il numero di DDD è possibile aggregare i consumi a diversi livelli come ad es. per singolo principio attivo, categorie di farmaci - antiipertensivi, antidiabetici - o, come in questo caso, tutti i possibili farmaci).

Nel Grafico che segue si riporta per l'anno 2006 il numero di DDD per 1.000 abitanti pesati *die* e il costo medio di una DDD. Le Aziende che si trovano sul lato destro del Grafico rispetto al dato medio regionale sono Aziende in cui si ricorre maggiormente all'utilizzo di farmaci; le Aziende che si trovano nella parte alta rispetto al dato medio regionale hanno invece un *mix* nella scelta di farmaci e delle modalità erogative che porta ad avere un costo medio per giornata di terapia erogata superiore a quello regionale.

Grafico 100. Numero di DDD per 1.000 abitanti pesati *die* e costo medio DDD per Azienda USL (anno 2006)¹³⁰



¹³⁰ L'erogazione diretta effettuata dalle Aziende ospedaliere è conteggiata insieme a quella dell'Azienda USL di competenza territoriale. I dati riportati non tengono conto della mobilità intra- ed extra-regionale.

Assistenza specialistica ambulatoriale

Nei Grafici 101-104 si riportano i tempi di attesa osservati per visite, diagnostica, prestazioni terapeutiche e prestazioni riabilitative. Per una maggiore completezza delle informazioni si riportano contestualmente anche i dati osservati per le medesime prestazioni presso Aziende ospedaliere e IRCCS.

Grafico 101. Giorni di attesa per prestazioni specialistiche per Azienda sanitaria (anno 2006)

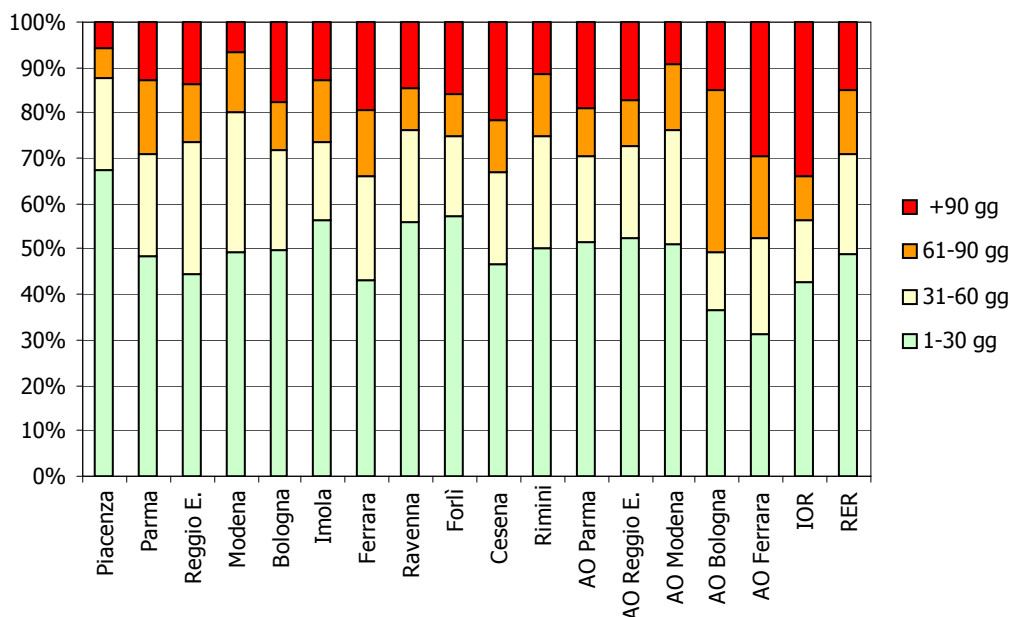


Grafico 102. Giorni di attesa per diagnostica per Azienda sanitaria (anno 2006)

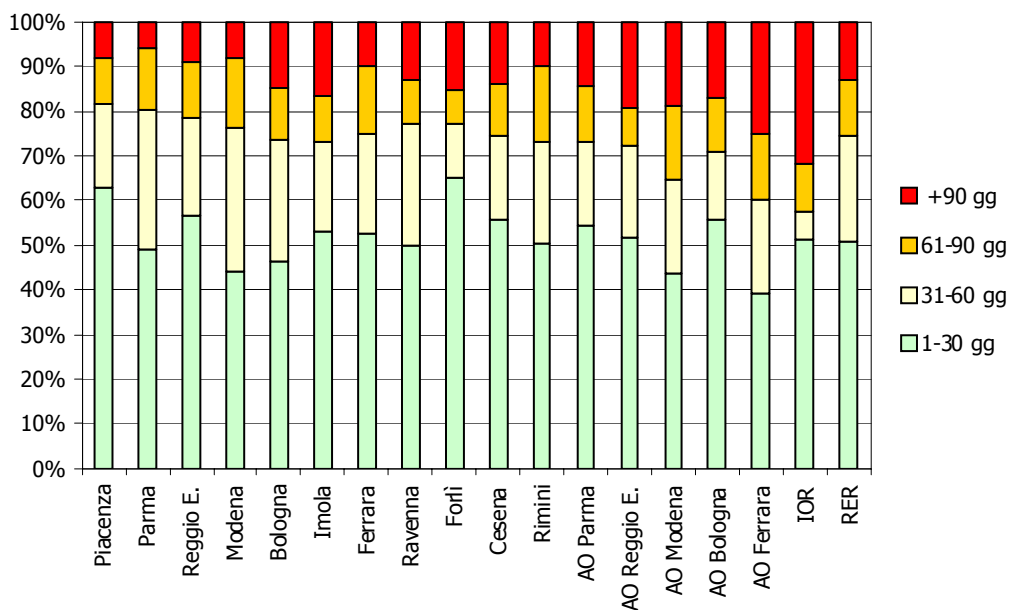


Grafico 103. Giorni di attesa per prestazioni terapeutiche per Azienda sanitaria (anno 2006)

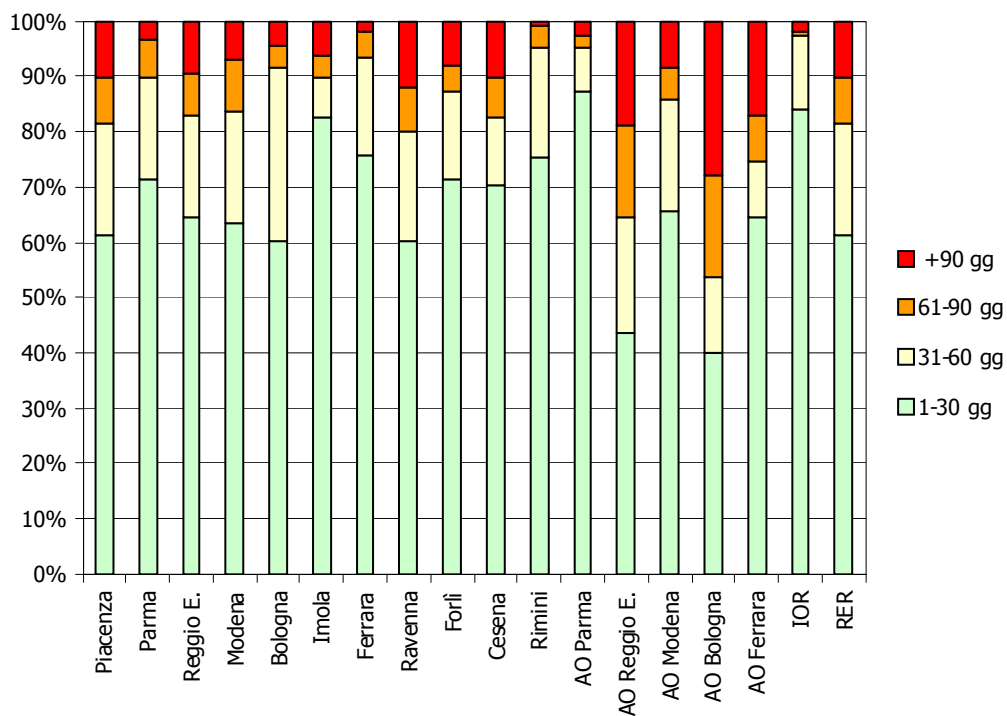
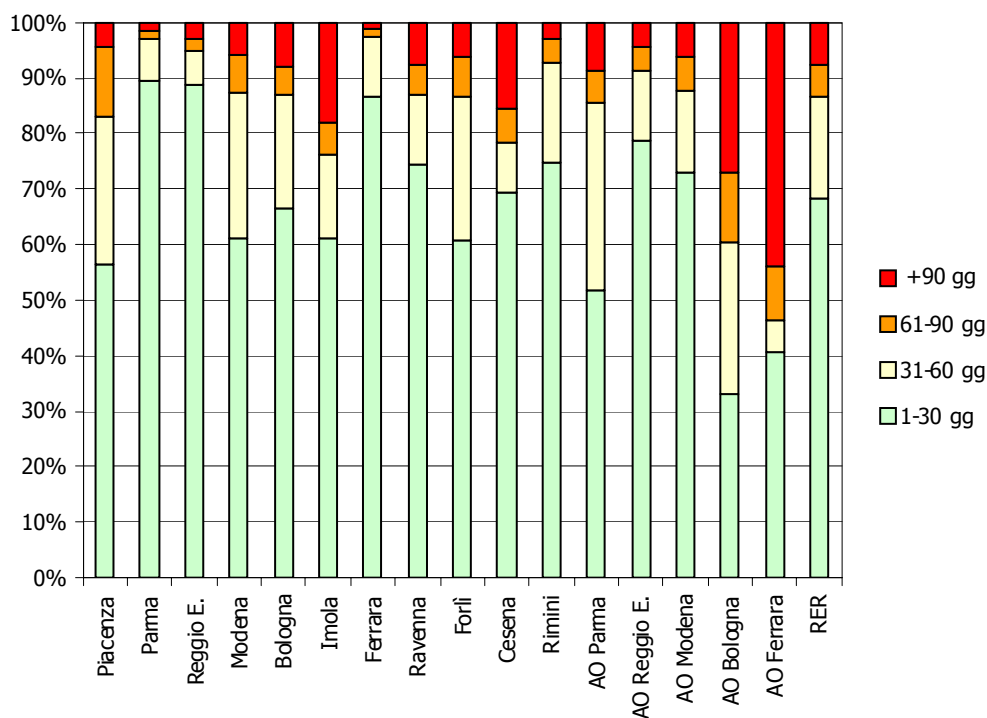


