

Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

Regions Emilia-Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ISSN 1591-223X

DOSSIER
206-2011

Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale

**Sistema Comunicazione
documentazione formazione**

La redazione del volume è stata curata da

- Davide Botturi** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Raffaella Stiassi Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
ora Direttore dell'Azienda di servizi alla persona del Circondario imolese
Marco Tieghi Prof. ordinario di Economia aziendale - consulente scientifico
Marco Biocca Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

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

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, febbraio 2011

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale 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/doss206.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.

Al documento "Per una teoria dei vasi comunicanti tra territorio e ospedale" hanno collaborato

- Luca Barbieri** Direttore Distretto Città di Bologna, Azienda USL di Bologna
ora Direttore UO Cure primarie e specialistica Zona 1 del Distretto Città di Bologna
- Ilaria Castaldini** Staff Direzione generale (e servizi di supporto), Azienda USL di Bologna
- Gabriele Cavazza** Staff Direzione generale (e servizi di supporto), Azienda USL di Bologna
ora Direttore del Distretto Città di Bologna
- Maria Cristina Cocchi** Direttore Distretto Pianura est, Azienda USL di Bologna
ora Responsabile dell'Area dipartimentale delle attività socio-sanitarie, Distretto Città di Bologna
- Marilina Colombo** Direttore Distretto di San Lazzaro di Savena, Azienda USL di Bologna
ora Direzione sanitaria aziendale
- Antonella Dallari** Staff Direzione generale (e servizi di supporto), Azienda USL di Bologna
- Alessandra Danielli** Staff Direzione generale (e servizi di supporto), Azienda USL di Bologna
- Saverio Di Ciommo** Direttore Distretto di Casalecchio di Reno, Azienda USL di Bologna
ora Direzione del Distretto di Casalecchio di Reno
- Lucia Grazia** Staff Direzione generale (e servizi di supporto), Azienda USL di Bologna
- Adalgisa Protonotari** Staff Direzione generale (e servizi di supporto), Azienda USL di Bologna
- Alessandra Renopi** Staff Direzione generale (e servizi di supporto), Azienda USL di Bologna
- Mara Morini** Direttore Distretto di Porretta Terme, Azienda USL di Bologna
ora Direttore del Dipartimento di cure primarie
- Fausto Trevisani** Direttore Distretto Pianura ovest, Azienda USL di Bologna

Si ringraziano per il contributo

- Roberto Grilli** Direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
- Francesco Longo** Direttore del Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS) - Università Bocconi di Milano
- Francesco Ripa di Meana** Direttore generale dell'Azienda USL di Bologna

Al documento "Proposta di indicatori per la rendicontazione distrettuale" ha collaborato il Gruppo regionale dei referenti aziendali del Bilancio di missione

Maria Gamberini Azienda USL di Piacenza
Sara Baruzzo Azienda USL di Reggio Emilia
Federica Gazzotti Azienda USL di Reggio Emilia
Maria Elena Costa Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
Danica Ugoletti Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
Marella Zatelli Azienda USL di Parma
Cecilia Morelli Azienda ospedaliero-universitaria di Parma
Massimo Brunetti Azienda USL di Modena
Gianluigi Trianni Azienda ospedaliero-universitaria di Modena
Sandra Vernerio Azienda USL di Bologna
Elisa Casadio Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
Cinzia Castellucci Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
Andrea Paltrinieri IRCCS Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna
Davide Gallegati Azienda USL di Imola
Tiziana Mazzini Azienda USL di Imola
Elisa Montanari Azienda USL di Ferrara
Stefano Carlini Azienda USL di Ferrara
Adriano Verzola Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Pasquale Falasca Azienda USL di Ravenna
Elisa Ponti Azienda USL di Forlì
Andrea Giamperoli Azienda USL di Cesena
Fabio Semprini Azienda USL di Rimini

Hanno collaborato per la parte statistica e di rappresentazione cartografica

Nicola Caranci Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Barbara Pacelli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Ha svolto attività di supervisione

Andrea Donatini Servizio Assistenza distrettuale - Direzione generale Sanità e politiche sociali - Regione Emilia-Romagna

Si ringraziano per il contributo

Rossella Bignami Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri
Alba Carola Finarelli Servizio Sanità pubblica
Gisella Garaffoni Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali
Eleonora Verdini Responsabile del Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali
Direzione generale Sanità e politiche sociali - Regione Emilia-Romagna

Indice

Sommario	7
<i>Abstract</i>	9
Introduzione	11
Per una teoria dei vasi comunicanti tra territorio e ospedale	15
Premessa	17
Profilo sintetico dei Distretti dell’Azienda USL di Bologna	21
Analisi indicatori distrettuali di consumo	25
1. Consumo di prestazioni di diagnostica strumentale (Distretto di Porretta Terme)	25
2. Spesa farmaceutica territoriale (Distretto Città di Bologna)	29
3. Utenti diabetici in carico (Distretto di Casalecchio di Reno)	33
4. Associazionismo dei medici di medicina generale (Distretto Città di Bologna)	37
5. Pazienti seguiti in assistenza domiciliare integrata - infermieristica (Distretto di Casalecchio di Reno)	42
6. Adesione allo <i>screening</i> della mammella (Distretto Pianura ovest)	46
7. Accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero (Distretto di San Lazzaro di Savena)	49
8. Utilizzo dell’ <i>hospice</i> (Distretto Pianura est)	53
9. Consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali di riabilitazione (Distretto di San Lazzaro di Savena)	55
10. Accessi al Pronto soccorso (Distretto Pianura est)	59
11. Ricoveri ospedalieri, disciplina psichiatria (Distretto di Porretta Terme)	61
12. Ricoveri ospedalieri (Distretto Pianura ovest)	65
Considerazioni conclusive	71

(continua)

Proposta di indicatori per la rendicontazione distrettuale	73
Premessa	75
Proposta di indicatori distrettuali	79
1. Vaccinazione contro il morbillo a 24 mesi	79
2. Donne in carico ai Consulenti familiari	82
3. Persone seguite dai Dipartimenti di salute mentale	86
4. Persone seguite in assistenza domiciliare integrata	89
5. Consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali	93
6. Tempi di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali programmabili	101
7. Consumo di ricoveri ospedalieri	108
8. Posti letto per anziani in strutture residenziali	112
9. Posti per disabili in strutture semi-residenziali	115
10. Parti con taglio cesareo	118
Considerazioni conclusive	121
Riferimenti bibliografici	127
Allegati	131
Allegato 1. Sintesi degli indicatori distrettuali dell'Azienda USL di Bologna	133
Allegato 2. Valori degli indicatori per la rendicontazione distrettuale nel Bilancio di missione	137
Allegato 3. Lettura di sintesi della variabilità degli indicatori distrettuali	141

Sommario

Con il Piano sociale e sanitario 2008-2010 la Regione Emilia-Romagna ha inteso, tra l'altro, rafforzare il ruolo dei Distretti nel governo dell'assistenza sociale e sanitaria. Nel 2009, l'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha ritenuto opportuno dedicare particolare attenzione all'approfondimento dei metodi e degli strumenti per la programmazione e la rendicontazione distrettuale, che rappresentano due fasi determinanti e particolarmente delicate del ciclo logico di azioni per il governo.

Il presente volume raccoglie due studi a cui hanno partecipato direttamente alcuni tra i principali interessati, i direttori di Distretto dell'Azienda USL di Bologna e i referenti aziendali del Bilancio di missione.

In particolare, nel primo studio viene presentata la valutazione empirica di una metodologia per l'analisi e l'interpretazione delle relazioni intercorrenti tra i vari sottolivelli di assistenza distrettuale, utilizzando la teoria dei "vasi comunicanti" tra territorio e ospedale (Annichiarico *et al.*, 2009; Longo *et al.*, 2008a). L'ipotesi sottesa a questa teoria è che manovrando i livelli di spesa e/o attività di uno dei due macroambiti, sia possibile influenzare l'altro, come se ospedale e territorio fossero due vasi tra loro comunicanti e interrelati. Lo studio si basa su un'esperienza che è stata in primo luogo formativa,¹ in quanto attraverso l'analisi qualitativa concreta gli autori hanno anche appreso un metodo di ragionamento. Ha messo inoltre in evidenza alcune relazioni di "comunicazione" fra livelli di assistenza, soprattutto nei Distretti della pianura che si presentano maggiormente omogenei per caratteristiche socio-demografiche della popolazione, tra i principali determinanti del consumo di prestazioni ospedaliere e territoriali. La teoria dei vasi comunicanti non riesce però ad essere esaustiva nella spiegazione delle dinamiche, soprattutto relative ai consumi, tra servizi territoriali e ospedalieri, che risultano influenzate da molteplici altri fattori, tra cui la specificità storica delle strutture di offerta e la cultura e i comportamenti dei professionisti e dei cittadini interessati.

La trattazione include una introduzione, una sintetica descrizione del profilo demografico, socio-economico e dei servizi di ogni Distretto dell'Azienda USL di Bologna e 12 schede di analisi relative agli indicatori selezionati.

Nel secondo studio si descrive il processo di validazione di un primo gruppo di indicatori che dovrebbero essere capaci di rappresentare le attività e i risultati di tipo sanitario e socio-sanitario dei Distretti, da utilizzare nel Bilancio di missione (strumento di rendicontazione aziendale istituito per legge in Emilia-Romagna dal 2004). A conclusione dello studio gli indicatori distrettuali sono stati inseriti nelle Linee guida regionali per la redazione del Bilancio di missione e sono stati utilizzati dalle Aziende USL nella predisposizione dei Bilanci di missione 2009. L'esperienza è stata particolarmente apprezzata dal Gruppo regionale dei referenti

¹ Vedi *Considerazioni conclusive* al primo studio, pag. 71.

aziendali del Bilancio di missione, i quali hanno sottolineato l'utilità della presenza di indicatori in grado di rappresentare i consumi di servizi della popolazione residente e della predisposizione per ogni singolo indicatore di una scheda di descrizione del suo contenuto informativo e delle cartine regionali suddivise per Distretti.

Questo studio intende proporsi come spunto in particolare nel più ampio dibattito riguardante la rendicontazione distrettuale, tematica ancora largamente inesplorata e di notevole complessità in considerazione della fitta rete di soggetti e di responsabilità che a questo livello si sovrappone e interagisce.

La scelta degli indicatori si è basata principalmente sulle funzioni e sugli ambiti di competenza del Distretto. Sono stati selezionati indicatori di offerta, attività e consumo riferiti all'ambito sia sanitario che socio-sanitario. Inoltre, sono stati privilegiati quegli indicatori precedentemente utilizzati in documenti istituzionali o di studio (Mall, Cetani, 2003).

Le informazioni sono organizzate in 13 schede relative agli indicatori selezionati, ciascuna formata da una sezione "anagrafica" che descrive le caratteristiche dell'indicatore (es. metodo di calcolo, significato, validità e limiti), una rappresentazione grafica dei valori distrettuali e un sintetico commento per ciascuna figura, eventualmente arricchito da osservazioni e commenti delle Aziende sanitarie. I dati utilizzati provengono dal Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione e sono aggiornati all'ultimo anno disponibile al momento dell'avvio dei lavori (2008 o 2007).

I due studi sono preceduti da un'Introduzione comune e seguiti da una Bibliografia e da alcuni Allegati. Ciascuno di essi presenta, inoltre, alcune considerazioni conclusive riferite alla esperienza complessiva.

Abstract in English

Contributions for planning and accountability reporting at Health District level

The Social and Healthcare Plan 2008-2010 of Emilia-Romagna Region confirms and reasserts the new role of the Health District as the seat of services planning and the ideal context for the integration between health and social care. In this framework, during 2009 the Regional Healthcare and Social Agency paid special attention to the methods and tools for the planning and the accountability reporting of the Health District. The volume includes two studies on these two decisive and critical phases for the health system government.

The first study presents the empirical evaluation of a methodology for the analysis and interpretation of the relationship between hospital and local health and social care services, using the theory of "communicating vessels": the assumption of this theory is that manipulating the spending and/or activity of only one of these sides it is possible to influence the other, as if they were interdependent. The results show that this theory does not provide a clear explanation of the dynamics between hospital and local care services, which appear to be influenced by many other factors.

The study was carried out with the participation of the District directors and staff of Bologna Local Health Trust. The paper includes an introduction, a brief description of the demographic, socio-economic and care services profile of each health District of Bologna Local Health Trust and 12 fact sheets on the indicators selected. A conclusion related to the overall experience closes the study.

The second study includes a proposal for a first group of indicators that should be able to represent the activities and results of the Health Districts in the social accountability report, a compulsory (established by Regional Law no. 29/2004), yearly and public document that illustrates the outcomes of actions performed by each Emilia-Romagna Health Trust to its main institutional interlocutors, the Regional Government and Local Authorities. The study provides some elements to the broader debate and largely unexplored issue concerning the accountability reporting of Health District.

It was carried out with the participation of the regional group on the social accountability report. Information is organized in 13 fact sheets on the indicators selected, each consisting of a description of the characteristics of the indicator (e.g. method of calculation, meaning, validity and limits), graphical representations and comments for each figure, observations by the Local Health Trusts. A conclusion related to the overall experience closes the study.

The volume is completed by a summary and an introduction, as well as by a bibliography and an appendix.

Introduzione

Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 della Regione Emilia-Romagna rafforza il ruolo dei Distretti nel governo dell'assistenza sociale e sanitaria. L'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha quindi ritenuto opportuno dedicare particolare attenzione ai metodi e agli strumenti per la programmazione e la rendicontazione distrettuale, che rappresentano due fasi determinanti e particolarmente delicate del ciclo logico di azioni per il governo.

I due studi che vengono presentati in questo volume - sulla programmazione e sulla rendicontazione distrettuale - sono da collocare nel contesto più ampio della "transizione organizzativa" che i Servizi sociali e sanitari territoriali stanno vivendo, anche in risposta alla "transizione epidemiologica" nella società e alla crescita della loro rilevanza in termini di risorse investite, di servizi offerti e di attenzione da parte dei decisori (Longo, Tasselli, 2009).

I servizi territoriali e quelli ospedalieri si stanno integrando maggiormente, e in modo complementare si stanno consolidando delle aree intermedie per concorrere al miglioramento dell'assistenza.

Anche nel sistema sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna la "transizione organizzativa" è stata caratterizzata da alcuni passaggi fondamentali. La rete dei presidi ospedalieri si sta riorganizzando per accelerare i processi di cura, ridurre i posti letto e dedicarsi in particolare alle fasi acute, mantenendo l'assistenza specialistica e la diagnostica strumentale di alto costo e i laboratori. I ricoveri vengono suddivisi per tipologia di trattamento (intensivo, acuto, post-acuto) e vengono sviluppati l'osservazione breve intensiva e il *day service*, come via intermedia fra il ricovero diurno e le prestazioni specialistiche.

È stato definito un finanziamento dedicato ai servizi per le persone non autosufficienti, che ha contribuito nel dare visibilità (e forse un corpo teorico) all'assistenza tradizionalmente svolta dalla sanità a favore dei pazienti disabili e svantaggiati, oltre che a richiamare con forza la necessità di integrazione fra sistema sanitario e sociale. I ricoveri prolungati (adesso definiti di lungodegenza) sono sostituiti da periodi temporanei in strutture residenziali o dalla tempestiva attivazione dell'assistenza domiciliare. Si sta sviluppando un livello intermedio tra la degenza ospedaliera e il medico di medicina generale, a tal fine definito "cure intermedie".

L'assistenza domiciliare entra tra le competenze del Servizio sanitario territoriale con caratteristiche a volte in prevalenza sociali o sanitarie, ma spesso è alternativa al ricovero in ambiente ospedaliero o residenziale.

Tali trasformazioni si accompagnano a una modificazione del ruolo e del funzionamento dei Distretti che hanno prevalentemente funzioni di committenza, di integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri e tra servizi sanitari e sociali, di interlocutore con gli Enti locali per il governo dell'assistenza a livello locale (Mete, 2009) e con l'ampia platea di attori, istituzionali e non, che vi partecipano.

La Regione Emilia-Romagna definisce il Distretto come l'articolazione territoriale del governo dell'Azienda sanitaria e gli assegna la *mission* di governare la domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando i servizi di assistenza primaria relativi alle attività

sanitarie e socio-sanitarie. Questo avviene attraverso l'individuazione delle necessità sanitarie del territorio di riferimento e delle relative risposte, nei termini di servizi appropriati (Piano sociale e sanitario 2008-2010), prodotti direttamente dai diversi dipartimenti aziendali, territoriali e ospedalieri e da altri soggetti accreditati. Il Direttore di Distretto è il rappresentante dell'Azienda nei confronti degli Enti Locali e partecipa a:

- governo dell'Azienda, esercitando un ruolo di indirizzo sulla allocazione delle risorse tra i Dipartimenti e di monitoraggio della produzione quali-quantitativa degli stessi e dei consumi;
- governo locale (programmazione, regolazione e verifica dei risultati) del sistema sociale che fa capo al Comitato di Distretto, ovvero ai Sindaci dei Comuni presenti nel territorio.

La modificazione nell'orientamento del Distretto, da una funzione di gestione dei servizi a una di governo, apre una serie di questioni che sono al centro dell'attuale dibattito sulle politiche e il *management* dei servizi sociali e sanitari (Cislaghi, 2004; Longo *et al.*, 2008a).

Una prima questione vede lo spostamento dell'attenzione dalla produzione ai consumi, ovvero dalle prestazioni prodotte dai servizi a quelle utilizzate dalla popolazione residente in quel determinato territorio, indipendentemente dall'erogatore. La capacità di governo dell'assistenza da parte del Distretto dipende quindi in buona misura dalla capacità nell'orientare i consumi verso prestazioni appropriate relativamente alle caratteristiche e alla complessità della domanda.

Un'altra questione riguarda la possibile antitesi tra produzione e consumi. Infatti, il perseguimento dell'appropriatezza d'uso dei servizi può comportare una riduzione delle prestazioni prodotte. Tale evenienza si scontra sovente con le resistenze non solo dei produttori di servizi, ma anche degli amministratori locali e delle popolazioni, per i quali ridurre i consumi equivale a ridurre la tutela della salute.

Una terza questione riguarda la debolezza degli attuali sistemi informativi nella misurazione dei consumi, che spesso è limitata ai soli ricoveri ospedalieri (Longo *et al.*, 2008b).

Non ultimo, si pone il tema degli strumenti a supporto delle funzioni di governo affidate alla direzione distrettuale. Tra questi è stata dedicata particolare attenzione alla definizione di "cruscotti di indicatori" (D'Ascanio *et al.*, 2010; Nuti, 2007; Nuti, Barsanti, 2009; Protonotari *et al.*, 2009; Rini, 2007) per la rilevazione e misurazione degli aspetti quantitativi e qualitativi dei servizi resi alla popolazione, nonché per la rendicontazione dei risultati conseguiti.