Grafico 104. Giorni di attesa per prestazioni riabilitative per Azienda sanitaria (anno 2006)



Assistenza ospedaliera

Le informazioni relative a questo livello di assistenza vengono presentate attraverso tabelle e grafici che illustrano caratteristiche della struttura dell'offerta e delle attività. Una specifica trattazione è riservata al Piano sangue.

Struttura dell'offerta

In Tabella 12 e nei Grafici 105 e 106 che seguono vengono riportati i posti letto disponibili in ogni provincia per acuti, riabilitazione e lungodegenza in strutture pubbliche e private accreditate, nell'anno 2006.

Tabella 12. Posti letto (pubblici e privati accreditati) per acuti, riabilitazione e lungodegenza, per provincia (anno 2006)

| Provincia | Posti letto | | | | | | | | | totale |
|------------|---------------|--------------|---------------|----------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|---------------|
| | acuti | | | riabilitazione | | | lungodegenza | | | |
| | pubbl. | priv. | tot. acuti | pubbl. | priv. | tot. riab. | pubbl. | priv. | tot. LD | |
| Piacenza | 739 | 86 | 825 | 65 | 107 | 172 | 33 | 110 | 143 | 1.140 |
| Parma | 1.528 | 287 | 1.815 | 24 | 247 | 271 | 199 | 80 | 279 | 2.365 |
| Reggio E. | 1.392 | 136 | 1.528 | 72 | 0 | 72 | 166 | 60 | 226 | 1.826 |
| Modena | 2.091 | 379 | 2.470 | 75 | 125 | 200 | 221 | 20 | 241 | 2.911 |
| Bologna | 3.907 | 383 | 4.290 | 286 | 138 | 424 | 303 | 233 | 536 | 5.250 |
| Ferrara | 1.390 | 102 | 1.492 | 121 | 0 | 121 | 150 | 75 | 225 | 1.838 |
| Ravenna | 1.087 | 271 | 1.358 | 18 | 64 | 82 | 104 | 136 | 240 | 1.680 |
| Forlì | 487 | 135 | 622 | 20 | 20 | 40 | 106 | 26 | 132 | 794 |
| Cesena | 580 | 145 | 725 | 24 | 0 | 24 | 66 | 33 | 99 | 848 |
| Rimini | 849 | 101 | 950 | 0 | 139 | 139 | 70 | 76 | 146 | 1.235 |
| <i>RER</i> | <i>14.050</i> | <i>2.025</i> | <i>16.075</i> | <i>705</i> | <i>840</i> | <i>1.545</i> | <i>1.418</i> | <i>849</i> | <i>2.267</i> | <i>19.887</i> |

Grafico 105. Posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza, per provincia (anno 2006)

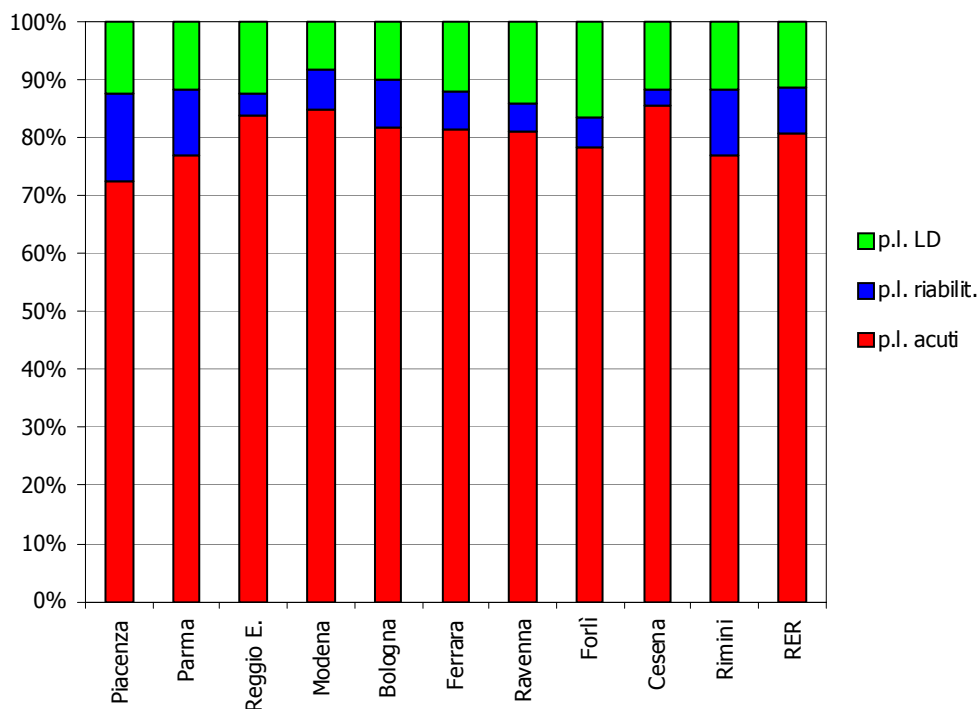
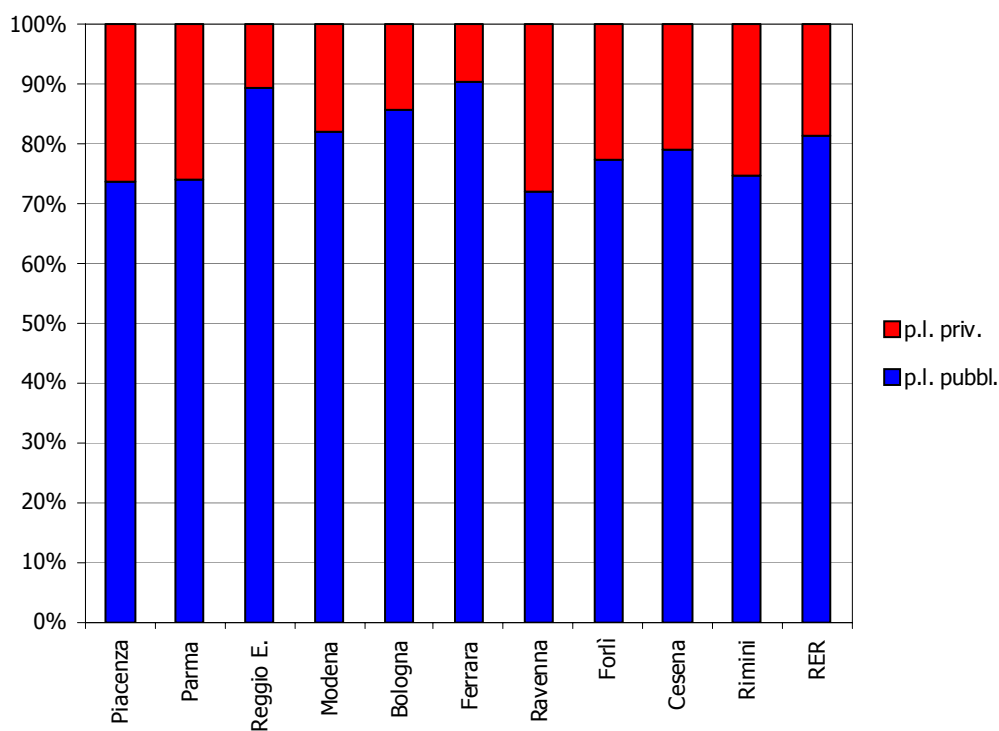
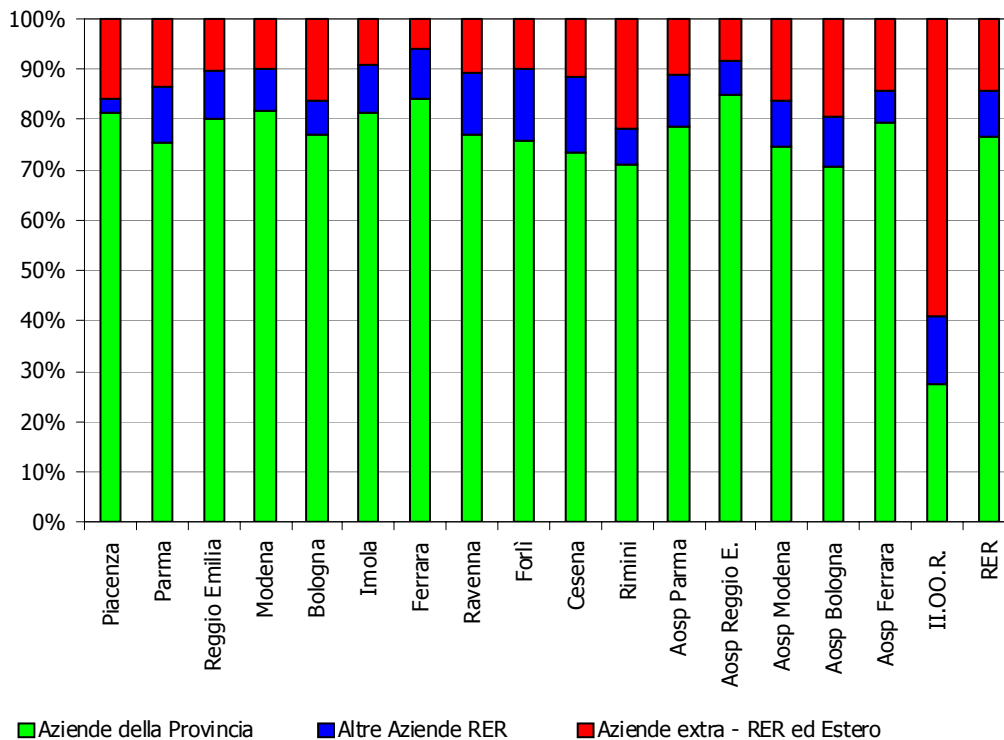