La rendicontazione (e in senso più ampio *l'accountability*) è un tema di crescente attualità e rilevanza. Costituisce una componente intrinseca alle relazioni che si instaurano tra le organizzazioni sanitarie e il contesto politico e sociale delle comunità in cui operano (Grilli, 2010), assumendo una particolare importanza proprio nell'ambito distrettuale dove si sovrappone e interagisce una fitta rete di soggetti appartenenti all'economia di mercato, al settore pubblico, al mondo del non *profit* e quote significative di semplice economia domestica (Taroni, 2007) in un confuso intreccio tra le competenze legislative e le responsabilità amministrative, finanziarie e gestionali di Stato, Regioni e Comuni.

Il tema della rendicontazione è ancora largamente inesplorato a livello distrettuale, diversamente da quanto è accaduto per il livello aziendale. Infatti, diverse Regioni (es. Umbria, Veneto, Piemonte, Abruzzo) hanno avviato delle sperimentazioni e iniziative per dotare le

proprie Aziende sanitarie di strumenti di rendicontazione sociale, seppure con gradi di sviluppo assai variegati (Tieghi, 2010). Una delle esperienze più consolidate è quella della Regione Emilia-Romagna, che dal 2004 ha istituito per legge il Bilancio di missione e ha sviluppato un percorso di sperimentazioni diffuso e approfondito (Biocca, 2010). Il Bilancio di missione costituisce lo strumento attraverso cui le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna danno conto dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi istituzionali dichiarati e alle risorse impiegate, *in primis* ai loro interlocutori istituzionali: la Regione e la Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 della Regione Emilia-Romagna, inoltre, garantisce una maggiore coerenza tra i diversi livelli (regionale e locale), tra gli strumenti di governo del sistema (programmazione, regolazione, valutazione e rendicontazione), e il collegamento sistematico tra programmazione e rendicontazione dei risultati. Nello specifico, il Piano fornisce indirizzi rilevanti per lo sviluppo e l'adozione di strumenti manageriali di supporto alla funzione di governo assegnata al direttore di Distretto. A tal riguardo i Servizi della Direzione generale Sanità e politiche sociali della Regione hanno già avviato e realizzato diversi progetti di formazione per i Direttori di Distretto e iniziative di ricerca finalizzati, tra l'altro, anche all'individuazione di indicatori per la programmazione e per la valutazione dell'attività distrettuale.

Il Piano prevede, inoltre, un ampliamento dell'ambito di rendicontazione del Bilancio di missione alle attività socio-sanitarie, che dovrà avere una specificità distrettuale. L'ambito distrettuale è infatti identificato come quello più appropriato a garantire una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali sociali e sanitarie, in quanto prossimo alla comunità locale. Per supportare la pianificazione provinciale e la programmazione distrettuale è già stato messo a punto uno strumento - il Profilo di comunità - in grado di descrivere i bisogni e le caratteristiche della comunità e dei servizi. Manca ancora, tuttavia, uno strumento in grado di rendicontare le attività e i risultati conseguiti.

Il Sistema Comunicazione, documentazione e formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna ha dedicato negli ultimi anni particolare attenzione al Bilancio di missione (AA.VV., 2005; Baccarini *et al.*, 2007; Biocca, 2010; Testi *et al.*, 2008). Più recentemente sono stati approfonditi gli strumenti per la rendicontazione di ambito distrettuale e i metodi per l'analisi del funzionamento dell'assistenza territoriale a supporto delle scelte di programmazione.

In questo volume sono raccolti due studi diversi che hanno in comune la finalità di offrire degli spunti utili alla discussione e riflessione sui metodi e gli strumenti necessari a supportare il ruolo e le funzioni dei Distretti.

Nel primo viene presentata la valutazione empirica di una metodologia per l'analisi e l'interpretazione delle relazioni intercorrenti tra i vari sottolivelli di assistenza distrettuale che utilizza la teoria dei vasi comunicanti tra territorio e ospedale. È una teoria al centro di alcuni studi di politica e *management* sanitario (Annichiarico *et al.*, 2009; Longo *et al.*, 2008a). Secondo alcuni studiosi, manovrando i livelli di spesa e/o attività di uno dei due macroambiti è possibile influenzare l'altro, come se ospedale e territorio fossero due vasi tra loro comunicanti e interrelati; secondo altri, invece, tali automatismi non vi sarebbero.

Questo studio affronta questioni principalmente di metodo, è stato condotto nel 2009 in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna e in particolare con i 6 Direttori di Distretto. È articolato in una sintetica descrizione del profilo demografico, socio-economico e dei servizi di ogni Distretto e in 12 schede di analisi relative agli indicatori selezionati, suddivise in:

- una descrizione del posizionamento del Distretto rispetto agli altri Distretti e alla media aziendale (ed eventualmente alla media regionale);
- una raccolta delle informazioni a supporto delle ipotesi di "comunicazione" fra i diversi ambiti di assistenza a livello distrettuale; dove possibile, è stato anche effettuato un approfondimento a livello di Nucleo delle cure primarie, ipotizzando di poter rilevare ulteriori elementi nel tentativo di spiegare la variabilità interdistrettuale;
- considerazioni sul fenomeno descritto ed eventuali proposte di nuovi indicatori.

Nel secondo contributo viene proposto, invece, un primo gruppo di indicatori da utilizzare nel Bilancio di missione, capaci di rappresentare le attività e i risultati di tipo sanitario e socio-sanitario dei Distretti. La scelta degli indicatori si è basata principalmente sulle funzioni e sugli ambiti di competenza del Distretto. Sono stati selezionati indicatori di offerta, attività e consumo riferiti all'ambito sia sanitario che socio-sanitario. Inoltre, sono stati privilegiati quegli indicatori che erano già stati utilizzati in documenti istituzionali o di studio (Mall, Cetani, 2003). I dati provengono dal Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione, un sistema basato su un insieme di regole a garanzia della qualità dei dati e robusto per la tempestività, completezza e accuratezza (Verdini, 2010), e si riferiscono all'ultimo anno disponibile al momento dell'avvio del lavoro (2008 o 2007). L'approccio utilizzato per l'analisi dei dati è di tipo ecologico. I dati sono cioè aggregati per area-Distretto e non sono individuali. Questa scelta può ovviamente introdurre quella che la letteratura epidemiologica definisce come distorsione ecologica e che dipende anche dal livello di aggregazione prescelto: il livello distrettuale, invece che quello aziendale o regionale (Biggeri, Grisotto, 2009; Cislighi, 2009).

Questo studio affronta, invece, questioni relative agli strumenti, più che al metodo. È stato condotto anch'esso nel 2009 in collaborazione con diversi Servizi della Direzione generale sanità e politiche sociali e con il Gruppo dei referenti aziendali del Bilancio di missione. Si compone di 13 schede relative agli indicatori selezionati, articolate in:

- una sezione "anagrafica" che descrive le caratteristiche dell'indicatore (es. metodo di calcolo, significato, validità e limiti);
- una rappresentazione grafica dei valori dell'indicatore nei diversi Distretti con il valore di riferimento (es. media regionale, obiettivo nazionale e/o regionale), e una cartina dell'Emilia-Romagna suddivisa per Distretti, con i valori aggregati in classi quintili;
- un sintetico commento per ciascuna figura, eventualmente arricchito da osservazioni e commenti delle Aziende sanitarie.

I due studi sono preceduti da un'Introduzione comune e seguiti da una Bibliografia e da alcuni Allegati. Ciascuno di essi presenta, inoltre, alcune considerazioni conclusive riferite alla esperienza complessiva.

Per una teoria dei vasi comunicanti tra territorio e ospedale

Premessa

Chi dirige le Aziende sanitarie insegue ogni giorno il sogno di poter offrire servizi adeguati ai veri bisogni dei propri cittadini e di riuscire a farli utilizzare in modo appropriato. È un sogno impossibile, ma occorre fare il possibile per avvicinarsi all'obiettivo.²

Per questo si comincia analizzando scientificamente con cura la realtà in cui si opera, cercando di quantificare i bisogni e di capire come mai l'offerta di servizi e i consumi sanitari sembrano così indipendenti dai bisogni evidenziati.

Fino a qualche anno fa, una siffatta analisi era ritenuta impraticabile poiché i dati disponibili non erano né sufficienti né attendibili, ma oggi con l'evoluzione dei sistemi informativi, l'alibi comincia a vacillare. Forse manca ancora qualcosa, ma si hanno certamente a disposizione tante informazioni, che sembra davvero un peccato non cercare di collegare tra loro per capire un po' meglio come vanno le cose.

Per questo motivo, l'Azienda USL di Bologna e l'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna hanno avviato una collaborazione per analizzare alcuni indicatori distrettuali al fine di spiegare le ragioni degli scostamenti tra una realtà e l'altra, applicando sul campo la teoria dei vasi comunicanti proposta da Francesco Longo nella ricerca commissionata dalla Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO).

Lo studio è stato realizzato attraverso una serie di incontri che l'ASSR ha avuto con i 6 Direttori di Distretto dell'Azienda USL di Bologna nel 2009. È stato esaminato un insieme di indicatori per verificare concretamente la validità delle dinamiche relative all'assistenza territoriale e per un esercizio didattico sul campo.

Come riferimenti per la selezione degli ambiti di assistenza e delle tipologie di indicatori sono stati utilizzati lo studio CERGAS-FIASO sul governo del territorio (Longo *et al.*, 2008a) (*Tabella 1*), l'elenco di indicatori del "cruscotto" predisposto dall'Azienda USL di Bologna (*Allegato 1*), e un set di indicatori inviati dalla Regione Emilia-Romagna ai Direttori di Distretto come supporto alla programmazione.

² Vedi *Considerazioni conclusive* al presente studio, pag. 71.

Tabella 1. Ambiti assistenziali di riferimento (CERGAS)

A.	Generale Azienda
B.	Specialistica diagnostica e ambulatoriale
C.	Farmaceutica
D.	Protesica e integrativa
E.F.G.	Medicina di famiglia (MMG, PLS e Continuità assistenziale)
H.	Assistenza domiciliare
I.R.	Prevenzione, Sanità pubblica e <i>Screening</i>
L.	Materno infantile
M.	Strutture residenziali e semi-residenziali per anziani
N.	Disabili
O.	<i>Hospice</i>
P.	Riabilitazione e lungodegenza
Q.	Pronto soccorso (+ 118)
S.	Salute mentale
T.	Dipendenze
U.	Ricoveri ospedalieri
V.	Altri

Fonte Longo *et al.*, 2008a.

Si è cercato di individuare indicatori prevalentemente di consumo, ovvero relativi ai servizi (o prestazioni) utilizzati dai cittadini residenti nei Distretti, indipendentemente dalla sede di erogazione del servizio - intra o extra-distrettuale - e dalla natura dell'erogatore - pubblico o privato accreditato. A tal riguardo è stata rilevata la carenza dei sistemi informativi disponibili, siano essi regionali o aziendali, nell'offrire un quadro dei consumi della popolazione residente, ovvero che comprenda anche la quota di servizi erogati dal privato non accreditato.

Una volta selezionati gli indicatori, si è proceduto alla loro assegnazione sulla base del valore minimo o massimo presentato dal Distretto. Questo criterio si rifà al "cruscotto" di indicatori dell'Azienda USL di Bologna (*Allegato 1*), all'interno del quale sono stati evidenziati attraverso una diversa colorazione i valori minimo e massimo di ciascun indicatore.

L'elenco ottenuto dal percorso di selezione si compone di 12 indicatori (*Tabella 2*) di diverso tipo e relativi alle principali aree assistenziali di competenza del Distretto. Vengono riportati: l'ambito assistenziale di appartenenza dell'indicatore, confrontato con gli ambiti dello studio CERGAS-FIASO; il nome dell'indicatore (con l'indicazione della fonte tra parentesi, nel caso appartenga all'elenco regionale); il Distretto a cui l'indicatore è stato attribuito (sono stati assegnati due indicatori per Distretto).

Tabella 2. Elenco dei 12 indicatori selezionati per lo studio

Ambito di assistenza		Indicatore	Distretti Azienda USL di Bologna
CERGAS	Studio		
B	Specialistica ambulatoriale	Indice di consumo per categorie aggregate * 1.000 residenti	Porretta Terme
C	Farmaceutica convenzionata	Spesa per residente per le principali patologie e totale	Città di Bologna
D	Cure primarie	Utenti diabetici in carico * 1.000 residenti	Casalecchio di R.
E	Cure primarie	Numero di medici di medicina generale associati	Città di Bologna
H	Domiciliare integrata	Pazienti per classe di età e livello di attività assistenziale * 1.000 residenti (RER)	Casalecchio di R.
I	Prevenzione	Tasso di adesione corretto per <i>screening</i> mammella (RER)	Pianura ovest
L	Pronto soccorso	Numero di accessi non seguiti da ricovero * 1.000 residenti (RER)	San Lazzaro di S.
O	<i>Hospice</i>	Tasso di ospedalizzazione * 100.000 residenti (RER)	Pianura est
P	Specialistica ambulatoriale	Indice di consumo <i>pro capite</i> per riabilitazione	San Lazzaro di S.
Q	Pronto soccorso	Numero di accessi * 1.000 residenti	Pianura est
S	Ospedale, psichiatria	Tasso di ospedalizzazione standardizzato * 1.000 residenti	Porretta Terme
U	Ospedale	Tasso di ospedalizzazione standardizzato * 1.000 residenti	Pianura ovest

I dati sono stati tratti da:

- Sistema informativo regionale per gli indicatori relativi ai pazienti in assistenza domiciliare integrata, alle prestazioni ambulatoriali specialistiche, agli accessi in Pronto soccorso non seguiti da ricovero, ai ricoveri ospedalieri e in *hospice*;
- Sistema informativo aziendale per gli indicatori relativi all'accesso al Pronto soccorso per codice colore, all'adesione allo *screening* della mammella, alla prevalenza di medici di medicina generale associati, alle prestazioni specialistiche ambulatoriali riabilitative, ai ricoveri ospedalieri - disciplina psichiatria, agli utenti diabetici inseriti in percorsi di presa in carico territoriale e alla spesa farmaceutica convenzionata per residente. Tra i documenti aziendali utilizzati, si ricordano:
 - "Per un governo del territorio: i consumi sanitari e socio-sanitari dei residenti nei 6 Distretti dell'Azienda USL di Bologna" curata dall'Azienda USL stessa (Protonotari *et al.*, 2009);
 - i "Bilanci di missione" relativi agli anni 2007 e 2008;
 - la piattaforma informativa "MapSan 2006 - Conoscere per Programmare";
 - il "Report sui Nuclei di cure primarie" relativo all'anno 2008;
 - il "Report sulle prescrizioni farmaceutiche", relativo all'anno 2008.

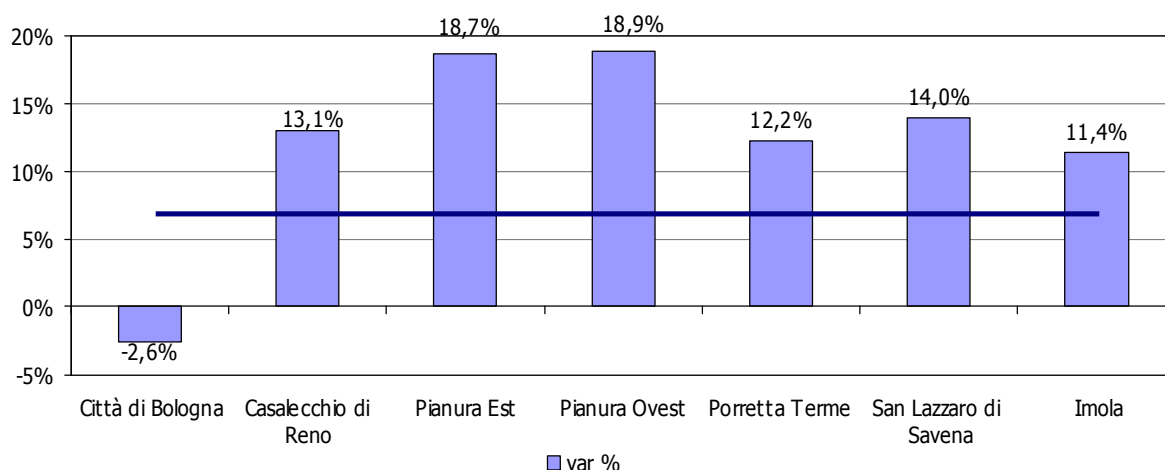
Ciascun direttore di Distretto ha presentato durante una serie di incontri le schede di analisi degli indicatori assegnati. Nella discussione sono emerse alcune criticità; in particolare è stata sottolineata la difficoltà di eseguire confronti tra indicatori di attività e di consumo in quelle aree assistenziali (per esempio, le prestazioni dei consultori familiari o la distribuzione delle strutture residenziali per i disabili) dove è presente una elevata disomogeneità nell'offerta dei servizi. Tale fattore condiziona infatti in maniera determinante la tipologia e il volume di servizi prodotti e consumati (Annichiarico *et al.*, 2009).

Profilo sintetico dei Distretti dell'Azienda USL di Bologna

Prima di procedere all'analisi qualitativa degli indicatori distrettuali si propone una descrizione di contesto dello stato di salute della popolazione residente nei distretti dell'Azienda USL di Bologna. Ne emerge un quadro di difficile interpretazione per il mescolarsi di molti caratteri fra le aree territoriali, fatta eccezione per il Distretto di Porretta Terme, nel quale gli indicatori socio-demografici e di salute evidenziano una particolare "fragilità" del contesto.

In primo luogo occorre sottolineare che gli indicatori di contesto risentono grandemente delle variazioni demografiche.

Figura 1. Variazione percentuale della popolazione residente nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna e nell'Azienda USL di Imola. 1996-2008



NB La retta orizzontale indica la media aziendale.

Si osserva un progressivo calo della popolazione nel Distretto Città di Bologna (-2,6%) e un incremento nei Distretti Pianura est e Ovest (+18,7% e +18,9%). Anche in montagna si nota un incremento della popolazione, con valori molto elevati per quanto riguarda gli stranieri: +8,7% vs +6,8% media provinciale.

Sulla scorta di queste considerazioni si è voluto dare evidenza a due indicatori fondamentali per caratterizzare le differenze territoriali: la mortalità e la deprivazione.

Confrontando i tassi standardizzati per età della mortalità tra le varie sotto-aree distinguibili nel territorio della provincia di Bologna, si rilevano significative differenze. In particolare, il Distretto di Porretta Terme risulta essere quello con il più alto tasso di mortalità generale, superiore anche alla media regionale, mentre i Distretti di pianura presentano i tassi di mortalità più bassi del territorio bolognese.

Confrontando l'indice di deprivazione tra i vari Distretti, si osserva una più alta percentuale di zone poco deprivate nei Distretti Città di Bologna e San Lazzaro di Savena, e una più alta percentuale di zone molto deprivate nel Distretto di Porretta Terme.

Distretto di Casalecchio di Reno

Il Distretto è caratterizzato da una popolazione giovane, con un livello di istruzione inferiore alla media aziendale e regionale e un elevato reddito *pro capite*. Dal punto di vista dell'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari, si osserva una buona risposta all'attività di prevenzione e un basso ricorso al Pronto soccorso e all'ospedale, anche per la psichiatria. L'assistenza domiciliare e residenziale per gli anziani è inferiore alla media aziendale; tale dato si riflette sulla spesa territoriale che è inferiore a quella degli altri Distretti.

Distretto Città di Bologna

Il Distretto Città di Bologna, come altre grandi aree urbane, presenta una popolazione più anziana e sono più numerosi i grandi anziani soli e gli stranieri. Il livello di istruzione risulta essere di gran lunga superiore alla media regionale. L'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati è più ampia e incide sul consumo di prestazioni da parte dei cittadini, che si rivelano grandi utilizzatori di ricoveri ospedalieri anche in area psichiatrica. Lo stesso fenomeno riguarda la residenzialità per anziani e disabili. Viceversa, si rileva una bassa erogazione di assistenza domiciliare integrata e di assegni di cura. L'adesione alle campagne di prevenzione è inferiore alla media aziendale. I costi *pro capite* del Distretto sono i più alti dell'Azienda.

Distretto Pianura est

Il Distretto Pianura est si caratterizza per avere una popolazione giovane ma con un livello di istruzione non particolarmente elevato. Presenta un tasso di occupazione elevato. Il ricorso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e ai farmaci è superiore alla media aziendale, mentre l'utilizzo dell'ospedale e del Pronto soccorso sono più bassi. Il numero dei ricoveri psichiatrici, così come dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO), è tra i più bassi dell'Azienda. Il Distretto presenta costi inferiori alla media aziendale.

Distretto Pianura ovest

Il Distretto Pianura ovest si caratterizza per avere la popolazione più giovane dell'Azienda, ma con un livello di istruzione tra i più bassi. Presenta il tasso di occupazione più elevato. Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi risulta evidente un orientamento alla prevenzione e all'assistenza domiciliare, con un elevato consumo di assegni di cura, di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di farmaci. Si osserva invece un ridotto ricorso al Pronto soccorso e all'ospedale, ad esclusione dei ricoveri psichiatrici. Il Distretto presenta costi inferiori alla media aziendale.

Distretto di Porretta Terme

Il Distretto di Porretta Terme si caratterizza per una popolazione anziana e per l'alta percentuale di stranieri, superiore anche alla media regionale. Gli indicatori socio-economici lo pongono ai livelli più bassi dell'Azienda per istruzione, occupazione, reddito e speranza di vita alla nascita. Il quadro relativo ai servizi evidenzia una discreta *performance* nell'area dell'assistenza di base, accompagnata a un elevato utilizzo dell'ospedale e del Pronto soccorso. Si presenta debole l'adesione alle campagne di *screening*.

Distretto di San Lazzaro di Savena

Il Distretto di San Lazzaro di Savena presenta una popolazione giovane, con una bassa percentuale di stranieri, un livello di istruzione quasi pari a quello rilevato nella Città di Bologna e un reddito *pro capite* elevato. Il quadro dei servizi sanitari e socio-sanitari evidenzia un'attività preventiva in media con l'Azienda, un buon livello di associazionismo dei medici di medicina generale e un basso ricorso all'ospedale. Si registra un alto consumo di farmaci e di prestazioni specialistiche ambulatoriali riabilitative. L'offerta di posti residenziali è inferiore alla media aziendale, come l'erogazione di assegni di cura.

Analisi degli indicatori distrettuali

1. Consumo di prestazioni di diagnostica strumentale

Distretto di Porretta Terme

Situazione

L'indicatore misura il rapporto tra il numero delle prestazioni di diagnostica strumentale consumate dai residenti e la popolazione residente * 1.000. Le prestazioni sono quelle erogate a carico del Servizio sanitario nazionale presso strutture pubbliche e private. Nell'indicatore sono compresi anche i dati di mobilità passiva extraregionale riferiti all'anno 2007.

Analizzando l'indice di consumo *pro capite* standardizzato per la diagnostica emerge che il Distretto di Porretta Terme presenta il valore più basso, pari a 1,46, e inferiore alla media aziendale, pari a 1,73. Se si prendono in esame alcune sottocategorie, si rileva che il consumo di ecocolordoppler e di tomografia assiale computerizzata, attrezzature presenti ma insufficienti come offerta, è allineato a quello regionale ma inferiore a quello aziendale. Il consumo di risonanza magnetica nucleare, attrezzatura non presente negli ospedali distrettuali, è nettamente inferiore a entrambi: 0,033 prestazioni *pro capite* vs 0,060 media aziendale e 0,064 media regionale.

Osservando anche quanto accade negli altri Distretti, si nota che il consumo di diagnostica ad alto costo è superiore dove si rileva la maggiore offerta: Distretto Città di Bologna e Distretti limitrofi.

La popolazione del Distretto di Porretta Terme presenta un alto indice di dipendenza dalle strutture del proprio territorio (66%) rispetto al consumo di prestazioni specialistiche (*Tabella 3*), probabile indicatore di una preferenza ad evitare spostamenti non necessari in altri territori, date le caratteristiche altimetriche della zona (di montagna).

Tabella 3. Indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture per le prestazioni specialistiche ambulatoriali totali. Distretti dell'Azienda USL di Bologna, 2007

CASI	Casalecchio	Porretta	S. Lazzaro	Pianura est	Pianura ovest	Città BO	TOT strutt. Azienda	Private aziendali	908-AOSP Bologna	960-II.OO.R.	Altre Az. RER	Altre Regioni	Tot
Casalecchio	52,5%	7,2%	0,1%	0,8%	0,3%	18,6%	79,5%	5,7%	11,5%	1,0%	1,6%	0,7%	100%
Porretta	5,3%	66,1%	1,9%	0,4%	0,1%	9,8%	83,6%	4,0%	9,8%	0,4%	0,9%	1,3%	100%
S. Lazzaro	3,7%	1,3%	26,1%	2,6%	0,1%	26,8%	60,4%	5,8%	28,4%	1,9%	2,6%	0,8%	100%
Pianura est	0,3%	0,1%	0,3%	69,2%	1,4%	8,0%	79,3%	3,2%	12,5%	0,7%	3,5%	0,8%	100%
Pianura ovest	13,8%	0,4%	0,1%	41,6%	15,7%	12,6%	84,2%	2,2%	8,5%	0,7%	3,8%	0,7%	100%
Città BO	1,8%	0,5%	0,8%	1,8%	0,2%	50,1%	55,2%	6,6%	33,6%	1,6%	1,6%	1,3%	100%
AUSL BO	9,7%	5,7%	2,5%	17,0%	1,8%	30,8%	67,5%	5,3%	22,8%	1,2%	2,2%	1,0%	100%

Ipotesi di spiegazione

A. Il basso indice di consumo di prestazioni diagnostiche si accompagna a un elevato tasso di ospedalizzazione in regime ordinario (150,8‰). Il dato non sorprende considerando che nel territorio sono presenti diversi presidi (2 ospedali nella Valle del Reno e 1 casa di cura privata nella Valle del Setta).

Non è possibile determinare se questo comportamento di particolare fiducia nelle strutture ospedaliere derivi da un atteggiamento prescrittivo dei medici e/o da una preferenza dei cittadini.

Se si analizza l'utilizzo del Pronto soccorso si può disporre di due tipologie di rilevazioni:

- la prima - aziendale - consiste nella registrazione degli accessi al PS (*Tabella 4*); si precisa che dal 2010 questa rilevazione è diventata obbligatoria come flusso regionale per tutte le Aziende sanitarie;
- la seconda - regionale - consiste nella registrazione delle prestazioni richieste dal PS per pazienti che successivamente non vengono ricoverati (*Tabella 5*). Il presente indicatore tende a sovrastimare gli accessi al Pronto soccorso in quanto in alcuni casi conta le prestazioni specialistiche richieste e non l'accesso.

Si nota che nel 2007 il Distretto di Porretta Terme ha registrato il più alto tasso di ricorso al Pronto soccorso (465‰) nell'Azienda e che a questo utilizzo contribuiscono in prevalenza gli ospedali aziendali (363‰) e la casa di cura locale Villa Nobili (circa 51‰). Questo dato è coerente con l'utilizzo del ricovero ospedaliero sopra descritto.

Viceversa, esaminando i dati provenienti dal flusso regionale relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale si registra un numero di accessi minori (425,67‰) nell'area distrettuale rispetto alla Azienda (534,76‰).

Tabella 4. Accessi ai Pronto soccorso che insistono sul territorio dell'Azienda USL di Bologna da parte dei residenti nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna
* 1.000 residenti. 2007

ACCESSI	Casalecc.	Città BO	Pianura est	Pianura ovest	Porretta	S. Lazzaro	AUSL BO
Totale	401,4%	433,8%	399,4%	402,3%	465,6%	428,2%	422,3%
Accesso diretto OB	1,7%	6,2%	1,4%	0,7%	0,9%	29,4%	5,9%
PS AUSL BO	313,0%	158,5%	303,7%	347,3%	363,6%	126,6%	232,9%
AOSP	49,4%	207,1%	67,4%	31,0%	38,0%	207,5%	134,2%
IOR	37,0%	61,4%	26,7%	23,2%	12,1%	64,2%	45,4%
Villa Nobili	0,4%	0,6%	0,1%	0,1%	50,9%	0,5%	3,9%

Tabella 5. Accessi, per codice, ai Pronto soccorso non seguiti da ricovero da parte dei residenti nel Distretto di Porretta Terme, nell'Azienda USL di Bologna e in Emilia-Romagna * 1.000 residenti. 2008

Codice di accesso	Distretto di Porretta T.	AUSL Bologna	RER
codice bianco	196,96	153,06	71,32
codice verde	211,62	321,79	283,16
codice giallo	16,71	59,05	21,39
codice rosso	0,38	0,86	0,72
<i>TOTALE</i>	<i>425,67</i>	<i>534,76</i>	<i>376,59</i>

- B.** Per quanto riguarda la variabilità dei comportamenti fra i Nuclei di cure primarie (NCP), si rileva che i medici di medicina generale sono dislocati in un territorio molto ampio (850 Km²) e che operano prevalentemente da soli. L'influenza delle strutture ospedaliere è diversa fra la Valle del Reno, che ha presidi pubblici, e la Valle del Setta, in cui insiste una casa di cura privata. Se per i ricoveri ospedalieri ordinari si può notare un maggiore consumo nell'area relativa al NCP della Valle del Setta (tasso di ospedalizzazione pari a 174‰), per il ricorso al Pronto soccorso si nota un comportamento inverso: maggiore ricorso nell'area relativa al NCP dell'Alta Valle del Reno (tasso di accesso al PS 504‰).

Tabella 6. Accessi, per codice, ai Pronto soccorso che insistono sul territorio dell'Azienda USL di Bologna da parte dei residenti nel Distretto di Porretta Terme, suddivisi per Nucleo di cure primarie * 1.000 residenti >14 anni. 2008

Area di assistenza (scelta MMG)	n. accessi >14 anni	di cui codice bianco	di cui codice verde	di cui codice giallo	di cui codice rosso	tasso * 1.000 ass. (scelte) >14 anni
AUSL di Bologna	292.839	65.456	176.665	47.880	2.838	393
Distretto Porretta	21.712	5.736	13.422	2.295	259	452
NCP 36 - Alta Valle del Reno	7.180	2.324	4.136	617	103	504
NCP 37 - Media Valle del Reno	7.731	2.356	4.534	763	78	459
NCP 38 - Valle del Setta	6.801	1.056	4.752	915	78	403

- C.** L'analisi del ricorso alle prestazioni diagnostiche di alta complessità evidenzia che vi sono differenze notevoli fra i vari NCP. In specifico, il ricorso alla RMN risulta particolarmente basso per i cittadini che risiedono nell'Alta Valle del Reno rispetto ai valori della Media Valle del Reno. Sembra quindi che il ricorso sia influenzato dalla distanza dalle sedi ospedaliere erogative: nella zona di Porretta Terme il tasso di consumo delle RMN è pari a 19‰, mentre nella zona di Vergato, che è più vicina a Bologna, è pari a 24‰.

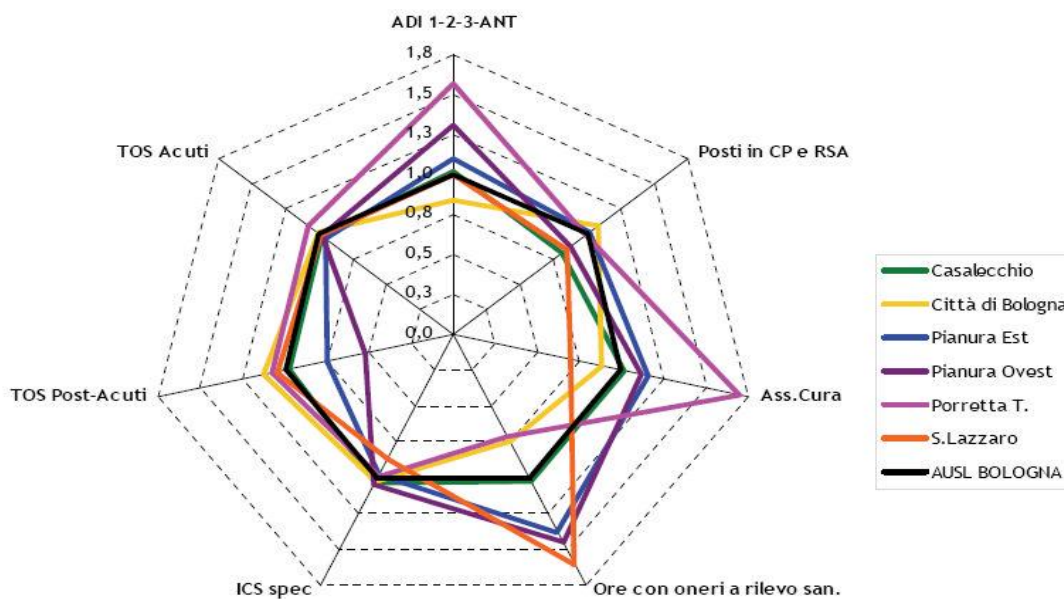
Considerazioni

L'indice di consumo per la diagnostica esprime un minore utilizzo di esami strumentali di alta complessità per i residenti nel distretto di Porretta Terme. L'ipotesi più convincente è che si tratti di un effetto della minore disponibilità di attrezzature diagnostiche ad alto costo, in particolare se si studia il consumo di RMN, attrezzatura non presente sul territorio. Non si è potuta approfondire l'ipotesi secondo cui l'esecuzione di questi esami venga garantita all'interno dei ricoveri ospedalieri (molto numerosi).

Inoltre, nel Distretto di Porretta si rileva un alto utilizzo delle risorse da parte dei cittadini residenti, in particolare per l'assistenza domiciliare. Il Distretto presenta:

- i più alti costi *pro capite* pesati per MMG/PLS/continuità assistenziale e per assistenza domiciliare rispetto all'Azienda: rispettivamente, per i primi 109 Euro vs 100 Euro; per i secondi 82 Euro circa vs 60 Euro;
- i maggiori consumi da parte della popolazione anziana di ADI sanitaria, assegni di cura e ADI sociale rispetto alla media aziendale, come illustrato in Figura 2.

Figura 2. Confronto tra i Distretti dell'Azienda USL di Bologna rispetto ad alcune aree dell'assistenza per la popolazione anziana. 2007



2. Spesa farmaceutica territoriale

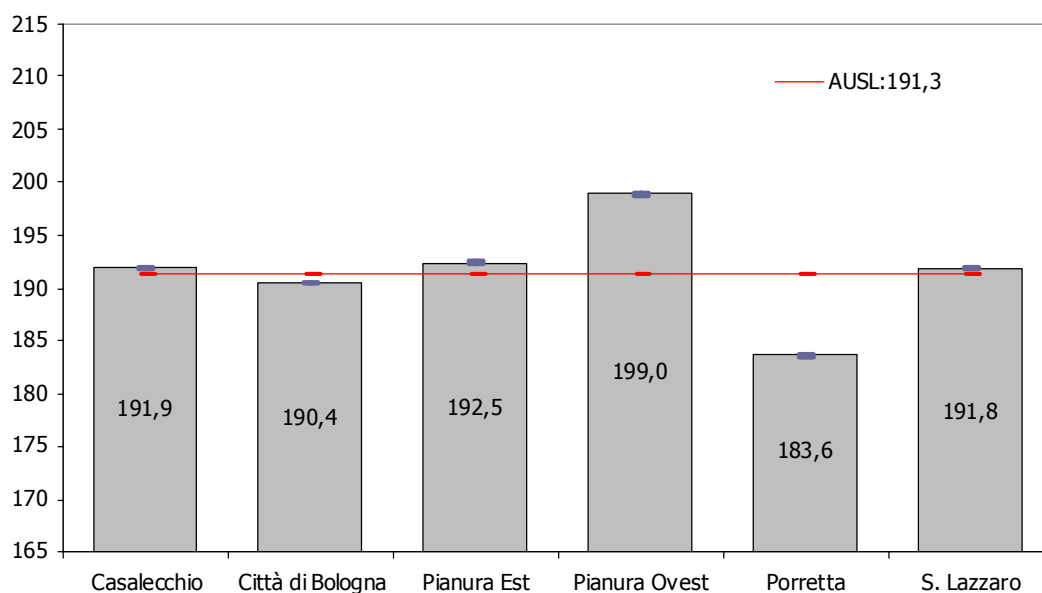
Distretto Città di Bologna

Situazione

La spesa farmaceutica *pro capite* nel Distretto Città di Bologna è particolarmente elevata. Tale dato è largamente attribuibile all'età molto avanzata della popolazione cittadina. In Figura 3 si conferma la situazione in riferimento alla spesa nell'anno 2008 per le principali patologie: circa 178 Euro del Distretto Città di Bologna vs 148 Euro della Regione, secondo i dati del flusso regionale relativo all'assistenza farmaceutica territoriale (AFT), inviati ai Distretti dalla Direzione generale Sanità e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna.

La spesa *pro capite* pesata è calcolata tuttavia sulla spesa originata dalla vendita dei farmaci presso le farmacie che insistono sul territorio cittadino, e solo con l'analisi delle prescrizioni effettivamente consumate dai cittadini residenti è possibile risalire al reale valore della spesa. Sorprendentemente si è osservato però, che nel Distretto Città di Bologna la spesa *pro capite* (importo lordo), quando viene standardizzata per età, è leggermente inferiore alla media aziendale, pari a 191,3 Euro, con mobilità passiva inclusa.