Grafico 106. Posti letto pubblici e privati accreditati per provincia (anno 2006)



Grado di attrazione delle strutture aziendali

Grafico 107. Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle Aziende USL (anno 2006)



Assistenza

Nei Grafici che seguono vengono illustrati i *trend* relativi a tassi di ospedalizzazione standardizzati per età e tempi di attesa osservati per ricoveri programmati secondo l'Accordo Stato-Regioni.

Il tasso di ospedalizzazione si porta da 212,80 per 1.000 abitanti del 2000 a 184,72 nel 2006, con uno scarto tra il 167,85 di Imola e il 203,90 di Ferrara. La medesima tendenza in diminuzione si registra, oltre che per il tasso di ospedalizzazione totale, sia per il ricovero ordinario (da 154 nel 2000 a 139 nel 2006) sia per il ricovero in *day hospital* (da 58,74 nel 2000 a 45,72 nel 2006).

Grafico 108. Tasso di ospedalizzazione per ricovero ordinario nel periodo 2000-2006

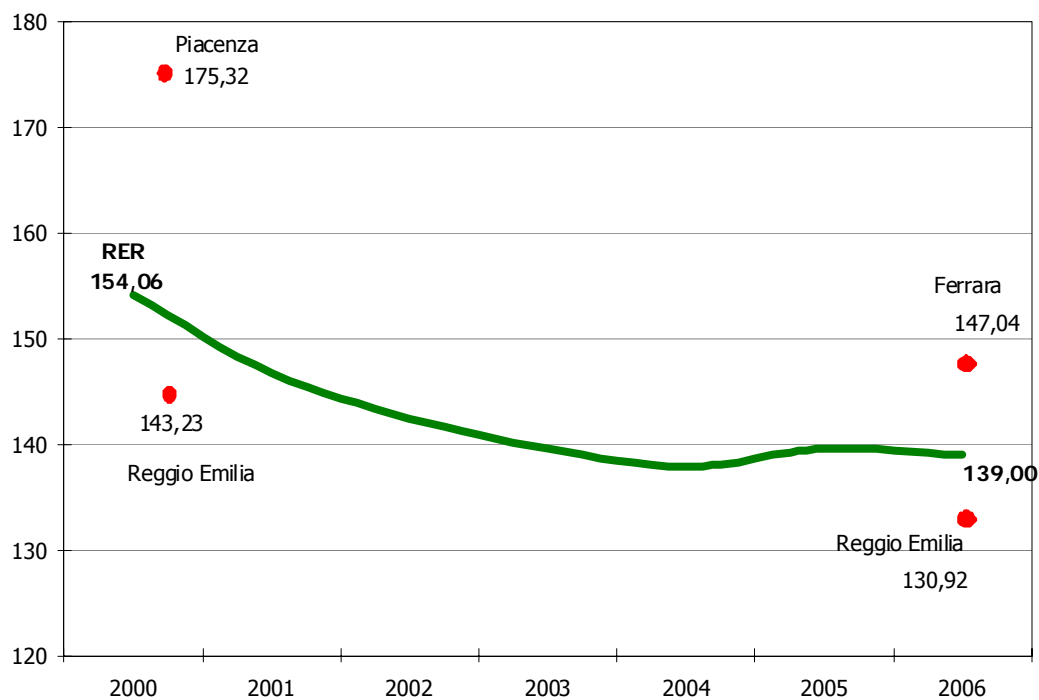


Grafico 109. Tasso di ospedalizzazione per ricovero in *day hospital* nel periodo 2000-2006

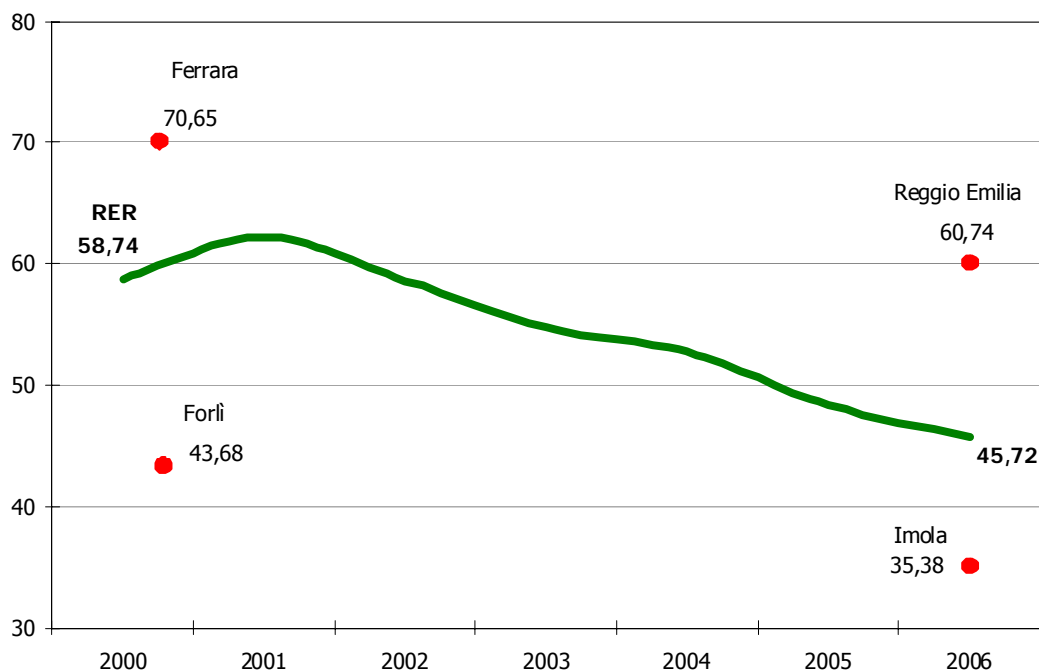
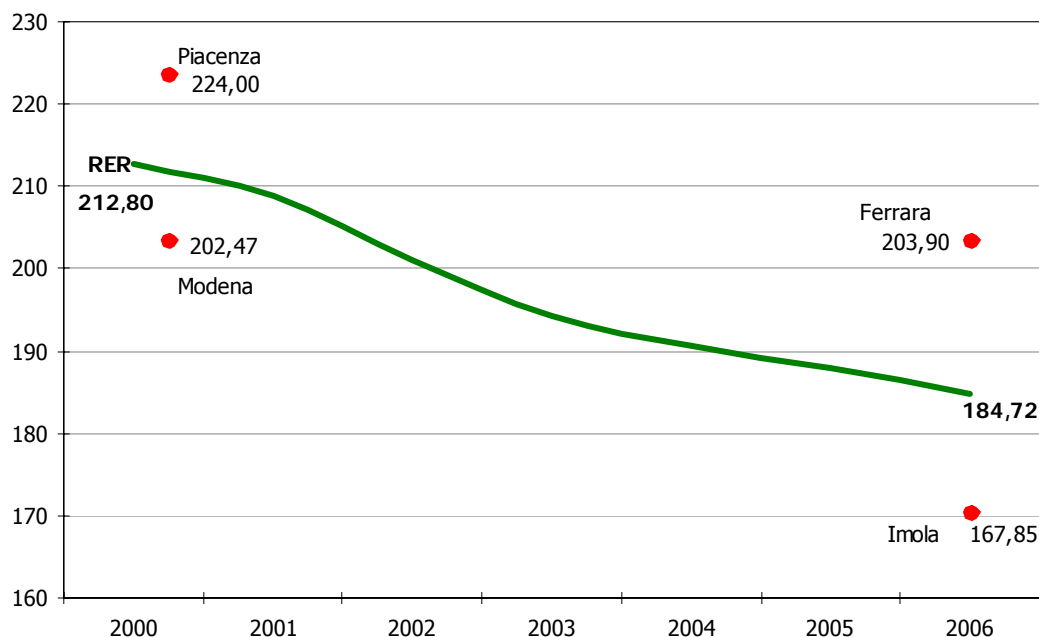


Grafico 110. Tasso di ospedalizzazione totale nel periodo 2000-2006



Relativamente all'anno 2006, vengono riportati i tempi d'attesa per ricoveri programmati (cataratta, chemioterapia, coronarografia, neoplasia del colon retto, neoplasia della mammella, neoplasia del polmone, protesi d'anca). Per una maggiore completezza dell'esposizione si riportano anche i tempi fatti registrare dalle Aziende ospedaliere.