Figura 3. Spesa farmaceutica convenzionata *pro capite* standardizzata per età, importo lordo. Distretti dell'Azienda USL di Bologna, 2007



Una prima considerazione riguarda quindi il fatto che l'indicatore "spesa farmaceutica convenzionata *pro capite* standardizzata" corrisponde a tre valori a seconda della fonte considerata: venduto su residente (fonte regionale), prescritto per residenti dovunque venduto (fonte aziendale), prescritto dai medici di medicina generale per i pazienti iscritti (fonte aziendale, *Tabella 7*).

Tabella 7. Sintesi attività prescrittiva, DDD e spesa lorda nel Distretto Città di Bologna. Anno 2008 e scostamento percentuale rispetto al 2007

	Distretto			Scostamento %	
	2008			2008 vs 2007	2008
	OSSERVATA	DATI STANDARDIZ.	Note	Confronto STORICO	Confronto AZIENDA
n. trattati/n. assistibili	89,2%	-		-1,8%	-9,1%
n. ricette	3.453.590	-		+3,3%	-
N. DDD					
Media per assistibile	404,2	382,6		+4,7%	-0,4%
Spesa lorda (€)					
Media per assistibile	211,4	201,1		-3,4%	+0,4%
Media per n. DDD	0,52	0,53		-7,8%	+0,8%
Differenza % vs Azienda					
Totale spesa lorda (€)	74.287.911				
di cui totale generici	6.079.137	-	8,2%	+39,4%	+0,0%
di cui totale duplice via di distrib.	298.053	-		-	

Ipotesi di spiegazione

A. L'indicatore "spesa (importo lordo) farmaceutica convenzionata *pro capite* standardizzata", oltre ad avere i problemi di definizione sopra descritti, è espressione incompleta della prescrizione farmaceutica territoriale da quando è stata attivata e potenziata la distribuzione diretta di farmaci (acquistati dalla farmacia ospedaliera) a pazienti in dimissione o in trattamento ambulatoriale, domiciliare e residenziale. La scelta di incrementare la distribuzione diretta è legata alla differenza di costo per i farmaci acquistati in confezione ospedaliera rispetto ai farmaci venduti nelle farmacie. Attraverso ripetute disposizioni amministrative e indirizzi programmatici, le Aziende sanitarie hanno adottato politiche distributive diffuse anche a livello distrettuale (per i sottolivelli assistenziali: residenziale, ambulatoriale e domiciliare). I dati sono raccolti attraverso il flusso relativo ai farmaci ad erogazione diretta, istituito dalla Regione Emilia-Romagna nel 2006. In esso rientrano i farmaci erogati:

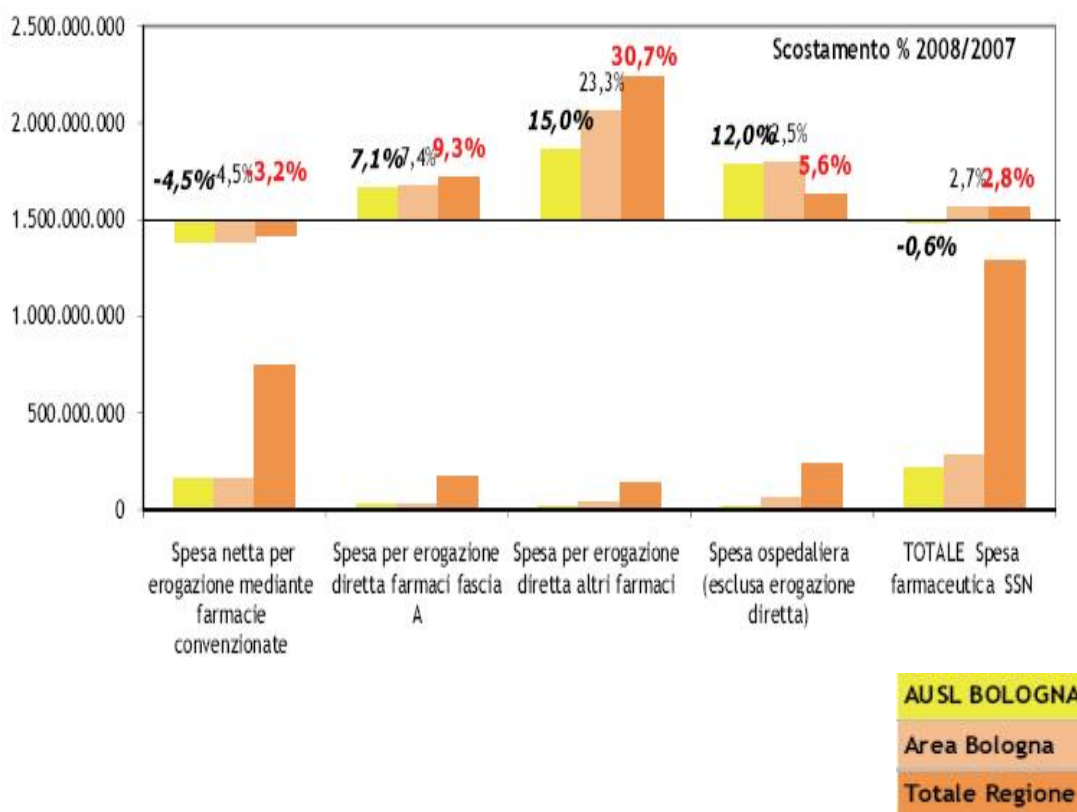
- alla dimissione da ricovero;
- a seguito di visita specialistica ambulatoriale;
- a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico, compresi i pazienti affetti da malattie rare;
- a pazienti seguiti da strutture territoriali, che vengono erogati direttamente per un consumo al domicilio;

- “per conto”, attraverso accordi tra l’Azienda e le farmacie territoriali convenzionate aperte al pubblico;
- a pazienti in assistenza residenziale e semi-residenziale;
- direttamente alle strutture penitenziarie;
- ai pazienti in assistenza domiciliare.

Il flusso è individuale ed è stato successivamente implementato fino a potersi oggi considerare a regime.

Nella Figura 4 si riporta un’elaborazione aziendale relativa alla distribuzione diretta di farmaci. Prendendo in considerazione il livello regionale, si osserva nel 2008 una riduzione della spesa farmaceutica convenzionata pari al 3,2% rispetto al 2007, e un significativo incremento della distribuzione diretta di farmaci sia di fascia A sia soprattutto complementari: rispettivamente pari al 9,3% e al 30,7%. Purtroppo non sono stati raccolti dati specifici riferiti al Distretto Città di Bologna, e non è quindi stato possibile interpretare il valore dell’indicatore di spesa farmaceutica in relazione alla spesa trasferita all’erogazione diretta.

Figura 4. Variazione percentuale della spesa farmaceutica totale e disaggregata. Azienda USL di Bologna, area di Bologna e totale regionale, anni 2008/2007



- B.** Fra le cause che hanno determinato negli anni valori elevati di spesa farmaceutica va ricordata la forte presenza di medici che operano in città all'interno sia di strutture pubbliche sia di aree private.

Dal punto di vista della densità di medici di medicina generale, si nota che il Distretto Città di Bologna presenta un valore di medici per cittadini fra i più alti (1.104), ma soprattutto il rapporto fra cittadini e medici è di 1 a 220 solo considerando il personale medico attivo nelle strutture pubbliche (elaborazione propria dai Bilanci di missione delle Aziende territoriale e ospedaliera e degli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna).

- C.** La terza variabile che influenza la spesa farmaceutica è rappresentata dall'impatto delle limitazioni del Prontuario terapeutico e dal conseguente effetto di spostamento della spesa dei cittadini da indiretta (a carico del SSN) a diretta (spesa *out of pocket*). Non si dispone di dati relativi alla spesa sostenuta direttamente dai cittadini, anche se va ricordato che gli abitanti del Distretto Città di Bologna hanno un livello di reddito *pro capite* più elevato rispetto a quelli della provincia, pari a 17.216 Euro vs 15.186 Euro (reddito *pro capite* a fini IRPEF, anno 2005), e una più elevata densità di professionisti che lavorano privatamente.

Considerazioni

In termini di razionalizzazione della spesa si è dimostrato l'effetto virtuoso dell'introduzione di sistemi di erogazione diretta. La non completa disponibilità dei dati provenienti dal flusso regionale relativo ai farmaci ad erogazione diretta, purtroppo, contrasta la ricerca di relazioni fra le diverse forme di assistenza farmaceutica convenzionata, ospedaliera e diretta. Nel determinare elevate difficoltà di analisi agiscono anche la variabilità delle scelte locali circa la tipologia di categorie terapeutiche da assegnare all'erogazione diretta e le differenti modalità organizzative scelte. In particolare, non è chiaramente evidenziato l'effetto della consegna di farmaci ai pazienti in dimissione ospedaliera (ad esempio, presso il Distretto Pianura ovest si rileva una suggestiva correlazione fra il basso numero di ricoveri e l'alta spesa farmaceutica convenzionata).

Si suggerisce quindi un approfondimento per gli indicatori:

- % spesa farmaceutica per erogazione diretta sulla spesa farmaceutica *pro capite*;
- numero di pazienti residenti in carico per erogazione diretta * 1.000.

3. Utenti diabetici in carico

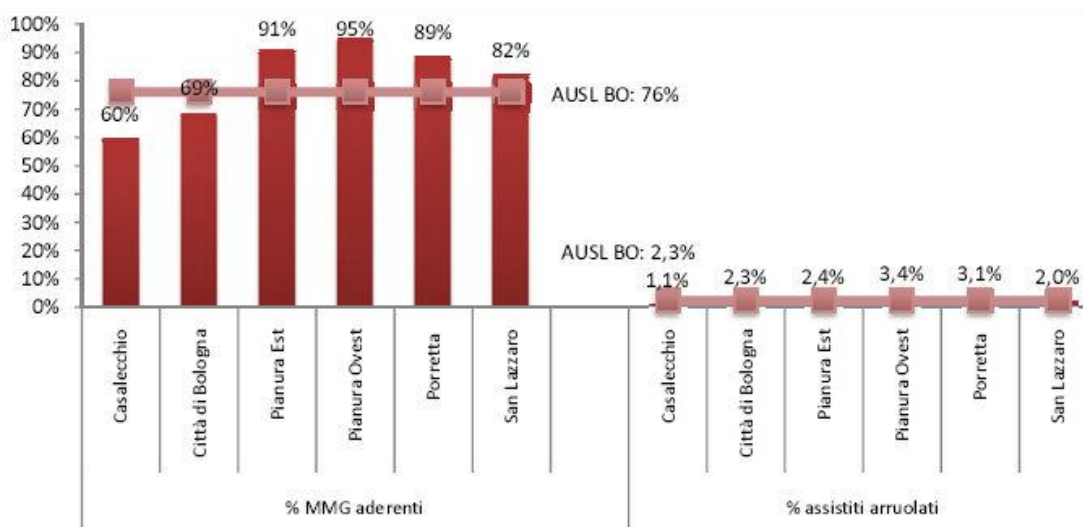
Distretto di Casalecchio di Reno

Situazione

Il Progetto Diabete si è sviluppato con percorsi diversi, se non antitetici, nelle Aziende sanitarie bolognesi prima dell'unificazione avvenuta nel 2004. L'indicatore studiato è espressione di questa diversa organizzazione (numero di pazienti presi in carico). In particolare, nelle aree territoriali della ex Azienda USL Bologna Sud, ovvero i Distretti di Casalecchio di Reno e San Lazzaro di Savena, si era adottata la modalità organizzativa di assegnare il monitoraggio di gran parte dei pazienti a specialisti ambulatoriali invece che ai medici di medicina generale. Per contro i medici che aderivano al Progetto erano tenuti al rispetto di un complesso protocollo che non facilitava l'adesione.

Come conseguenza della difficoltà a cambiare i criteri di inclusione e il protocollo di comportamento per aderire alle indicazioni regionali della Commissione diabetologia, nel 2008 i medici di medicina generale nel Distretto di Casalecchio di Reno aderenti sono appena il 60%, a fronte di una media aziendale pari al 76%, e i pazienti arruolati sono pari all'1,1% della popolazione, a fronte di una media aziendale pari al 2,3%.

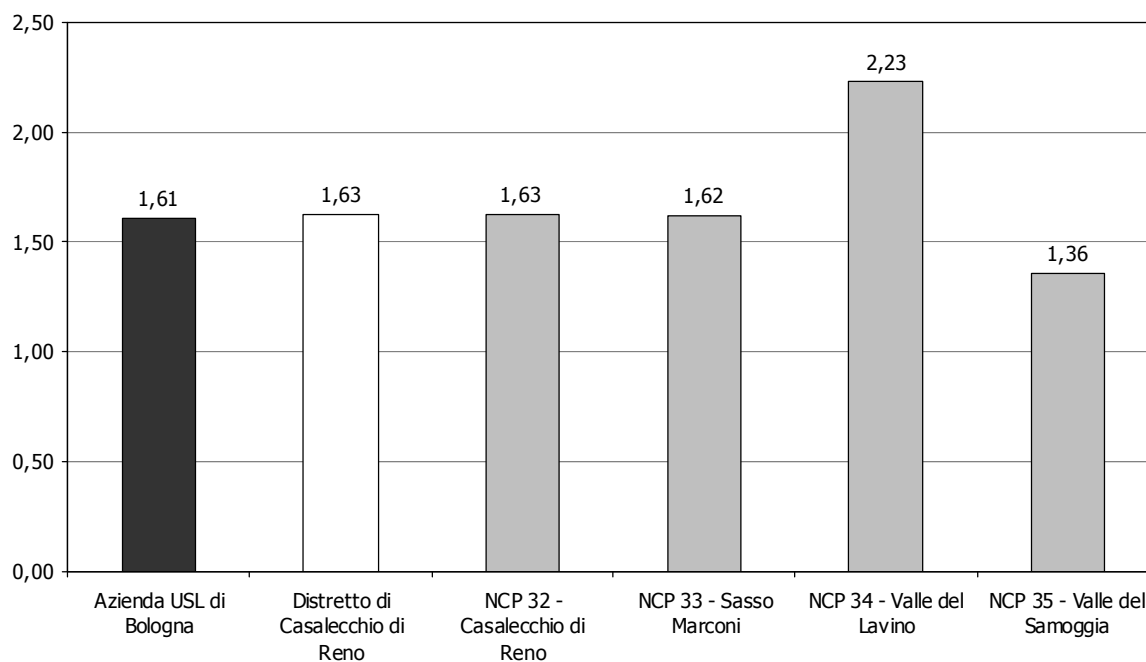
Figura 5. Progetto Diabete: percentuale di medici di medicina generale aderenti e percentuale di assistiti arruolati. Distretti dell'Azienda USL di Bologna e media aziendale, 2008



Ipotesi di spiegazione

- A.** Il minore utilizzo dell'ambulatorio del medico di medicina generale per i pazienti diabetici può essere correlato con un maggiore ricorso all'ospedale. I dati relativi ai ricoveri per complicanze del diabete a breve e lungo termine dei residenti nel Distretto di Casalecchio di Reno paiono tuttavia non supportare tale ipotesi. Infatti, se si considerano i tassi di ricovero per le complicanze del diabete a breve termine, il Distretto di Casalecchio di Reno presenta un valore pari a circa la metà del valore massimo del Distretto di Porretta Terme: 0,7‰ vs 1,2‰; per i ricoveri dovuti a complicanze a lungo termine, il Distretto di Casalecchio di Reno presenta un valore di poco inferiore alla media aziendale (2,8‰ vs 2,9‰) e ampiamente inferiore a quello massimo del Distretto Pianura est (3,6‰).
- B.** I dati relativi ai Nuclei di cure primarie presenti nel Distretto di Casalecchio di Reno evidenziano ampie differenze nella distribuzione sia della presa in carico dei pazienti diabetici (compresa tra 0,8 e 1,5%) sia delle modalità di monitoraggio (numero medio di controlli di emoglobina glicata per paziente compreso fra 2,23 e 1,36).

Figura 6. Progetto Diabete: numero medio di controlli di emoglobina glicata. Nuclei di cure primarie del Distretto di Casalecchio di Reno dell'Azienda USL di Bologna, 2008



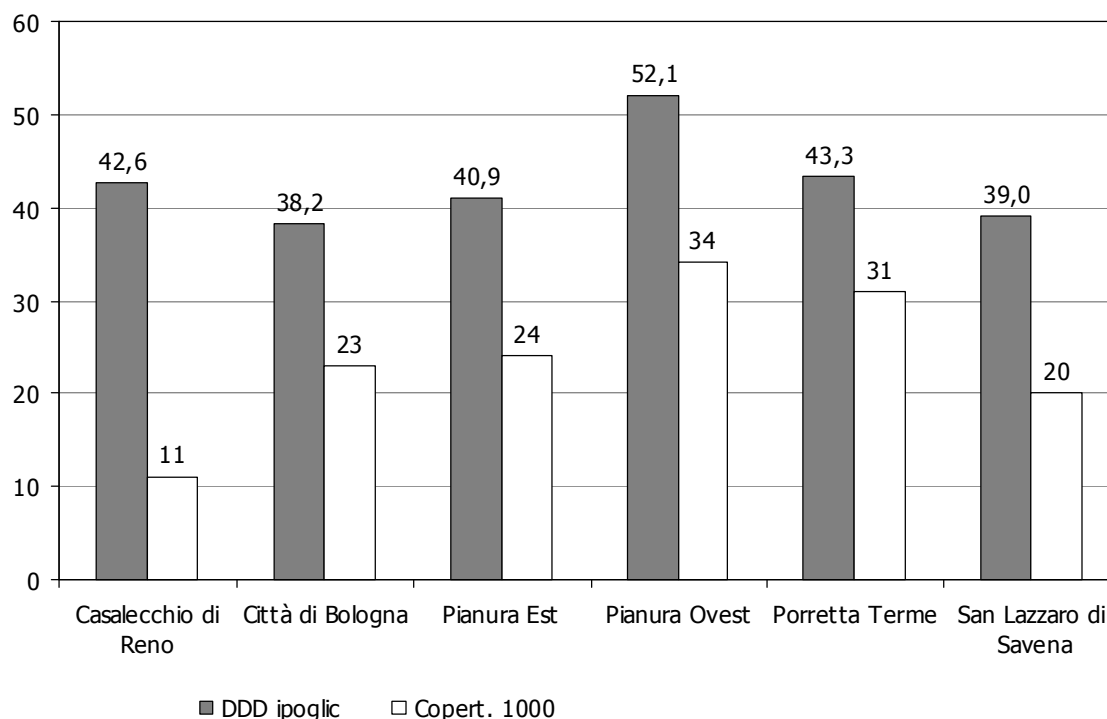
Considerazioni

Tenendo conto che nel modello di partenza la presa in carico del paziente avveniva attraverso un'attività specialistica ambulatoriale (endocrinologia), ci si è chiesti se la disponibilità di visite fosse adeguata a garantire un facile accesso del paziente, tale da favorire l'ipotesi che il paziente non seguito dal suo medico di famiglia fosse invece seguito dallo specialista di riferimento.

Purtroppo si è evidenziato che l'offerta è molto limitata (una sola specialista presente a Casalecchio e a Bazzano) con 240-260 giorni di attesa. La Commissione diabetologica di Bologna aveva già evidenziato questo problema e aveva predisposto un piano di offerta specialistica più adeguato fra pubblico e privato.

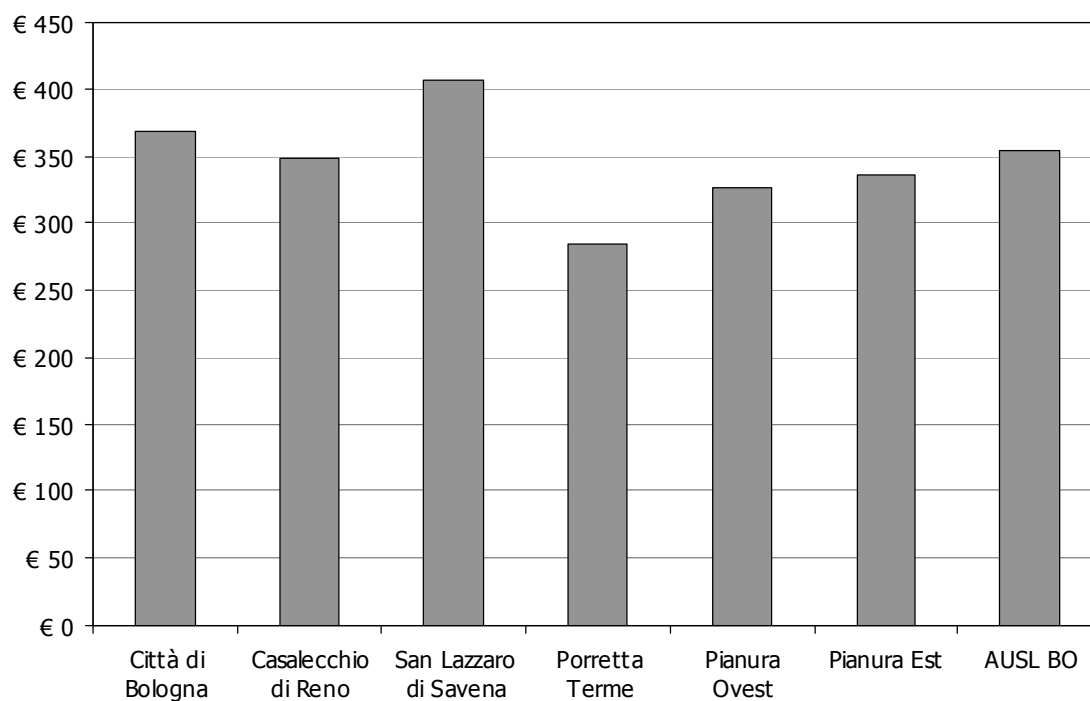
Per quanto riguarda l'utilizzo di farmaci specifici per il diabete si nota un maggiore utilizzo della prescrizione di ipoglicemizzanti orali rispetto alla media dell'Azienda.

Figura 7. DDD di ipoglicemizzanti orali e tasso di copertura * 1.000 residenti. Distretti dell'Azienda USL di Bologna. 2008



In Figura 8 si riporta il consumo di prodotti per l'assistenza integrativa del Distretto di Casalecchio di Reno, anche se tipicamente riferito a pazienti insulino-dipendenti, il quale risulta essere in linea con la spesa media aziendale pari a 350 Euro *pro capite*.

Figura 8. Spesa *pro capite* (in Euro) per prodotti di assistenza integrativa. Distretti dell'Azienda USL di Bologna e media aziendale, 2008



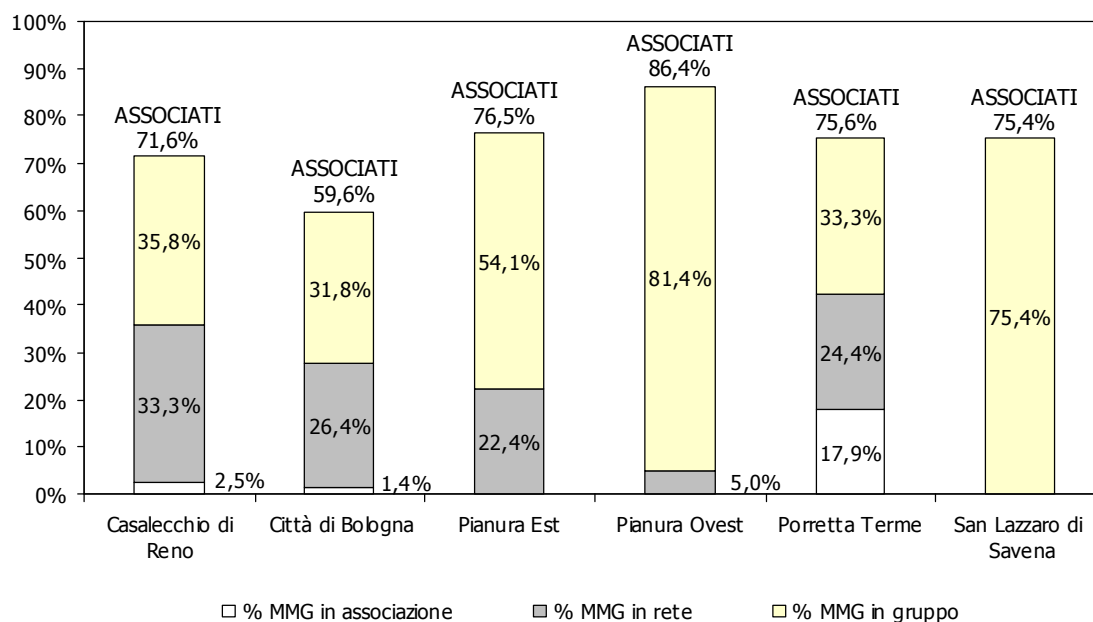
4. Associazionismo dei medici di medicina generale

Distretto Città di Bologna

Situazione

Nel Distretto Città di Bologna, con riferimento al 2008, l'associazionismo nella medicina generale (associazione, rete, gruppo) risulta meno radicato rispetto agli altri Distretti aziendali: la percentuali di MMG associati è pari al 59,6%.

Figura 9. Percentuale di medici di medicina generale, suddivisi in associati, in rete, in gruppo. Distretti dell'Azienda USL di Bologna, 2008



Ipotesi di spiegazione

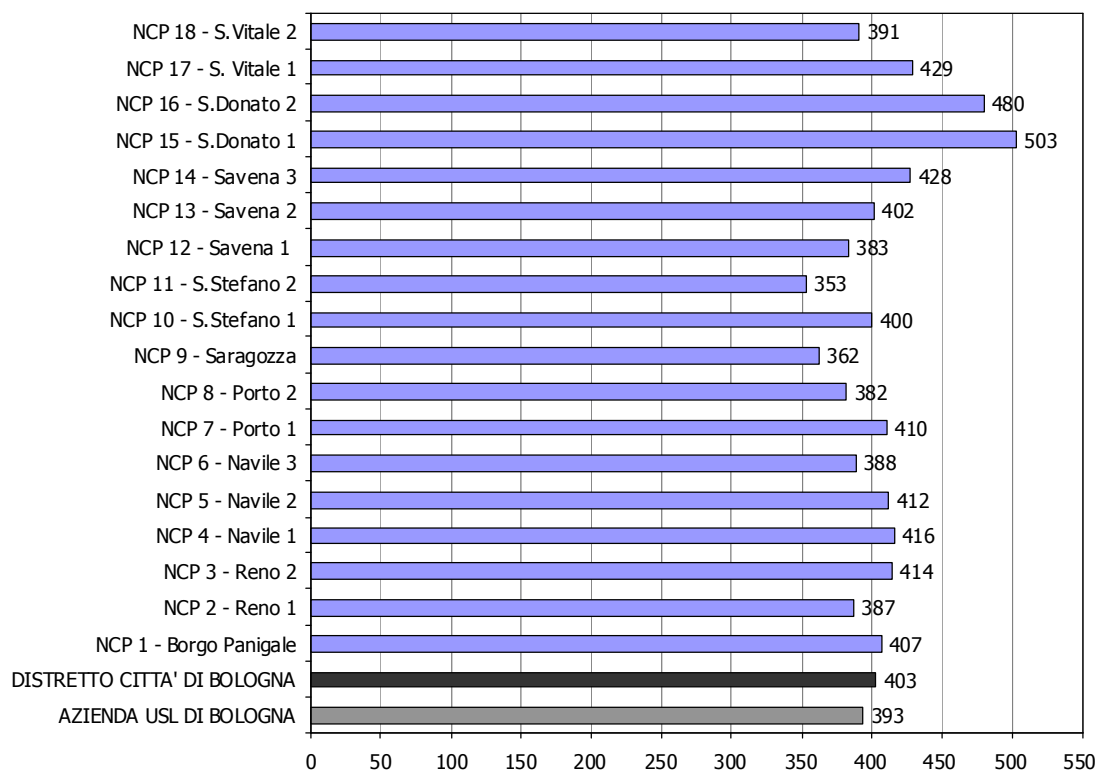
- A.** Alla scarsa presenza di associazionismo, in particolare di medicina di gruppo, si accompagna a Bologna la diffusa presenza di servizi di primo intervento. Forse la facilità di accesso al Pronto soccorso allenta la pressione sui medici affinché scelgano modalità organizzative più adeguate alle esigenze della popolazione nella continuità dell'assistenza in orari diurni.

Tabella 8. Accessi per codice al Pronto soccorso non seguiti da ricovero, da parte dei residenti nel Distretto Città di Bologna, nell'Azienda USL di Bologna, nella regione Emilia-Romagna * 1.000 residenti. 2008

Codice di accesso	Distr. Città di Bologna	AUSL Bologna	RER
codice bianco	145,64	153,06	71,32
codice verde	356,51	321,79	283,16
codice giallo	86,29	59,05	21,39
codice rosso	1,08	0,86	0,72
<i>TOTALE</i>	<i>589,52</i>	<i>534,76</i>	<i>376,59</i>

- B.** Dalla fonte regionale sugli accessi al PS si evidenzia per i residenti nel Distretto Città di Bologna un tasso di utilizzo "ambulatoriale" (cioè non seguito da ricovero) particolarmente elevato - pari a circa 589‰ - rispetto sia alla media aziendale che regionale, pari rispettivamente a circa 534 e 376 ‰.
- C.** D'altra parte, anche utilizzando il flusso informativo aziendale "ospedaliero" sul consumo di pronto soccorso nel 2007, si evidenzia come il numero di accessi ‰ residenti sia più alto nel Distretto Città di Bologna, pari a circa 433‰, rispetto alla media aziendale, pari a circa 422‰.
- D.** Con riferimento al 2008, si nota inoltre una distribuzione diseguale del ricorso al PS a livello di Nucleo di cure primarie (NCP): i valori sono compresi tra 353‰ del NCP Santo Stefano 2 e 503‰ del NCP di San Donato 1.

Figura 10. Accessi ai Pronto soccorso che insistono sul territorio dell'Azienda USL di Bologna da parte dei residenti nel Distretto Città di Bologna, suddivisi per Nucleo di cure primarie * 1.000 residenti. 2008



Considerazioni

Nell'ambito dell'assistenza primaria, si ritiene che l'associazionismo tra i medici di medicina generale possa rappresentare una valida modalità organizzativa per fare fronte alle necessità di cure di primo intervento.

I problemi relativi allo sviluppo dell'associazionismo nel Distretto Città di Bologna sono legati, in parte, alle difficoltà oggettive che hanno accompagnato l'inserimento dei medici nel contesto lavorativo. Infatti a Bologna è sempre stato presente un alto numero di medici di famiglia e, per l'acquisizione di clientela, molti di essi hanno mantenuto una pluralità di ambulatori in più parti della città non si ha a disposizione il numero di ambulatori per abitante). Questa frammentazione delle clientele e la notevole migrazione interna al distretto (l'assistito può infatti risiedere in un quartiere differente da quello del medico di medicina generale scelto) rendono più complessa la costruzione di Nuclei di cure primarie e di gruppi di medici di medicina generale "strutturati". La situazione di Bologna è, comunque, molto diversa anche da quella di altre città, come ad esempio Modena, dove l'associazionismo dei MMG raggiunge l'83%.

Un ulteriore elemento che potrebbe essere indagato è l'anzianità di convenzionamento dei medici di medicina generale con il Servizio sanitario nazionale, nell'ipotesi, tutta da verificare, che la consuetudine a lavorare da soli sia più radicata nei professionisti convenzionati da più

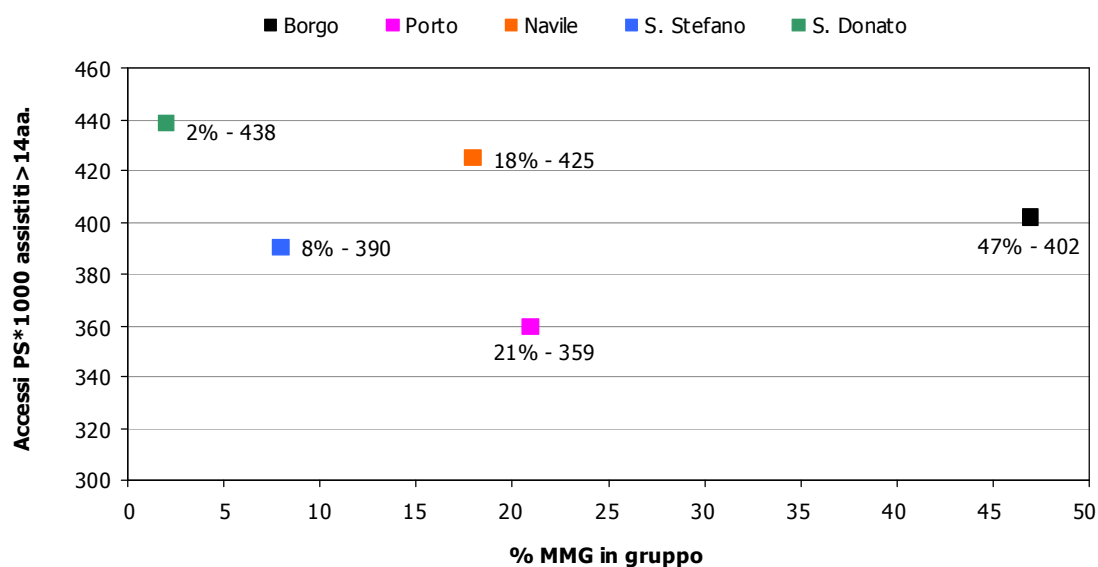
anni. A parziale sostegno di questa ipotesi, si può osservare in Tabella 9 come le scelte relative al tipo di associazionismo siano differenti nelle diverse parti della città: nella zona ovest prevale quello di gruppo, nella zona est quello di rete. Si precisa che alla parte ovest corrisponde l'area di insediamento più recente dei medici.

Tabella 9. Percentuale di medici di medicina generale associati suddivisi per Nucleo di cure primarie. Zone Distretto Città di Bologna, 2005

Zona Distr.	Nome Nucleo	n. MG	% MMG nella MG	% MMG in gruppo	% PLS nella MG	n. reti	n. MMG in rete	% MMG in rete	n. PLS in rete	n. assoc.	n. MMG in assoc.	% MMG in assoc.	n. PLS in assoc.	% MMG associati
BORGO RENO	BORGO 1	2	7	87,5%										87,5%
	BORGO 2	1	4	44,4%										44,4%
	RENO 1	1	6	40,0%										40,0%
	RENO 2	1	4	30,8%						0,2	4	30,6%		61,5%
SARAGOZZA - PORTO	PORTO 1	2	4	28,6%		0,5	1	3,0%		0,2	2	14,3%		45,9%
	PORTO 2	2	8	40,0%						0,2	1	5,0%		45,0%
	SARAGOZZA 1					1,33	8	80,0%						80,0%
	SARAGOZZA 2													
NAVILE	NAVILE 1	1	6	37,5%										37,5%
	NAVILE 2	1	3	20,0%		1	5	33,3%						53,3%
	NAVILE 3					1,5	10	52,6%						53,6%
S. STEFANO - SAVENA	S. STEFANO 1													
	S. STEFANO 2	1	4	26,7%		1,33	6	40,0%						66,7%
	SAVENA 1	1	3	18,8%		1,33	5	31,3%		0,2	1	6,3%		56,3%
	SAVENA 2					2	7	53,8%						53,6%
	SAVENA 3							0,0%		0,2	6	37,5%		37,5%
	SAVENA 4					0,33	1	6,3%						6,3%
S. DONATO - S. VITALE	S. DONATO 1					0,33	1	8,3%		0,5	7	58,3%		66,7%
	S. DONATO 2					0,33	6	42,9%		0,5	2	14,3%		57,1%
	S. VITALE 1					1	5	26,3%		1	3	15,8%		42,1%
	S. VITALE 2					1	10	50,0%						50,0%
	TUTTA LA ZONA									1			4	

In Figura 11 si è cercato di sintetizzare le considerazioni esposte, tentando di verificare se era visibile una relazione tra l'accesso al Pronto soccorso (popolazione >14 anni) e la percentuale di medici di medicina generale in gruppo: tale relazione risulta particolarmente evidente nelle zone con la maggiore (Borgo di Reno) e minore (San Donato - San Vitale) percentuale di medici di medicina generale in gruppo.

Figura 11. Percentuale di medici di medicina generale in gruppo e accessi al Pronto soccorso (>14 anni) * 1.000 assistiti. Zone Distretto Città di Bologna



NB I due numeri a fianco di ciascun quadratino rappresentano:

- il primo: la percentuale di medici di medicina generale in gruppo * 1.000 assistiti;
- il secondo: il numero di accessi al Pronto soccorso (>14 anni) * 1.000 assistiti.