Grafico 111. Cataratta: giorni di attesa per ricoveri programmati per Azienda sanitaria (anno 2006)

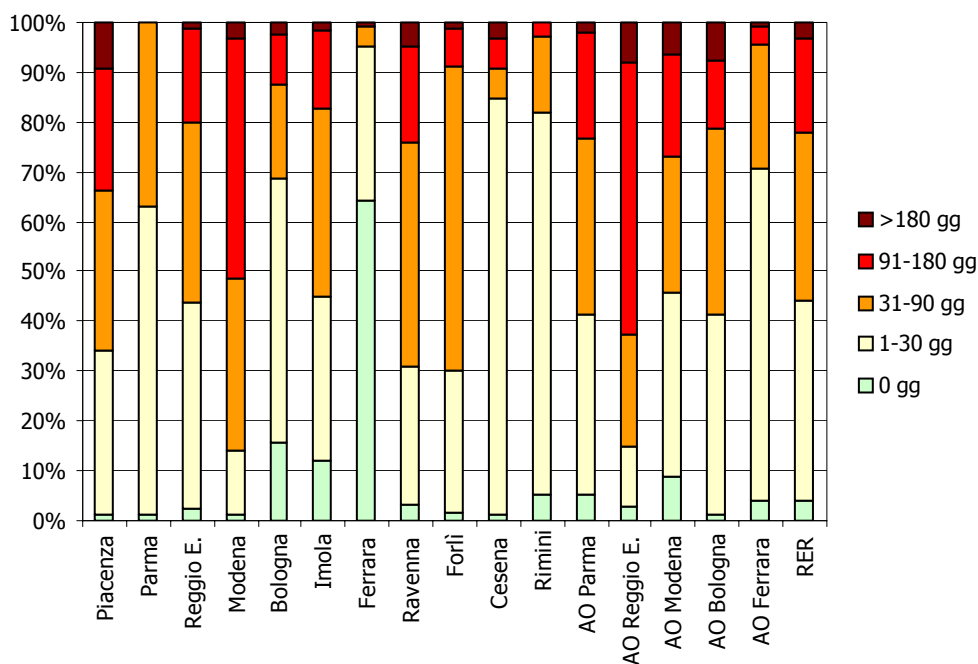


Grafico 112. Chemioterapia: giorni di attesa per ricoveri programmati per Azienda sanitaria (anno 2006)

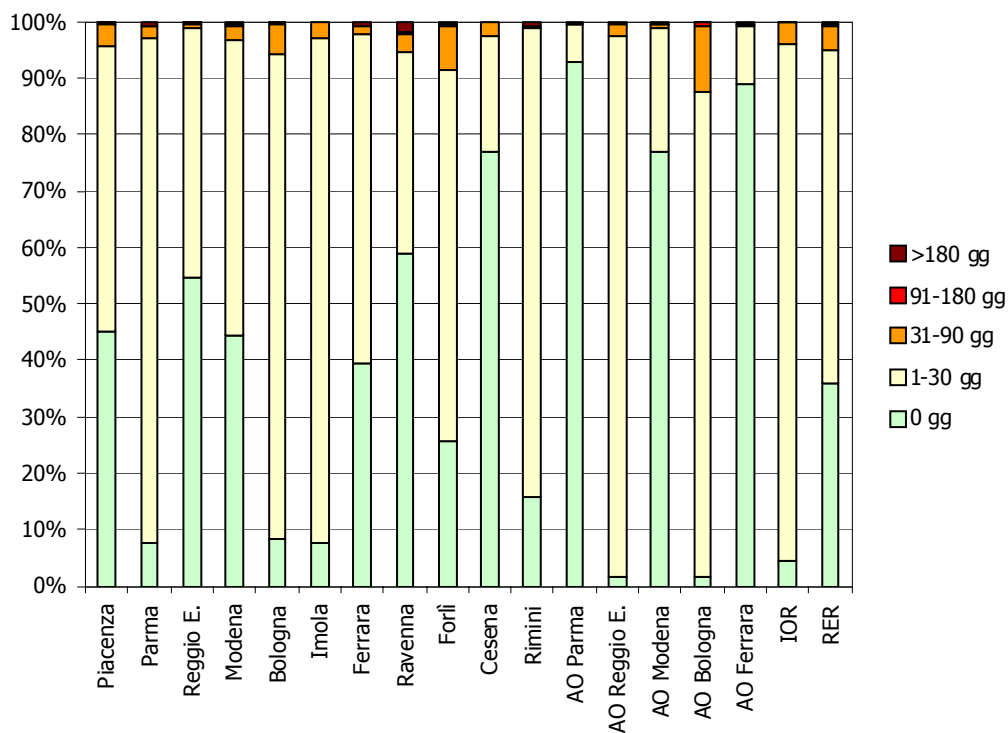


Grafico 113. Coronarografia: giorni di attesa per ricoveri programmati per Azienda sanitaria (anno 2006)

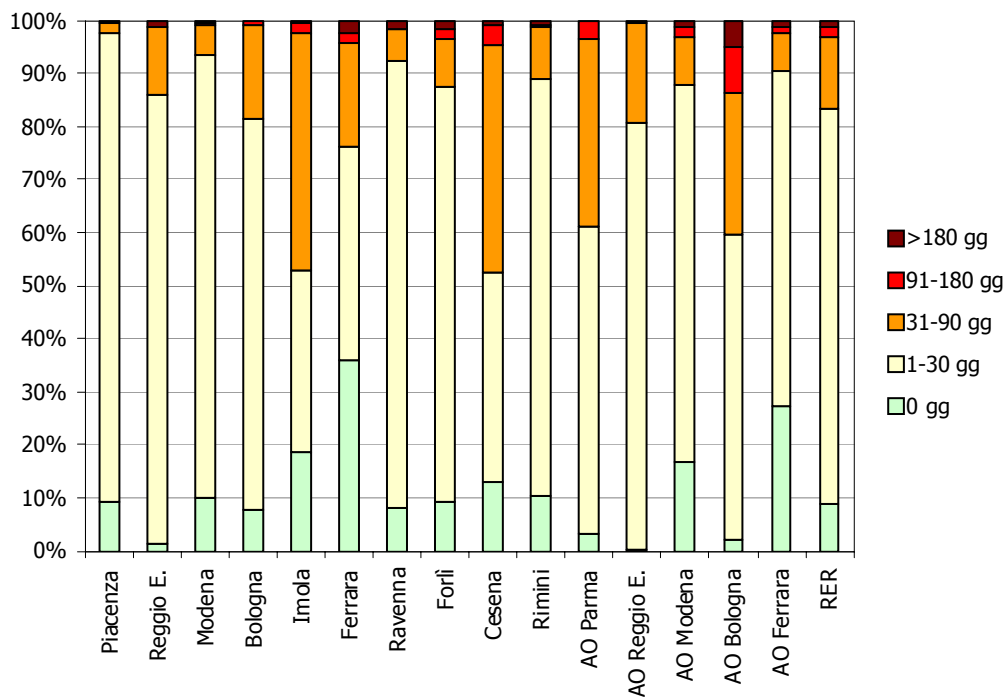


Grafico 114. Neoplasia colon retto: giorni di attesa per ricoveri programmati per Azienda sanitaria (anno 2006)

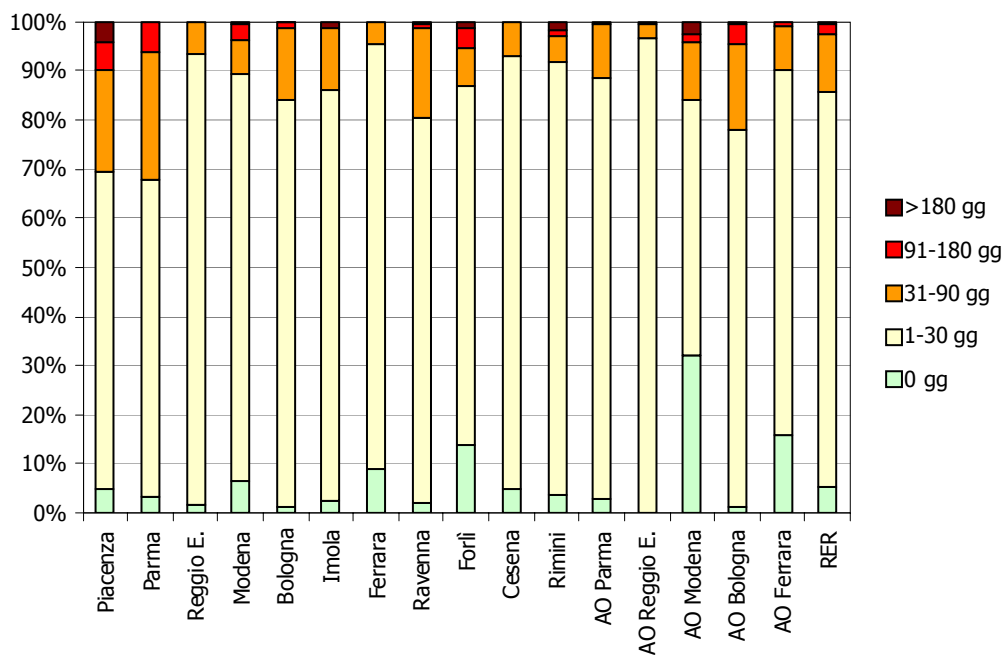


Grafico 115. Neoplasia mammella: giorni di attesa per ricoveri programmati per Azienda sanitaria (anno 2006)