5. Pazienti seguiti in assistenza domiciliare integrata infermieristica

Distretto di Casalecchio di Reno

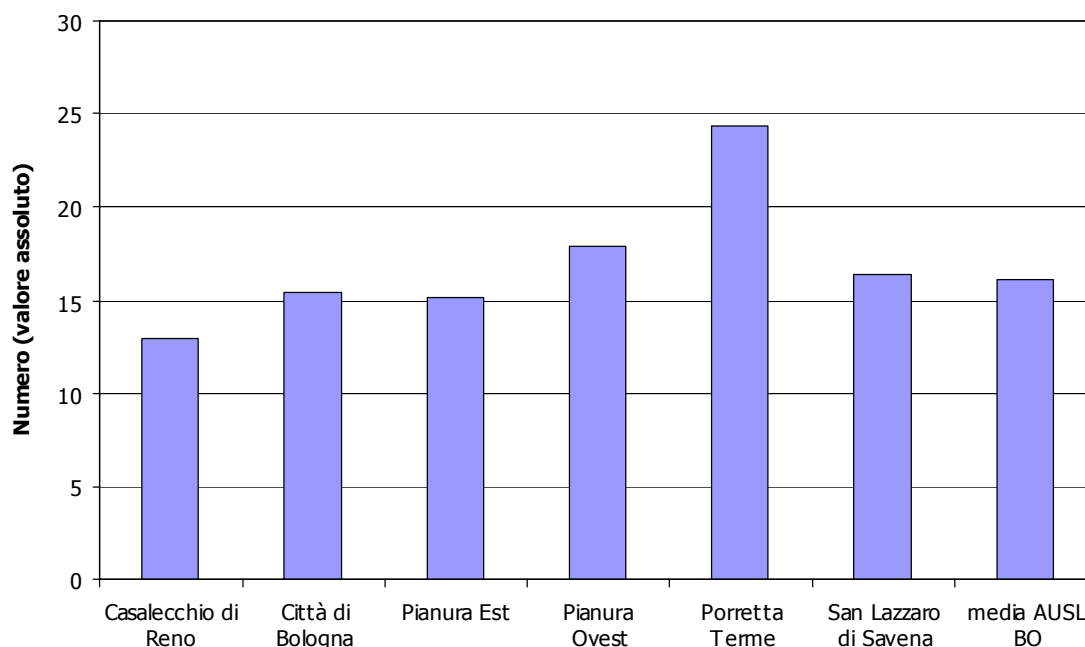
Situazione

Come per il Progetto Diabete, anche per l'assistenza domiciliare i Distretti dell'area ex Azienda USL Bologna Sud sono portatori di un'organizzazione particolare, fondata sulla presenza di uno specialista geriatra nel territorio, che valuta insieme al medico di famiglia e agli infermieri l'attivazione di un programma di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Ne risulta che, con riferimento al 2007, il tasso di copertura per l'assistenza domiciliare infermieristica è fra i più bassi dell'Azienda: 6,5‰ vs 8,7‰ (media aziendale). Anche nel 2008, nonostante il paziente lavoro di ricomposizione e allineamento delle procedure di presa in carico e registrazione dei dati da parte del Servizio assistenziale tecnico e riabilitativo (SATER) aziendale, il tasso di copertura rimane più basso della media aziendale: 8‰ vs 9,5‰.

Tale "carezza" nell'assistenza domiciliare infermieristica si rileva anche prendendo in considerazione il numero medio di accessi infermieristici e di prestazioni per paziente in carico. Rispetto agli accessi, il valore del Distretto di Casalecchio di Reno risulta essere pari a 12,9 vs una media aziendale pari a 16,1 (Figura 12); rispetto alle prestazioni il Distretto effettua il minore numero di prestazioni, mettendo di nuovo in evidenza le caratteristiche peculiari del proprio modello.

Figura 12. Numero medio di accessi infermieristici per pazienti in carico. Distretti dell'Azienda USL di Bologna, 2008

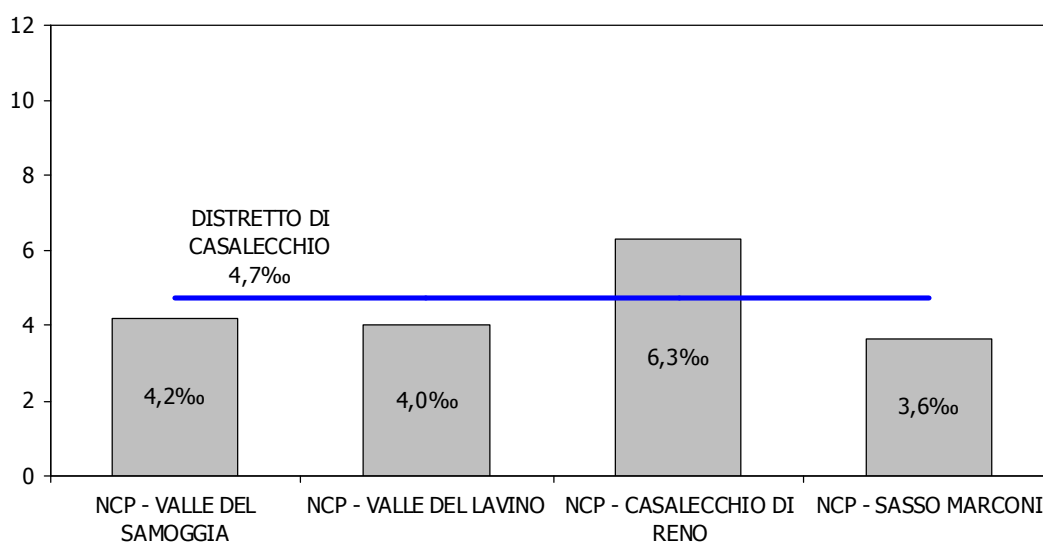


Ipotesi di spiegazione

A. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare medica (ADI 1,2,3 e ANT) il Distretto di Casalecchio di Reno presenta un tasso di copertura allineato alla media aziendale: 4,7‰ vs 5,1‰ media aziendale.

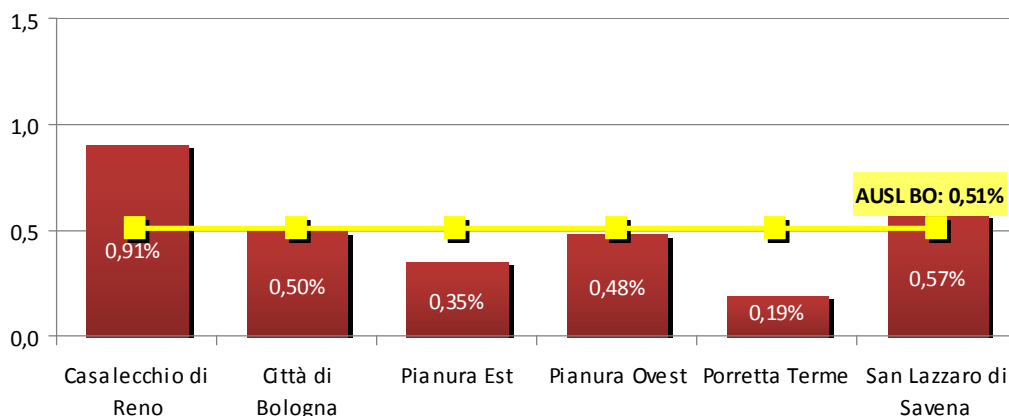
L'analisi dei valori presenti nei quattro Nuclei di cure primaria (NCP) del Distretto evidenzia una certa omogeneità, ad esclusione del NCP di Casalecchio di Reno che presenta il valore maggiore, pari a 6,3‰.

Figura 13. Pazienti in carico in assistenza domiciliare integrata (1-2-3-ANT) * 1.000 residenti. Nuclei di cure primarie del Distretto di Casalecchio di Reno, 2007



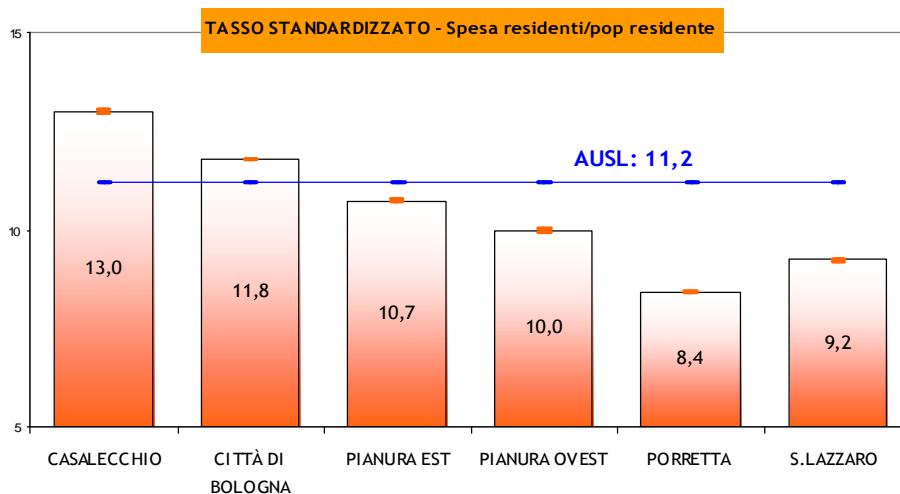
- B.** Con riferimento all'assistenza residenziale e semi-residenziale per la popolazione anziana (>75 anni), nel 2008 il Distretto di Casalecchio di Reno presenta un tasso di offerta di posti residenziali sensibilmente inferiore alla media aziendale - 2,55% vs 2,64% - e un tasso di offerta di posti semi-residenziali significativamente superiore alla media aziendale - 0,91% vs 0,51%.

Figura 14. Indice di copertura (popolazione >75 anni) di posti in strutture semi-residenziali * 100 residenti. Distretti dell'Azienda USL di Bologna, 2008



- C.** Per quanto riguarda il legame fra assistenza domiciliare infermieristica e assistenza semi-residenziale va rimarcata la difficoltà di confrontare dati di attività (TAD) con dati di offerta (posti in centro diurno). Inoltre, la spesa per assistenza protesica nel Distretto di Casalecchio di Reno si presenta superiore a tutti i Distretti e alla media aziendale: 13 Euro vs 11,2 Euro media aziendale. L'assegnazione dei presidi è legata alla presenza di un forte servizio di riabilitazione facente capo all'ospedale di Bazzano, che integra l'offerta medica e infermieristica.

Figura 15. Spesa *pro capite* (in Euro) per assistenza protesica, standardizzata per età. Distretti dell'Azienda USL di Bologna e media aziendale, 2007



- D.** Per quanto riguarda l'erogazione dell'assegno di cura, il Distretto di Casalecchio di Reno presenta valori superiori alla media aziendale, con un tasso di copertura sulla popolazione anziana (>74 anni) pari al 5,4% vs media aziendale di 4,9%.

Considerazioni

Sulla base dei dati disponibili non si può fare altro che segnalare come criticità da un lato il limite di avere utilizzato per l'assistenza residenziale e semi-residenziale indicatori di offerta anziché di consumo (in quanto non disponibili), dall'altro la non possibilità di verificare se la "carenza" di ADI infermieristica fosse attribuibile a una maggiore gravità dei pazienti del Distretto di Casalecchio di Reno rispetto a quelli in carico in Azienda.

6. Adesione allo *screening* della mammella

Distretto Pianura ovest

Situazione

Con riferimento al 2007, il Distretto Pianura ovest presenta un tasso di adesione corretto per lo *screening* del tumore della mammella superiore alla media aziendale e anche a quella regionale: 71,3% Distretto vs 65,4% media aziendale e 70,7% media regionale.

Ipotesi di spiegazione

A. La Tabella 10 illustra la percentuale (sul totale) dei consumi di esami mammografici nel 2008 da parte dei residenti nei vari Distretti dell'Azienda USL di Bologna per struttura/stabilimento. Dalla lettura dei dati si evince che delle 5.793 mammografie consumate dai residenti del Distretto di Pianura ovest, il 37,2% (2.154 prestazioni) hanno come riferimento strutture afferenti al territorio distrettuale (nello specifico l'Ospedale di San Giovanni), il 61,4% strutture extra-distrettuali (altri distretti dell'Azienda e Azienda ospedaliero-universitaria) e una quota residuale, pari all'1,3%, altre Aziende sanitarie della Regione.

Tabella 10. Percentuale di mammografie sul totale consumate dai residenti nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna, per sede della struttura. 2008

Strutture	Distretto di residenza dell'assistito					
	Casalecchio di Reno	Porretta Terme	S. Lazzaro di Savena	Pianura est	Pianura ovest	Città di Bologna
regionali	0,8%	0,9%	1,5%	1,7%	1,3%	0,7%
extra-regionali	0,1%	0,7%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%
extra-distrettuali	46,1%	67,0%	70,6%	35,1%	61,4%	40,9%
distrettuali	53,0%	31,4%	27,8%	63,0%	37,2%	58,2%
<i>Totale</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

B. Nel Distretto di Pianura ovest i tempi di attesa per la mammografia, come rilevati dal Centro unificato di prenotazione (CUP) nel mese di luglio 2008, sono sinteticamente espressi come lista di attesa informatizzata, a significare che il tempo di attesa è superiore a un anno. Le donne in lista sono 252, l'offerta CUP settimanale è di 12 posti. Confrontando tali valori con i rispettivi, ad esempio, del Distretto Pianura est, risulta che per quest'ultimo vi sono: 250 giorni di attesa, 3.007 donne in lista e 204 posti di offerta settimanale CUP. Per tutta l'Azienda USL di Bologna il tempo di attesa è pari a 203 giorni, vi sono 17.769 donne in attesa e 700 posti settimanali di offerta CUP.

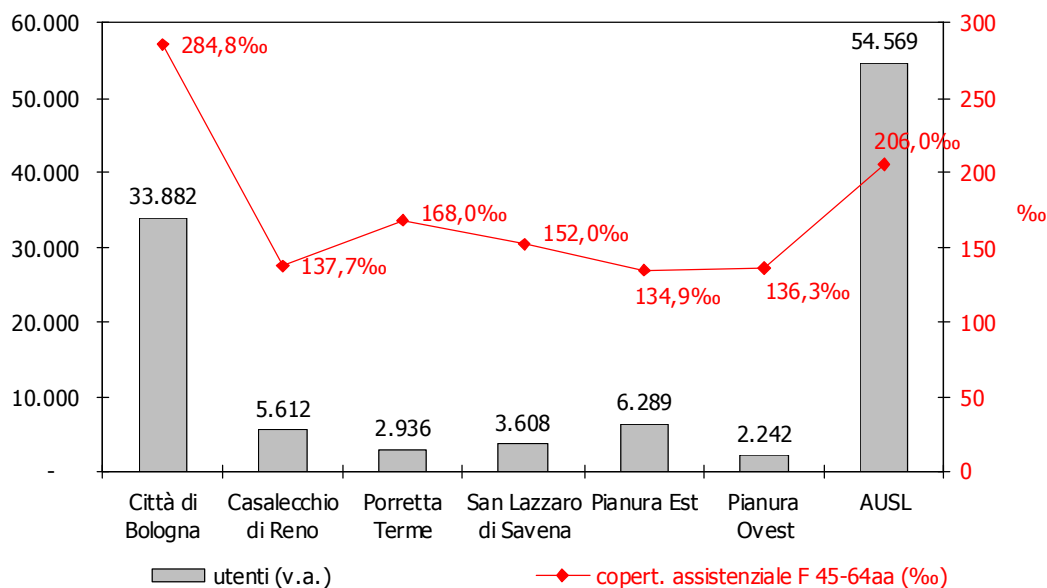
- C.** Con riferimento all'anno 2007, il Distretto di Pianura ovest presenta un tasso standardizzato di mortalità per cancro della mammella pari a $30,13 * 100.000$, un valore allineato o lievemente inferiore a quello degli altri Distretti aziendali (eccetto il Distretto di San Lazzaro di Savena, con un valore pari a 16,53): Città di Bologna 35,47; Pianura est 34,14; Casalecchio di Reno 34,92; Porretta Terme 41,39.
- D.** La densità di offerta pesata per le prestazioni di ostetricia e ginecologia del Distretto Pianura ovest è la più bassa in Azienda: 0,15 vs 0,45 di AUSL-AOU di Bologna (fonte: MapSan 2006). La scelta di tale indicatore è motivata dal fatto che può offrire un'informazione più precisa circa la reale capacità di offerta dei singoli territori, indipendentemente dal numero dei punti erogativi, in quanto valuta la pesatura dei punti di offerta (indicata dal numero di punti di offerta sulla popolazione) sulla base della media regionale di prestazioni erogate per struttura. In sintesi l'indicatore mette in relazione la capacità di offerta con la popolazione.
- E.** Il Distretto di Pianura ovest presenta complessivamente la migliore copertura in Azienda per tutti i tipi di *screening* (mammografico, cervice e colon retto), come si può osservare in Allegato 1.

Considerazioni

L'ipotesi secondo cui la copertura dello *screening* della mammella sia la più alta in Azienda in relazione alla scarsa presenza di privato sul territorio del Distretto Pianura ovest è certamente plausibile. Nel Distretto il ricorso all'offerta pubblica di prestazioni, sia essa interna o esterna al distretto, pare essere la via più utilizzata; l'offerta privata non è di fatto rappresentata all'interno del territorio distrettuale, anche se non è da escludere un consumo di privato al di fuori dei confini distrettuali.

Tuttavia, come si evince dagli indicatori sopra riportati, occorre segnalare che l'offerta pubblica di mammografie interna al Distretto Pianura ovest, e più in generale di prestazioni da riferire a tutta la branca di ostetricia e ginecologia (*Figura 16*), risulta essere inferiore rispetto alla media aziendale e ad altri territori distrettuali.

Figura 16. Consultorio familiare (area ostetricia-ginecologia): numero utenti e tasso di copertura assistenziale * 1.000 donne di età 45-64 anni. Distretti dell'Azienda USL di Bologna



Legenda

I valori di colore nero sopra le colonne degli istogrammi si riferiscono al numero di utenti dei Consultori familiari; i valori di colore rosso si riferiscono al tasso di copertura sulla popolazione femminile di età 45-64 anni * 1.000 donne della medesima età.

Se a questo elemento si associa l'alto tasso di copertura non solo per lo *screening* della mammella, ma anche per quello della cervice, pare rivelarsi una incongruenza che non può essere spiegata soltanto con una bassa presenza di privato. La situazione che si presenta è caratterizzata da:

- alta adesione agli *screening*;
- bassa offerta di privato;
- bassa offerta interna di prestazioni;
- bassa densità di offerta pesata.

La riflessione porta a introdurre un nuovo elemento, il cosiddetto grado di fidelizzazione della popolazione *target* nei confronti dei servizi del consultorio familiare. Sul territorio del Distretto Pianura ovest si è consolidato da molti anni un rapporto diretto di consulenza e orientamento tra operatori del consultorio familiare e utenza, abbastanza stretto e non mediato da altri soggetti: le donne accedono direttamente o telefonicamente ai servizi del consultorio.

Inoltre, alla bassa offerta interna di prestazioni si deve associare un alto tasso di sedi di accesso consultoriali (7 punti distrettuali su 6 Comuni) e una forte promozione di questi servizi da parte delle associazioni dei cittadini e dell'Ente locale.

7. Accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero

Distretto di San Lazzaro di Savena

Situazione

L'indicatore messo a disposizione dalla Regione sugli accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero è calcolato a partire dal flusso regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale. La criticità dell'indicatore consiste nella possibile sovrastima degli accessi in quanto considera ogni prestazione specialistica erogata e richiesta dal PS come se fosse un accesso. Tale indicatore può pertanto essere utilizzato per valutare la richiesta di prestazioni specialistiche in Pronto soccorso e può essere riferito alle caratteristiche del PS in termini di disponibilità/accessibilità alle prestazioni, in particolare diagnostiche.

Analizzando i valori presentati dal Distretto di San Lazzaro di Savena, per il 2008 si rileva che:

- il Distretto presenta un numero di accessi superiore alla media aziendale, pari a 594‰ vs 534‰;
- la popolazione che maggiormente concorre a tale posizionamento è nella classe di età 0-14 anni: 763‰ vs 739‰ media aziendale; questa situazione differenzia il Distretto di San Lazzaro di Savena dagli altri Distretti, che presentano una distribuzione dell'evento "accesso" più omogenea fra le diverse fasce di età.

Si è quindi deciso di studiare il dato relativo alla fascia di età 0-14 anni.

Tabella 11. Accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero da parte dei residenti nel Distretto di San Lazzaro di Savena e nell'Azienda USL di Bologna, suddivisi per fasce di età * 1.000 residenti. 2008

	fascia di età					totale
	0-14	15-64	65-74	75-84	≥85	
San Lazzaro di Savena						
totale	763,06	562,03	513,51	649,57	800,20	594,93
Azienda USL di Bologna						
totale	739,08	508,63	437,19	537,69	623,22	534,76

Con riferimento al 2007, secondo la fonte aziendale circa la metà degli accessi in Pronto soccorso dei residenti nel Distretto di San Lazzaro di Savena avvengono presso l'Azienda ospedaliero-universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna: 15.270 su un totale di 31.511. Tale struttura ospedaliera si caratterizza per una buona reputazione, un'alta accessibilità alla diagnostica e la presenza di Pronto soccorso specialistici e di uno pediatrico.

Ipotesi di spiegazione

A. In ragione di quanto sopra descritto e dell'alto numero di codici verdi di accesso al Pronto soccorso, si potrebbe ipotizzare un improprio ricorso da parte dei cittadini del Distretto di San Lazzaro di Savena, in quanto finalizzato all'ottenimento di prestazioni specialistiche altrimenti non facilmente raggiungibili in area ambulatoriale. In effetti a San Lazzaro il consumo di specialistica, e in particolare di diagnostica strumentale, è al di sotto dei valori aziendali. Tuttavia, in antitesi a questa ipotesi va rilevato che l'incidenza dei codici gialli è superiore alla media aziendale, in particolare per la fascia di età 0-14: nel 2008 è 69,18 vs 46,83.

Tabella 12. Confronto degli accessi per codice al Pronto soccorso non seguiti da ricovero dei residenti 0-14 anni nel Distretto di San Lazzaro di Savena, nell'Azienda USL di Bologna e nella regione Emilia-Romagna. Anni 2007 e 2008

Codice di accesso	S. Lazzaro		Azienda USL Bologna		Regione Emilia-Romagna	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
bianco	127,79	148,82	135,53	211,09		118,15
verde	463,74	545,05	365,00	481,08		362,87
giallo	60,81	69,18	41,21	46,83		16,85
rosso	-	-	0,06	0,09		0,20
<i>totale</i>	<i>652,34</i>	<i>763,05</i>	<i>541,80</i>	<i>739,09</i>		<i>498,07</i>

B. Rispetto ai tassi di ospedalizzazione si rileva che il ricovero di pazienti 0-14 anni è meno frequente nella popolazione del Distretto rispetto all'Azienda e alla Regione: 88‰ vs 100‰ media aziendale e 90‰ media regionale.

Tabella 13. Tasso di ospedalizzazione, suddiviso in totale, ordinario e diurno, dei residenti (0-14 anni) nel Distretto di San Lazzaro di Savena, nell'Azienda USL di Bologna, nella regione Emilia-Romagna * 1.000 residenti. 2008

Ricovero	Distretto S. Lazzaro	Azienda USL Bologna	Regione Emilia-Romagna
ordinario	62,79	74,21	69,14
<i>day hospital</i>	25,64	26,58	21,05
<i>totale</i>	<i>88,44</i>	<i>100,79</i>	<i>90,19</i>

Considerazioni

È verosimile che sull'utilizzo del Pronto soccorso agiscano più ordini di cause. Per quanto riguarda l'elevata presenza di codici verdi si osserva una crescita sia a livello distrettuale che a livello aziendale. Nel Distretto si può ipotizzare l'esistenza di un problema di accessibilità degli ambulatori distrettuali dei pediatri di libera scelta: sarebbe utile questi aspetti, ad esempio gli orari di apertura settimanale, la distribuzione geografica e la recettività dei pediatri.

Le caratteristiche del Pronto soccorso, la disponibilità di osservazione breve intensiva e di un'ampia e qualificata offerta di diagnostica possono altresì evitare il ricovero di una fascia di pazienti fragili, che per determinate condizioni cliniche difficilmente potrebbe trovare risposta appropriata sul territorio.

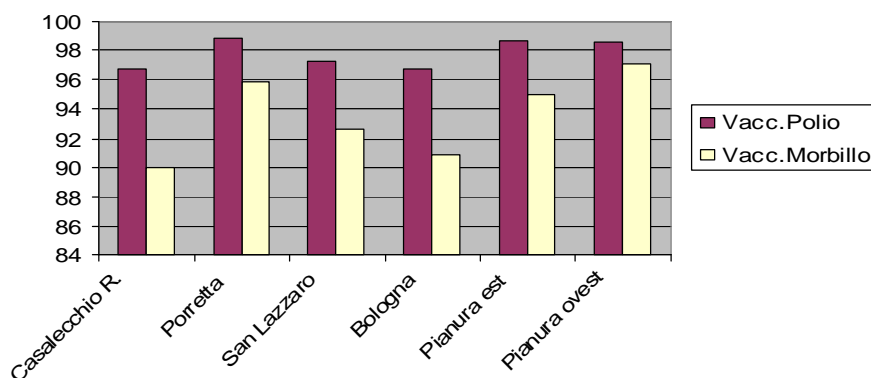
Non appare plausibile l'ipotesi legata a diversità nelle modalità di codifica degli accessi al Pronto soccorso del S. Orsola - Malpighi, poiché questa caratteristica non si ritrova nel Distretto Città di Bologna, che è un alto utilizzatore dello stesso PS.

Resta il fatto che il tasso di ospedalizzazione standardizzato del Distretto di San Lazzaro di Savena (inferiore alla media aziendale) sembra suggerire che l'alta incidenza di codici gialli sia attribuibile a un utilizzo del PS come risorsa alternativa alla carenza di offerta specialistica ambulatoriale. Purtroppo non è disponibile una rilevazione "corrente" dei tempi di attesa per la classe di età studiata (0-14 anni).

Per completare la rilettura del funzionamento delle cure primarie in area pediatrica si riportano alcuni indicatori.

Nel complesso il sistema della pediatria di comunità sembra garantire buoni livelli di copertura vaccinale: con riferimento al 2008, nel Distretto la copertura per le vaccinazioni obbligatorie è stata del 97,3% e per le vaccinazioni facoltative è stata pari al 92,6%.

Figura 17. Percentuali di vaccinati sulla popolazione *target* contro la poliomielite e il morbillo. Distretti dell'Azienda USL di Bologna, 2008



NB La dicitura corretta per "Bologna" è "Distretto Città di Bologna".

Per quanto riguarda le prestazioni di assistenza domiciliare integrata, è difficile esprimere una valutazione delle differenze data l'esiguità della casistica, ma il dato complessivo sembra deporre per una presenza collaborativa dei pediatri e degli infermieri anche su questa fascia di età: 1,47‰ vs 1,25‰ media aziendale.

Per quanto riguarda i costi *pro capite* per l'assistenza all'infanzia (che si riferisce alla classe di età 0-4 e non 0-14), si segnala un valore distrettuale inferiore agli altri Distretti e alla media aziendale: 153 Euro vs 220 Euro media aziendale. Il Distretto di San Lazzaro di Savena presenta anche i costi *pro capite* più bassi dell'Azienda per assistenza da parte dei medici convenzionati (MMG/PLS/continuità assistenziale): 94 Euro vs 100 Euro media aziendale.

8. Utilizzo dell'*hospice*

Distretto Pianura est

Situazione

Secondo la fonte regionale, nel 2008 i dimessi dagli *hospice* residenti nel territorio di competenza dell'Azienda USL di Bologna sono stati 796, di cui 784 dimessi dagli *hospice* aziendali. Il tasso di ospedalizzazione in *hospice* risulta più alto nei Distretti Pianura ovest ed Est: rispettivamente 117‰ e 116‰ (Tabella 14). Se però l'analisi viene effettuata sulle giornate di degenza consumate, risulta che il 50% delle giornate sono consumate dai residenti del Distretto Città di Bologna (Tabella 15).

Tabella 14. Tasso di ospedalizzazione in *hospice* dei residenti nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna * 1.000 residenti. 2008

Distretto	Tasso di osp. in <i>hospice</i> * 1.000
Casalecchio di Reno	68,6
Porretta Terme	31,2
San Lazzaro di Savena	76,2
Pianura est	116,6
Pianura ovest	117,1
Città di Bologna	100,5
Totale	94,0

Tabella 15. *Hospice*: valore assoluto e percentuale dei dimessi e valore assoluto delle giornate di degenza dei residenti nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna. 2008

	MT CHIANTORE SERAGNOLI			BELLARIA			TOTALE		
	Dim.	%	gg	Dim.	%	gg	Dim.	%	gg
Casalecchio di Reno	59	10,4	1.200	15	6,8	273	74	10,9	1.473
Porretta Terme	11	1,9	169	7	3,2	163	18	2,5	332
San Lazzaro di Savena	17	3,0	224	34	15,5	552	57	6,4	864
Pianura est	161	28,4	2.355	15	6,8	269	176	19,4	2.624
Pianura ovest	86	15,2	1.199	7	3,2	112	94	9,7	1.315
Città di Bologna	230	40,6	4.026	142	64,5	2.795	377	51,0	6.886
TOTALE	564	100,0	9.173	220	100,0	4.164	796	100,0	13.494

Ipotesi di spiegazione

A. La maggior parte dei ricoveri negli *hospice* aziendali avviene per pazienti seguiti in ADI: nello specifico, sono 224 i ricoveri richiesti dai medici di famiglia per pazienti non in ADI e 149 quelli per pazienti in ADI (44,6%) o per trasferimenti da altra struttura pubblica.

Nel 2007 il Distretto di Pianura est presenta i più bassi tassi di copertura in Azienda per ANT, unitamente al Distretto di Pianura ovest, con un valore pari allo 0,7‰ vs 1,5‰ media aziendale; e ADI 3, con un valore pari allo 0,5‰ vs 0,8‰ media aziendale.

Tabella 16. *Hospice*: valore assoluto e percentuale dei dimessi residenti nell'Azienda USL di Bologna per proposta di ricovero. 2008

<i>Hospice</i>	MMG		Trasf. ist. pubb.		Trasf. priv. accred.		Trasf. priv. no accred.		Trasf. strutt. extr.		Altra assist. (ADI)		Altro		TOT	
	D.	%	D.	%	D.	%	D.	%	D.	%	D.	%	D.	%	D.	%
MT C. Seragnoli	199	33,2	261	43,6	39	6,51	8	1,3	13	2,2	79	13,0	.	.	599	100,0
Bellaria	25	10,6	95	40,3	40	17,0	4	1,7			71	30,1	1	0,4	236	100,0
<i>Totale</i>	<i>224</i>		<i>356</i>		<i>79</i>		<i>12</i>		<i>13</i>		<i>150</i>		<i>1</i>		<i>835</i>	

B. Per valutare se l'elevato tasso di ospedalizzazione in *hospice* potesse essere correlato a un minore tasso di ospedalizzazione nelle altre strutture è stato calcolato il tasso di ospedalizzazione grezzo per patologie tumorali (in diagnosi principale).

Nel 2008 si rileva nel Distretto Città di Bologna il maggiore tasso in Azienda, pari a 22,7‰, e i minori nel Distretto di Pianura ovest (17,3‰) e Pianura est (19‰).

Tabella 17. Tasso di ospedalizzazione grezzo per patologie tumorali dei residenti nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna * 1.000 residenti. 2008

Casalecchio di Reno	Porretta Terme	San Lazzaro di Savena	Pianura est	Pianura ovest	Città di Bologna	AUSL Bologna
19,6	20,6	19,2	19,0	17,3	22,7	20,7

Considerazioni

Il maggiore tasso di ospedalizzazione in *hospice* pare essere correlato a:

- un minore tasso di copertura ADI 3 e ANT;
- un minore tasso di ospedalizzazione per patologia tumorale.

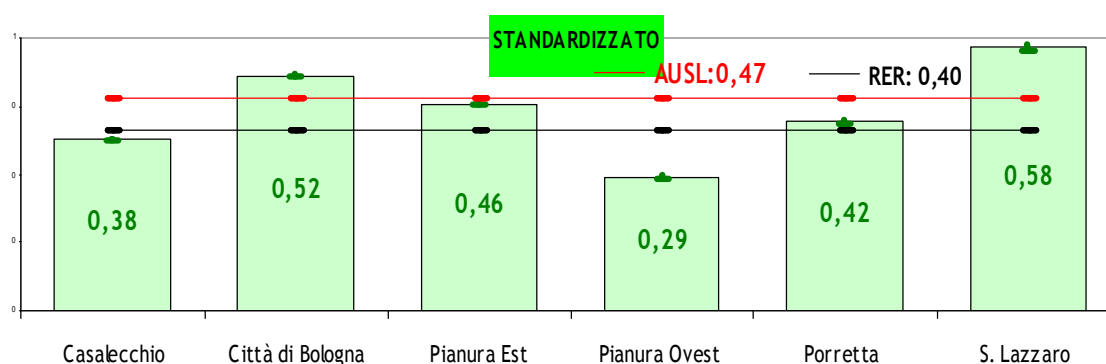
9. Consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali di riabilitazione

Distretto di San Lazzaro di Savena

Situazione

Nel 2007, il consumo *pro capite* di prestazioni specialistiche riabilitative ambulatoriali nel Distretto di San Lazzaro di Savena risulta essere pari a 0,58, un valore superiore sia alla media aziendale (0,47) sia alla media regionale (0,40).

Figura 18. Indice di consumo *pro capite* di prestazioni specialistiche ambulatoriali riabilitative standardizzato per età dei residenti nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna. 2007



NB La linea nera indica la media regionale, quella rossa la media aziendale.

Ipotesi di spiegazione

A. Nel 2007 i cittadini residenti nel Distretto di San Lazzaro di Savena hanno consumato circa 7.500 prestazioni prodotte dal servizio di riabilitazione aziendale e 1.118 dall'Azienda ospedaliero-universitaria S. Orsola-Malpighi. Si precisa tuttavia che il consumo è legato soprattutto alla presenza di strutture private convenzionate, con alto *budget* assegnato, in area limitrofa e facilmente accessibili. In particolare, si segnala il Centro Chiropratic (via Cracovia), il Centro Due Madonne (via Emilia Levante) che ha prodotto 22.343 prestazioni nel 2008, e l'ambulatorio privato S. Lazzaro Fisioterapic (a San Lazzaro), con 5.255 prestazioni prodotte.

Tabella 18. Distribuzione delle sedi delle strutture riabilitative nel Distretto di San Lazzaro di Savena (fonte: MapSan 2006)

PUBBLICA	Ospedale di Loiano	Via Roma - Loiano
	Poliambulatorio di Monterenzio	Via Idice - Monterenzio
	Poliambulatorio di Ozzano dell'Emilia	Viale A. Moro - Ozzano dell'Emilia
	Poliambulatorio di Pianoro	Via Risorgimento - Pianoro
	Poliambulatorio di San Lazzaro	Via Repubblica - San Lazzaro di Savena
PRIVATA	Terme dell'Agriturismo	Via Sillaro - Monterenzio
	Dr. Borri Paolo	Via Jussi - San Lazzaro di Savena
	Poliambulatorio privato San Lazzaro	Via Jussi - San Lazzaro di Savena

Utilizzando l'indice di consumo di prestazioni riabilitative standardizzato * 1.000 residenti fornito dalla Regione e confrontando il biennio 2008/2007, si evidenzia una riduzione della differenza fra il valore distrettuale e quello aziendale. In particolare nel 2008 si registra una marcata riduzione delle prestazioni consumate dai residenti a livello aziendale (691 vs 751) e una sensibile riduzione per le prestazioni consumate dai residenti a livello distrettuale (596 vs 609), effetto di un'azione di governo del contratto di fornitura con le categorie interessate, ottenuta con l'inserimento di elementi qualitativi negli accordi: tempestività, documentazione sanitaria (con criteri espliciti e uniformi), ecc.

Tabella 19. Indice di consumo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali riabilitative, grezzo e standardizzato per età, dei residenti nel Distretto di San Lazzaro di Savena e nell'Azienda USL di Bologna * 1.000 residenti. Confronto 2007 e 2008

Assistenza specialistica ambulatoriale: riabilitazione	Distretto S. Lazzaro		Azienda USL di Bologna	
	Tasso specifico	Tasso standardizzato	Tasso specifico	Tasso standardizzato
2008	602	596	711	691
2007	614	609	770	751

- B.** La prevalenza di prestazioni specialistiche riabilitative per alcune patologie croniche, come alternativa al consumo di farmaci del sistema muscolare, potrebbe essere alla base di un minore impiego di farmaci anti-infiammatori (antiinfiammatori non steroidei, anti COX-2, bifosfonati, ecc.).

Tabella 20. Farmaci sottogruppo M: DDD. Distretto di San Lazzaro di Savena, 2008

I Liv ATC	Sottogruppo	Daily Defined Dose		
		Per 1.000 abitanti/die standardiz.	Scostam. % vs Azienda (2008)	Scostam. % 2008 vs 2007
M	Sintesi	34,5	-9,6%	+3,9%

- C.** Se si prendono in considerazione il costo *pro capite* per la protesica (calcolato sulla popolazione residente >65 anni) e il numero di disabili in carico, il Distretto di San Lazzaro di Savena presenta per il primo, un costo inferiore alla media aziendale - 17,2 Euro vs 18,7 Euro; per il secondo, un numero di persone 18-64 anni con disabilità in carico non superiore alla media aziendale - 4,9‰ vs 5,7‰. Se invece si considerano i minori disabili (0-18 anni), il Distretto presenta la concentrazione in carico ai Servizi sociali più elevata della Provincia, pari a 4,17‰ vs 0,96‰ media provinciale.