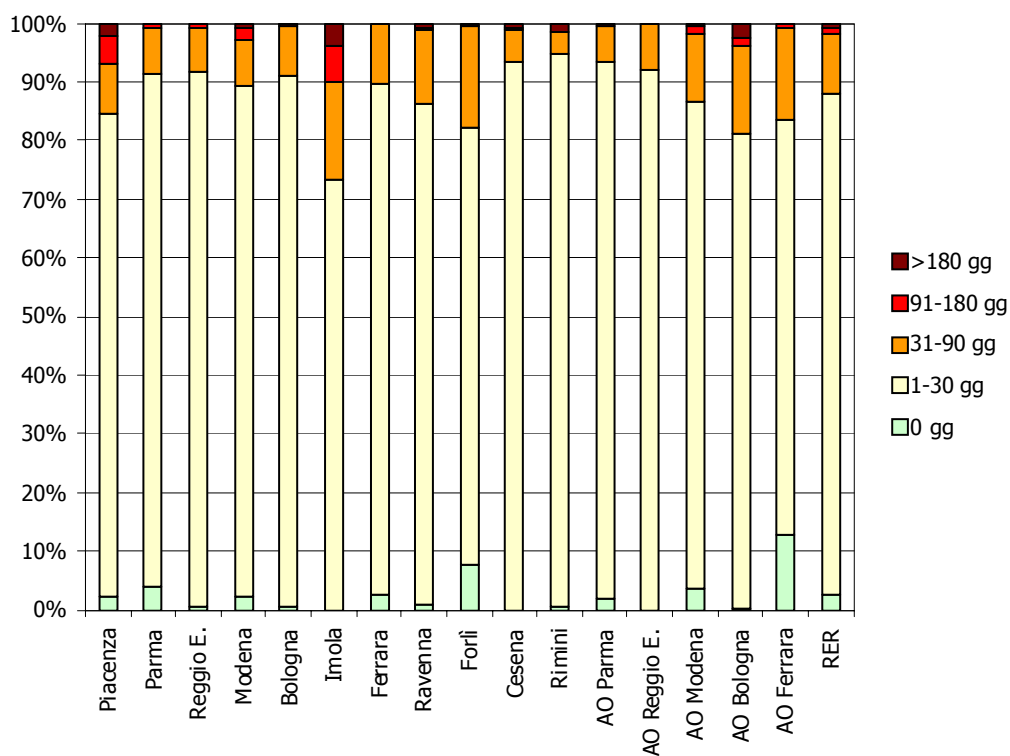


Grafico 116. Neoplasia polmone: giorni di attesa per ricoveri programmati per Azienda sanitaria (anno 2006)

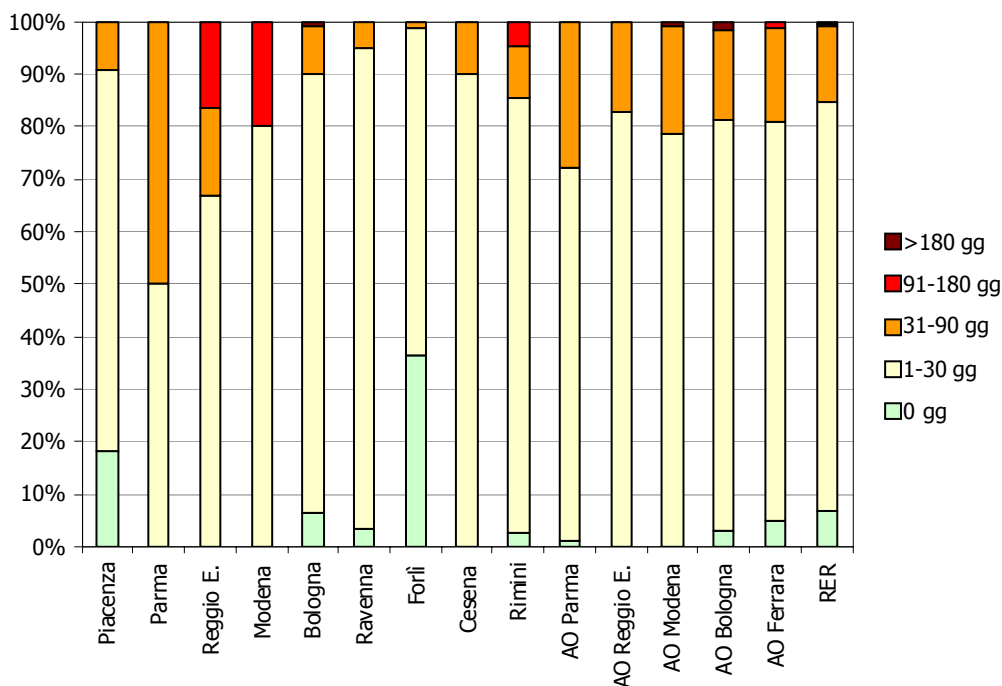
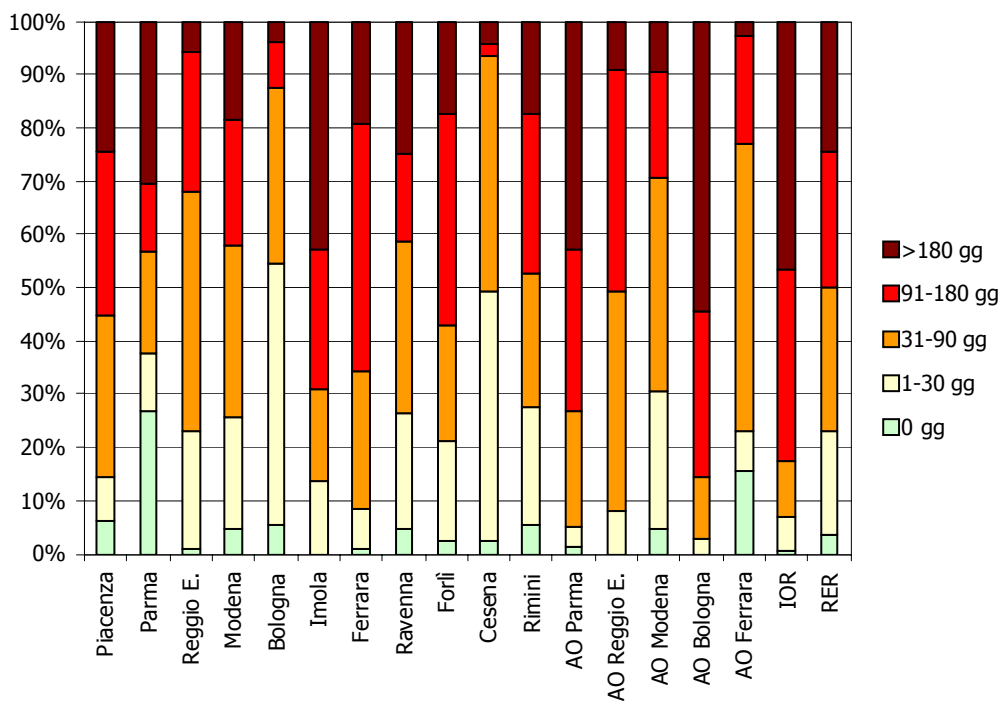


Grafico 117. Protesi d'anca: giorni di attesa per ricoveri programmati per Azienda sanitaria (anno 2006)



Piano sangue

I due Grafici che seguono illustrano la situazione al 2006 del Programma speciale sangue; nel Grafico 118, il posizionamento delle Aziende è dato dall'incrocio tra numero di unità raccolte e numero di unità consumate, che vengono messe direttamente a confronto negli istogrammi del Grafico 119.

Grafico 118. Piano sangue: posizionamento delle Aziende USL rispetto alla retta dei punti di pareggio (anno 2006)

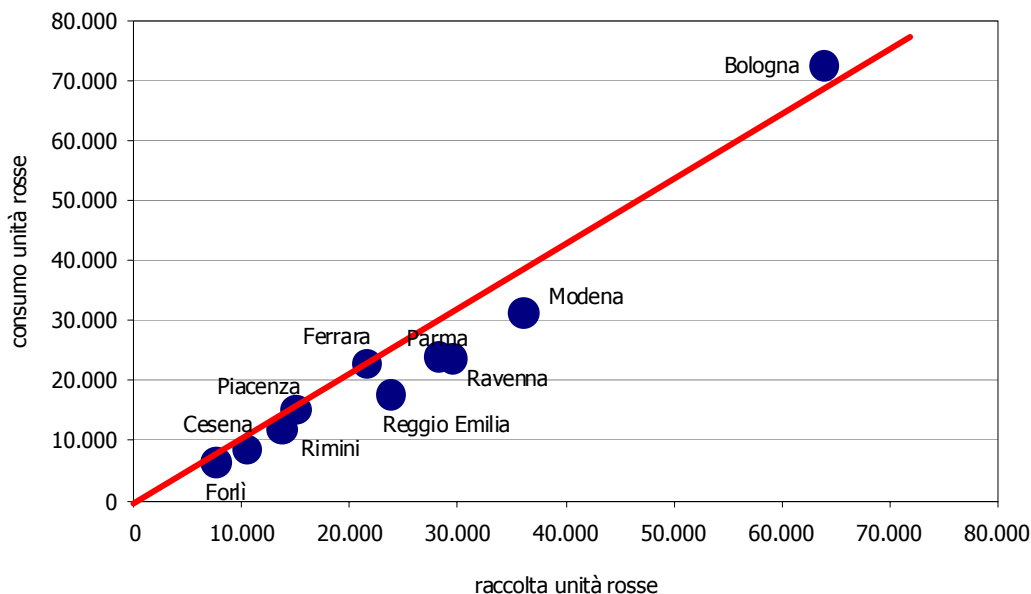
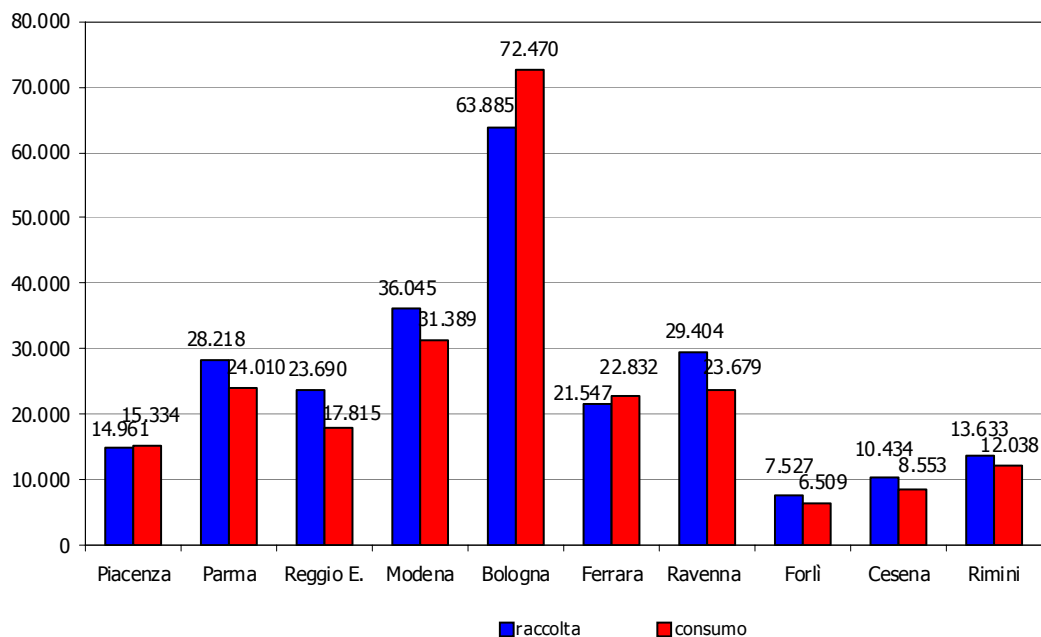


Grafico 119. Raccolta e consumo di unità rosse (anno 2006)



Qualità dell'assistenza

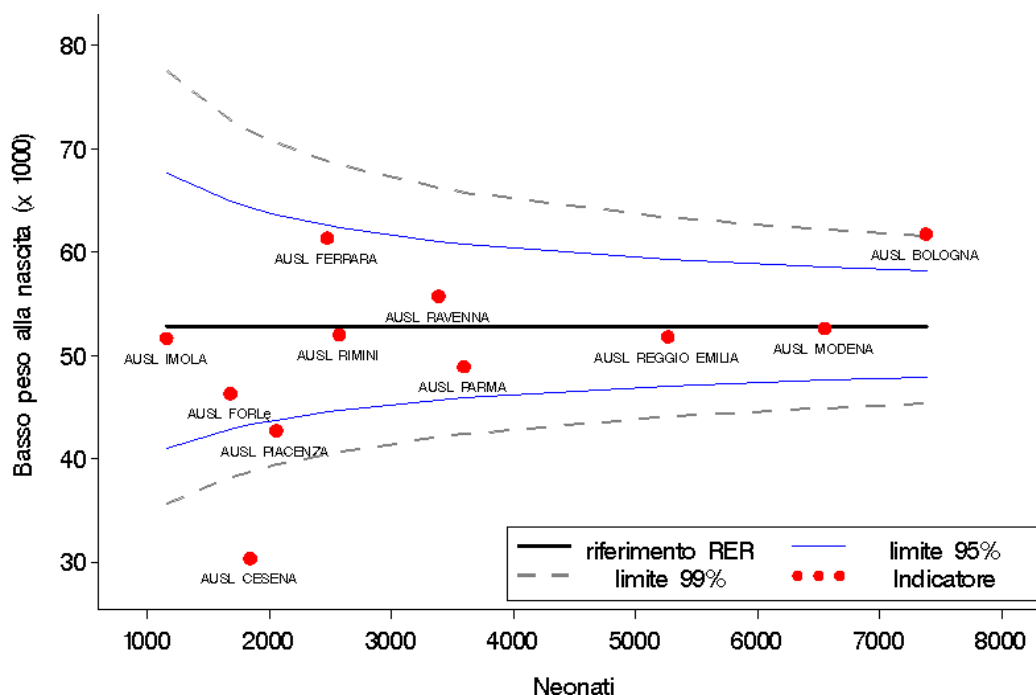
Le informazioni contenute nei Bilanci di missione delle Aziende relativamente alla qualità dell'assistenza vengono qui rappresentate attraverso i *funnel plot* che, in questo specifico ambito, la letteratura esistente¹³¹ suggerisce come valida tecnica di analisi e di comunicazione dei risultati.

Nato come strumento utilizzato nelle metanalisi delle revisioni sistematiche per individuare l'eventuale presenza di *publication bias* (ossia la possibile distorsione dovuta alla mancata pubblicazione di studi che presentano risultati non in linea con le ipotesi di partenza), il *funnel plot* sempre più spesso viene utilizzato anche in analisi di valutazione delle *performance* in sanità.

Gli indicatori (riportati sull'asse verticale) vengono rappresentati in base alla misura della loro precisione, ovvero in rapporto alla numerosità dei casi osservati (riportati sull'asse orizzontale) e ai limiti di controllo: 95% (linea continua blu) come limite dello stato di allerta e 99% (linea spezzata grigia) come limite dello stato di allarme. L'area ricompresa tra tali limiti disegna una sorta di imbuto intorno all'esito atteso, che nella presente analisi si è fatto coincidere con il valore di riferimento regionale (linea nera continua).

Si richiama anche qui come, con l'introduzione di questi indicatori nel Bilancio di missione, si sia tentato di cogliere, seppure in modo parziale e ancora insufficiente, alcuni aspetti della qualità dell'assistenza, come primo passo per una più ampia diffusione di pratiche condivise di *audit* clinico e di monitoraggio.

Grafico 120. Basso peso alla nascita per Azienda sanitaria (anno 2006)



¹³¹ Spiegelhalter D.J. Funnel plots for institutional comparison. *Qual Saf Health Care*, 11: 390-391, 2002.

Grafico 121. Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani per Azienda sanitaria (anno 2006)

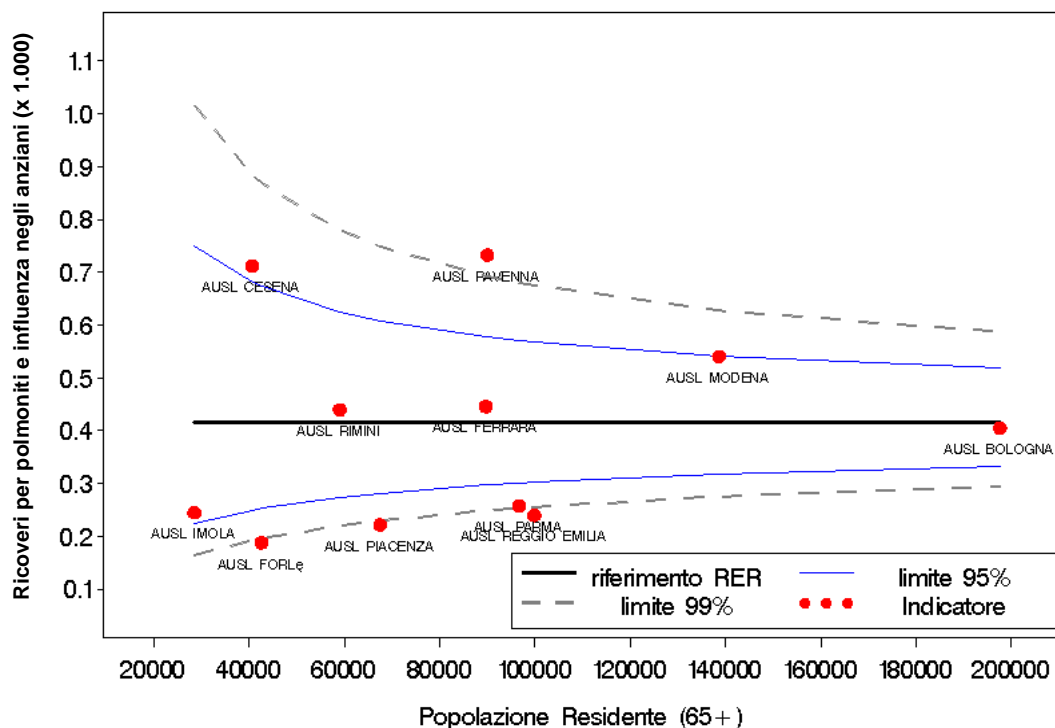


Grafico 122. Complicazioni del diabete a breve termine per Azienda sanitaria (anno 2006)

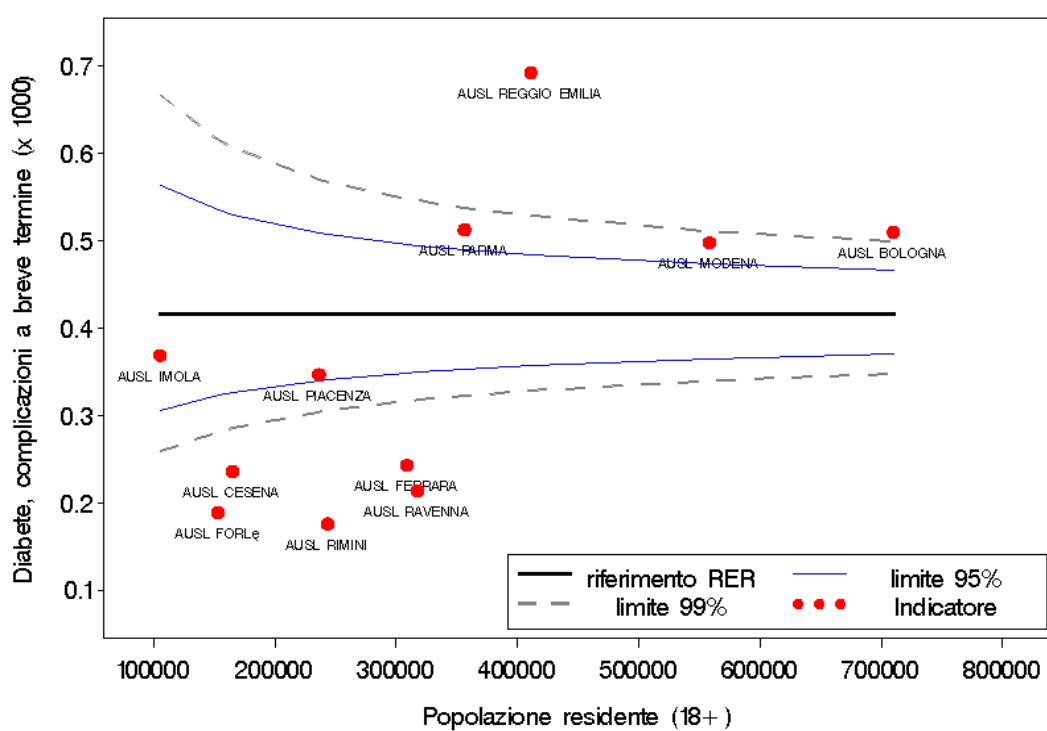


Grafico 123. Complicazioni del diabete a lungo termine per Azienda sanitaria (anno 2006)

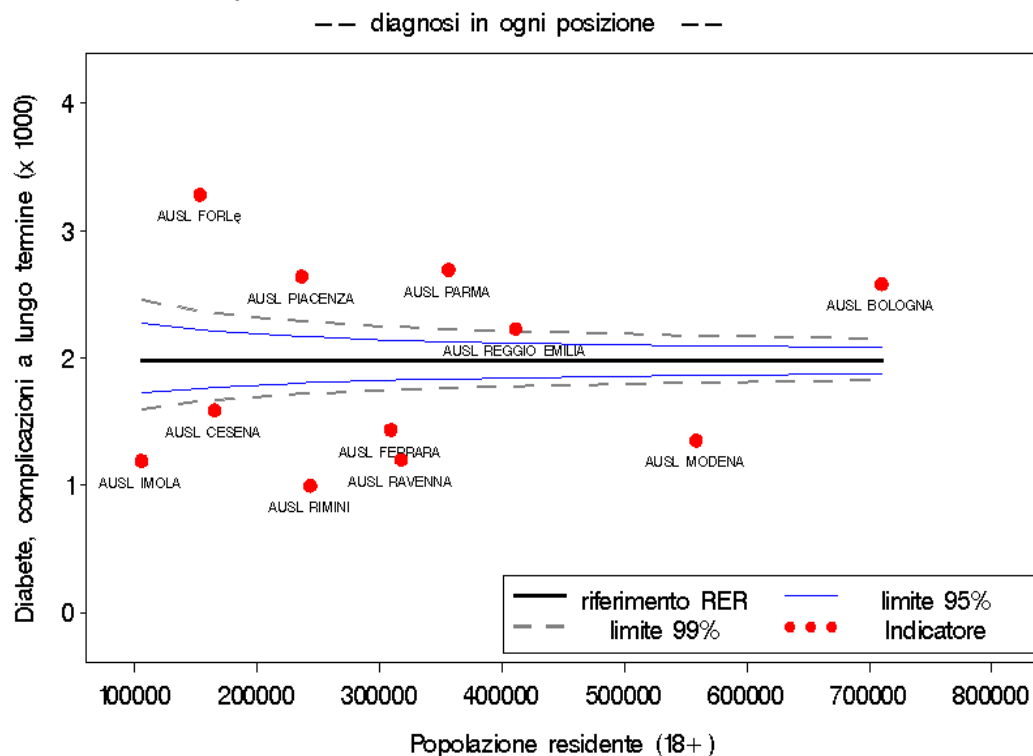


Grafico 124. Parti con taglio cesareo per Azienda sanitaria (anno 2006)

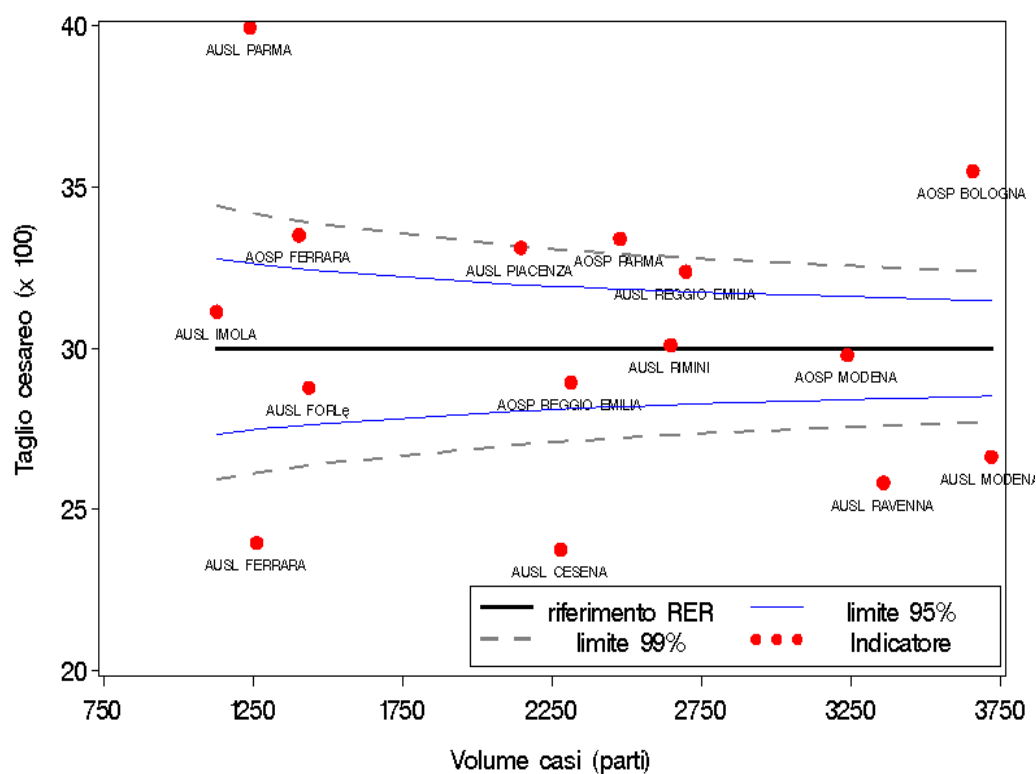


Grafico 125. Mortalità intra-ospedaliera per infarto miocardico acuto (IMA) per provincia (anno 2006)

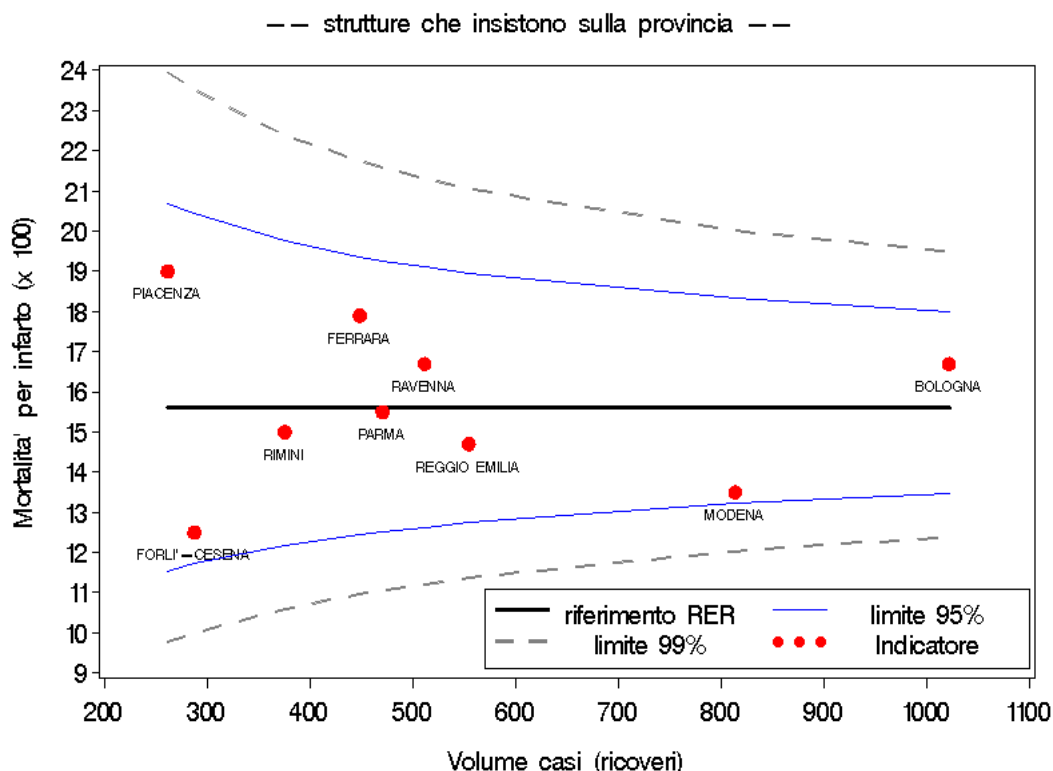


Grafico 126. Percentuale di ospedalizzazione evitabile per Azienda sanitaria (anno 2006)

asma, malattie congenite del cuore, malattie polmonari cronico—ostruttive, diabete mellito, ipertensione

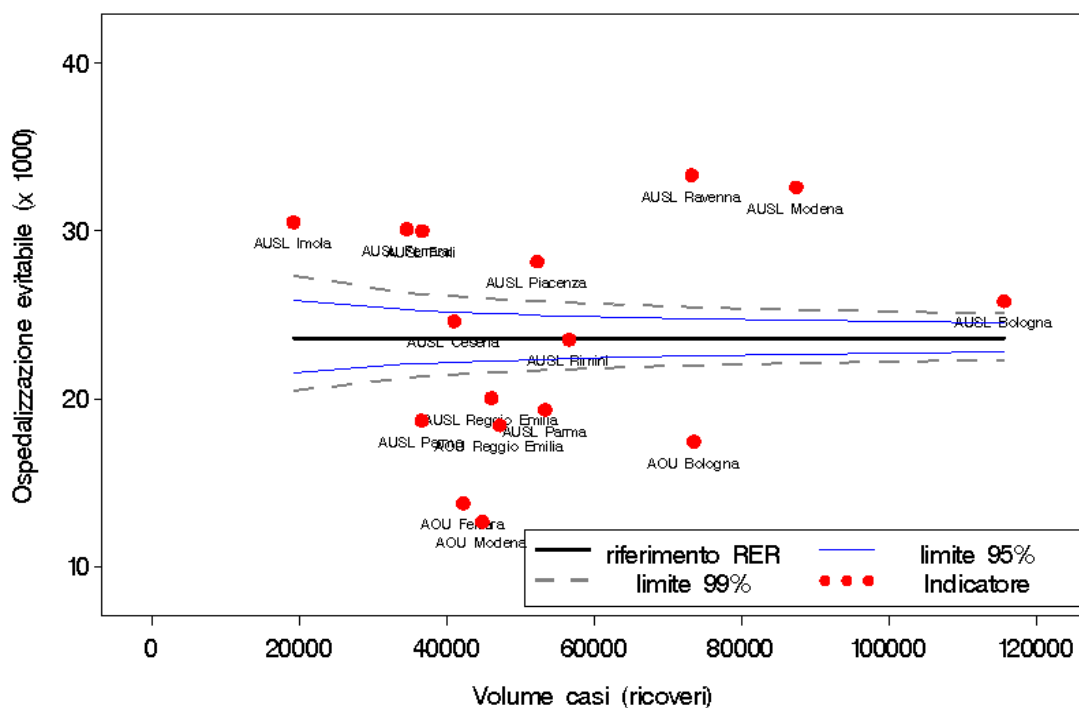


Tabella 13. Mortalità intra-ospedaliera per interventi chirurgici in elezione e a basso rischio per Azienda sanitaria (anno 2006)

| Azienda | Mortalità intra-ospedaliera | | | Isterec-tomia | | Laminec-tomia | | Colecistec-tomia | | Sostituz. anca | | Sostituz. ginocchio | |
|---------------|-----------------------------|---------------|-------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------------|--------------|----------------|--------------|---------------------|--------------|
| | NUM | DEN | % | NUM | DEN | NUM | DEN | NUM | DEN | NUM | DEN | NUM | DEN |
| USL Piacenza | 0 | 975 | 0,00 | 0 | 176 | 0 | 82 | 0 | 333 | 0 | 234 | 0 | 150 |
| USL Parma | 1 | 987 | 0,10 | 0 | 271 | 0 | 82 | 0 | 137 | 1 | 139 | 0 | 358 |
| USL Reggio E. | 1 | 1.790 | 0,06 | 0 | 314 | 0 | 340 | 1 | 346 | 0 | 317 | 0 | 473 |
| USL Modena | 7 | 2.349 | 0,30 | 1 | 395 | 0 | 220 | 4 | 756 | 1 | 575 | 1 | 403 |
| USL Bologna | 2 | 3.666 | 0,05 | 0 | 445 | 0 | 820 | 1 | 807 | 0 | 614 | 1 | 981 |
| USL Imola | 3 | 519 | 0,58 | 0 | 111 | 0 | 50 | 3 | 165 | 0 | 131 | 0 | 62 |
| USL Ferrara | 2 | 1.103 | 0,18 | 0 | 208 | 0 | 10 | 2 | 279 | 0 | 328 | 0 | 278 |
| USL Ravenna | 5 | 2.300 | 0,22 | 0 | 345 | 0 | 549 | 4 | 457 | 0 | 430 | 1 | 519 |
| USL Forlì | 1 | 697 | 0,14 | 0 | 140 | 0 | 10 | 1 | 333 | 0 | 97 | 0 | 117 |
| USL Cesena | 4 | 1.383 | 0,29 | 0 | 165 | 1 | 360 | 2 | 237 | 0 | 235 | 1 | 386 |
| USL Rimini | 7 | 1.407 | 0,50 | 1 | 274 | 0 | 71 | 6 | 487 | 0 | 252 | 0 | 323 |
| Osp Parma | 3 | 1.095 | 0,27 | 0 | 173 | 0 | 185 | 3 | 421 | 0 | 243 | 0 | 73 |
| Osp Reggio E. | 2 | 614 | 0,33 | 0 | 128 | 0 | 111 | 2 | 278 | 0 | 89 | 0 | 12 |
| Osp Modena | 2 | 682 | 0,29 | 0 | 188 | 0 | 3 | 2 | 196 | 0 | 188 | 0 | 108 |
| Osp Bologna | 3 | 823 | 0,36 | 0 | 327 | 0 | 22 | 1 | 237 | 2 | 205 | 0 | 32 |
| Osp Ferrara | 3 | 946 | 0,32 | 1 | 158 | 0 | 480 | 2 | 232 | 0 | 59 | 0 | 18 |
| IOR | 0 | 1.709 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 138 | 0 | 0 | 0 | 1.073 | 0 | 498 |
| <i>RER</i> | <i>46</i> | <i>23.045</i> | <i>0,20</i> | <i>3</i> | <i>3.818</i> | <i>1</i> | <i>3.533</i> | <i>34</i> | <i>5.701</i> | <i>4</i> | <i>5.209</i> | <i>4</i> | <i>4.791</i> |

Nota. Alla voce "NUM" (numeratore) si trova il numero di decessi collegati a ciascuna specifica tipologia di intervento, alla voce "DEN" (denominatore) il numero di interventi effettuati per ciascuna specifica tipologia di intervento. Per la mortalità intra-ospedaliera complessiva si evidenzia anche il valore (%) ottenuto dalla formula NUM/DEN x 100.

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)

37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.

58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)

80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)

103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)
104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)

124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)
125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)

145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)
146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna, 2007. (*)
161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna, 2008. (*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna, 2008. (*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna, 2008. (*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna, 2008. (*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna, 2008. (*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna, 2008. (*)
167. La chirurgia robotica: il Robot da Vinci. Bologna, 2008. (*)

168. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna, 2008. (*)
169. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna, 2008. (*)
170. Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna, 2008. (*)