Considerazioni

L'assistenza specialistica ambulatoriale riabilitativa è formata sostanzialmente da due tipologie di interventi:

- nel livello ospedaliero il trattamento intensivo o estensivo è legato alla patologia del paziente e può virare verso il trattamento domiciliare, in caso di disponibilità di risorse professionali specifiche (es. fisioterapisti). Nel Distretto di San Lazzaro di Savena la dotazione di personale aziendale dedicato (rapporto unità pesate fisioterapisti per 1.000 residenti) è allineata con la media aziendale: 0,12‰ vs 0,12‰ media aziendale. Si ritiene necessario per la descrizione di questa quota di attività rilevare il numero di dimissioni per patologie ortopediche post-traumatiche e degenerative e per accidenti vascolari cerebrali;

- nel livello ambulatoriale, le prestazioni riabilitative registrate con il flusso regionale relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale seguono a una prescrizione medica e sono largamente orientate al trattamento di patologie cronicodegenerative con interventi strumentali e di terapia fisica, spesso al limite dell'inclusione nei livelli essenziali di assistenza. Sarebbe comunque necessario procedere a una valutazione delle prestazioni erogate in riferimento al codice patologia (tracciato nel flusso regionale) per studiare l'utilizzo alternativo di farmaci specifici. Purtroppo non è evidenziabile la quota di spesa *out of pocket* per prestazioni non garantite dal Servizio sanitario o di medicina non convenzionale.

10. Accessi al Pronto soccorso

Distretto Pianura est

Situazione

Il Distretto Pianura est presenta il numero di accessi totali in Pronto soccorso più basso dell'Azienda: 399‰ vs 422‰ media aziendale.

I codici bianchi rappresentano il 23% del totale degli accessi, valore in linea con quello aziendale (22,3%). I codici verdi rappresentano il 66,2% rispetto al 60% aziendale. I codici gialli rappresentano il 16,3% a livello aziendale e il 9,8% a livello distrettuale. I codici rossi sono l'1% a livello aziendale e lo 0,8% a livello distrettuale.

Tabella 21. Accessi ai Pronto soccorso che insistono nel territorio dell'Azienda USL di Bologna da parte dei residenti nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna * 1.000 residenti. 2007

Strutture	Casalecchio Reno	Città di Bologna	Pianura est	Pianura ovest	Porretta Terme	San Lazzaro	Totale AUSL
AUSL	313,0	158,5	303,7	347,3	363,6	12,6	232,9
AOU	49,4	207,1	67,4	31,0	38,0	207,5	134,2
IIOOR	37,0	1,4	26,7	23,2	12,1	64,2	45,4
Villa Nobili	0,4	0,6	0,1	0,1	50,9	0,5	3,9
TOTALE	401,4	433,8	399,4	402,3	465,6	428,2	422,3

Ipotesi di spiegazione

A. Con riferimento al 2008, il Distretto Pianura est presenta un tasso di ospedalizzazione standardizzato in regime ordinario inferiore sia alla media aziendale che regionale: 173‰ vs 179‰ media aziendale e 180‰ media regionale; diversa è la situazione per il regime *day hospital*, il cui tasso distrettuale risulta essere superiore alla media aziendale e sostanzialmente allineato con la media regionale: 43‰ vs 38‰ media aziendale e 44‰ media regionale.

Tabella 22. Tasso di ospedalizzazione dei residenti nel Distretto Pianura est, nell'Azienda USL di Bologna, in Emilia-Romagna * 1.000 residenti. 2008 (dati non definitivi)

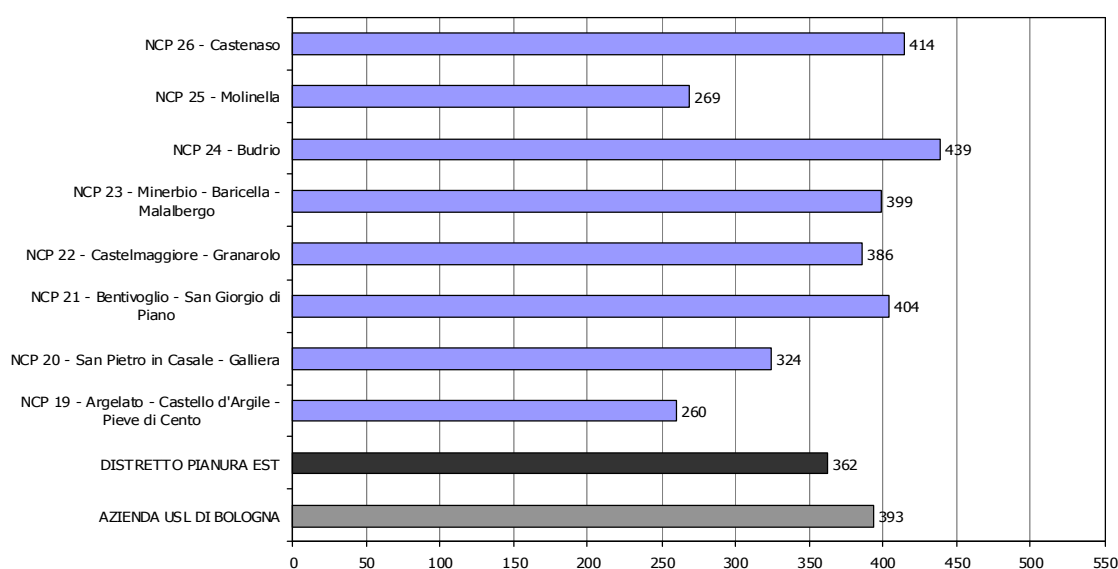
Regime ricovero	Distretto Pianura est		AUSL Bologna		RER	
	Tasso specifico	Tasso standardiz.	Tasso specifico	Tasso standardiz.	Tasso specifico	Tasso standardiz.
Ordinario	126,98	130,64	146,29	141,52	136,73	136,25
<i>Day Hospital</i>	42,56	43,14	38,73	38,33	43,98	44,12
TOTALE	169,54	173,78	185,02	179,86	180,72	180,36

B. L'analisi degli accessi al Pronto soccorso per Nucleo di cure primarie evidenzia che i Nuclei con i minori accessi sono quelli maggiormente distanti dalla sede ospedaliera:

- Argelato - Castello d'Argile - Pieve di Cento, con un valore pari a 260‰;
- Molinella, con un valore pari a 269‰;
- San Pietro in Casale - Galliera, con un valore pari a 324‰.

Riguardo la distribuzione degli ospedali si precisa che nel Distretto Pianura est sono presenti due ospedali, a Bentivoglio e Budrio, mentre gli ospedali di San Pietro in Casale e di Molinella sono stati trasformati in sedi di Centri di medicina generale.

Figura 19. Accessi al Pronto soccorso dei residenti nel Distretto di Pianura est, suddivisi per Nucleo di cure primarie * 1.000 residenti. 2008



Considerazioni

Per i primi due Nuclei di cure primarie (Argelato e Molinella) si può ipotizzare che il basso tasso di accesso al Pronto soccorso sia influenzato dalla incompletezza dei dati, che non ricomprendono gli accessi dei residenti ai PS dell'Azienda USL di Ferrara. In considerazione del fatto che il dato del Nucleo di San Pietro in Casale si può invece ritenere completo, il minore tasso di utilizzo dei PS da parte dei residenti che afferiscono a questo Nucleo può dipendere dalla sua organizzazione: ampio orario di apertura; possibilità di effettuare flebo, fiale di ferro, albumina, medicazioni ed ECG. A tale riguardo è opportuno ricordare che nella riorganizzazione della rete ospedaliera del Distretto Pianura est, l'ospedale di San Pietro in Casale e quello di Molinella sono stati trasformati in sedi di Centri di medicina generale e sono stati inseriti nei NCP, che hanno conservato dimensioni contenute per salvaguardare le specificità di origine. Nei Centri vengono garantiti anche interventi di primo soccorso con accesso libero sulle 12 ore.

In conclusione, la possibilità da parte dei residenti afferenti al Nucleo di cure primarie di San Pietro in Casale di trovare risposta all'interno del Centro di medicina generale sembra la principale motivazione del minore ricorso al Pronto soccorso.

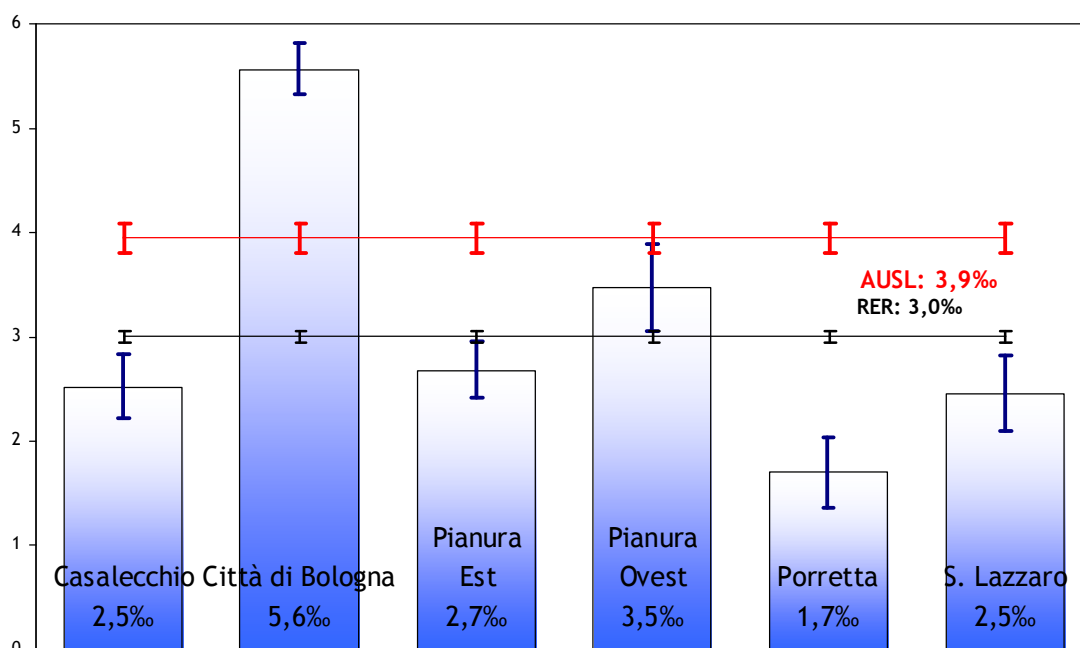
11. Ricoveri ospedalieri, disciplina psichiatria

Distretto di Porretta Terme

Situazione

Con riferimento al 2007, il Distretto di Porretta Terme presenta il più alto tasso standardizzato di ospedalizzazione dell'Azienda, pari a 187,5‰ vs 177,5‰ media aziendale. Al contrario, il tasso standardizzato di ospedalizzazione per la disciplina psichiatria risulta essere il più basso in Azienda, con un valore pari a 1,7‰ vs 3,9‰ media aziendale.

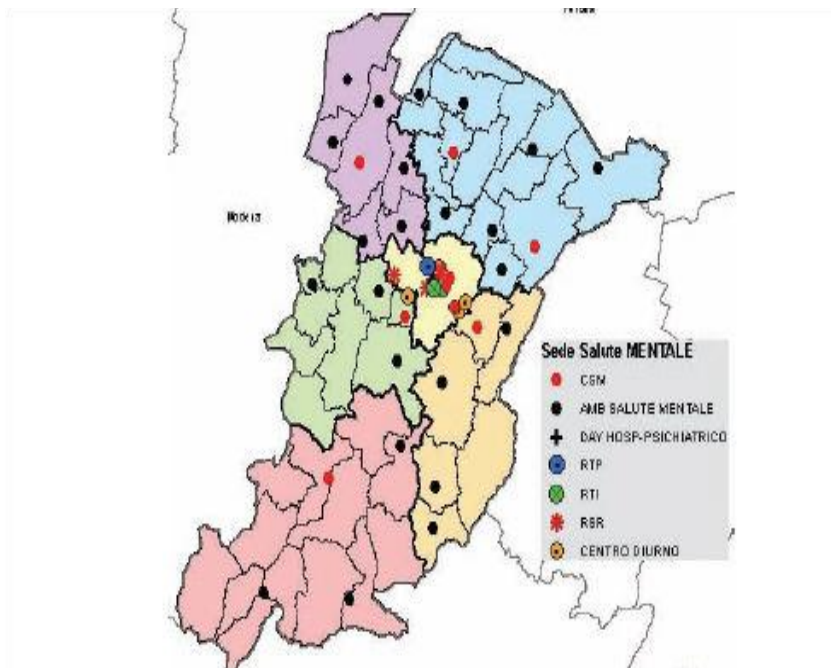
Figura 20. Tasso di ospedalizzazione, disciplina psichiatria, standardizzato per età, dei residenti nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna * 1.000 residenti. 2007



Ipotesi di spiegazione

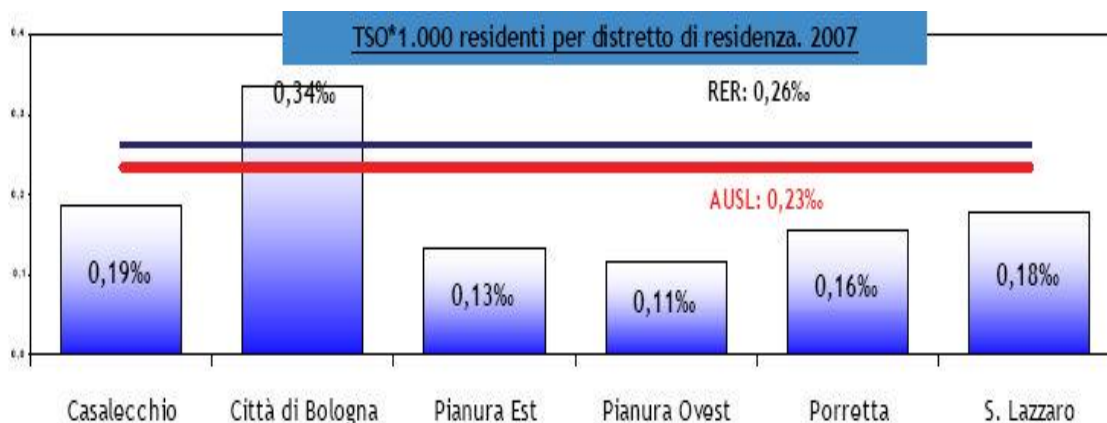
- A.** Sembra plausibile che la carenza di offerta sia una causa rilevante del basso tasso di ospedalizzazione per la disciplina psichiatria. Dall'osservazione della mappa in Figura 21, tutte le strutture diverse dai centri e ambulatori di salute mentale sono concentrate nel Distretto Città di Bologna, che rispetto all'Azienda presenta il minore numero di utenti in carico ai Centri di salute mentale (20,2‰ vs 21,2‰ media aziendale), il maggiore numero di prestazioni erogate dai CSM (622,5‰ vs 560,7‰ media aziendale), il maggiore tasso di ospedalizzazione per la disciplina psichiatria (5,6‰ vs 3,9‰ media aziendale).

Figura 21. Distribuzione delle sedi dei Servizi di salute mentale dedicati agli adulti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna. 2007



B. Un altro elemento utile nel tentativo di spiegare il basso tasso di ospedalizzazione per la disciplina psichiatria riguarda il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (TSO), che nel Distretto di Porretta Terme presenta con un valore inferiore alla media aziendale e allineato a quello degli altri Distretti: 0,16‰ vs 0,23‰ media aziendale. Tali dati potrebbero indirettamente confermare che la situazione è sotto controllo e la gestione dei pazienti psichiatrici è adeguata.

Figura 22. Trattamenti sanitari obbligatori dei residenti dei Distretti dell'Azienda USL di Bologna* 1.000 residenti. 2007



C. Per quanto riguarda la prescrizione di farmaci per il sistema nervoso utilizzati dai medici di medicina generale per l'attività ambulatoriale, si osserva nel Distretto di Porretta Terme una maggiore prescrizione di antidepressivi, in particolare di SSRI, rispetto alle altre tipologie: 40,1 DDD vs 66,4 DDD * 1.000 abitanti. Il confronto esclude i farmaci del gruppo N a elevato tasso di distribuzione diretta (antipsicotici atipici e farmaci per il trattamento dell'Alzheimer).

Tabella 23. Farmaci sottogruppo N: DDD. Distretto di Porretta Terme, 2008

I Liv ATC	Sottogruppo	Daily Defined Dose		
		per 1.000 abitanti/ <i>die</i> standardiz.	Scostam. % vs Azienda (2008)	Scostam. % 2008 vs 2007
N	analgesici oppiacei	2,1	+14,4%	+74,5%
	antidepressivi-altri	6,7	-4,1%	+8,2%
	antidepressivi-SSRI	40,1	+18,2%	+3,6%
	antidepressivi-triciclici	1,7	+30,9%	+1,0%
	antiemicranici	1,1	-0,3%	-0,3%
	anti Parkinson	2,3	-8,1%	-13,0%
	antipsicotici tipici	1,2	+2,6%	-4,6%
	antiepilettici	2,9	+30,1%	-4,4%
	totale antiepilettici	7,2	+8,4%	-5,9%
	altri	1,0	-14,1%	+84,8%
N	Sintesi	66,4	+12,7%	+3,6%

Considerazioni

Gli utenti in carico ai Centri di salute mentale e le prestazioni erogate dai Centri sono presentati nel documento aziendale sui consumi sanitari e socio-sanitari nei Distretti (2007) per ex aree aziendali (Centro, Nord e Sud) e non per singolo Distretto. Tuttavia, si rileva che nell'area sud (dove si trova il Distretto di Porretta Terme) il numero di utenti in carico ai CSM è superiore alla media aziendale, con un valore pari a 23‰ vs 21,1‰ media aziendale, mentre il numero di prestazioni erogate da questi Centri è inferiore alla media, con un valore pari a 525,4‰ vs 560,7‰. La stessa situazione si verifica anche per l'area nord.

È ipotizzabile che il valore dell'indicatore derivi principalmente dalla scarsità di offerta, anche se non si può escludere la presenza di fattori di tipo socio-culturale che possano portare a nascondere problemi psichiatrici in patologie meno stigmatizzate.

Un fattore confondente potrebbe essere il ricorso al ricovero di pazienti più anziani in strutture residenziali, perché molti "psichiatrici" anziani o *borderline* sono in strutture atipiche, almeno nel Distretto. L'offerta di posti letto residenziali nel distretto è di 626 posti di cui solo 177 convenzionati per anziani non autosufficienti (fonte: Profilo di comunità).

Tuttavia, per interpretare l'indicatore proposto sarebbero necessarie informazioni del tipo: quali percorsi per ridurre il ricorso all'ospedalizzazione sono presenti nel Distretto? A chi sono rivolti? Quanti utenti coinvolgono? Qual è la prevalenza delle patologie che richiedono ricoveri? Qual è l'impatto del Programma regionale "Leggieri"?

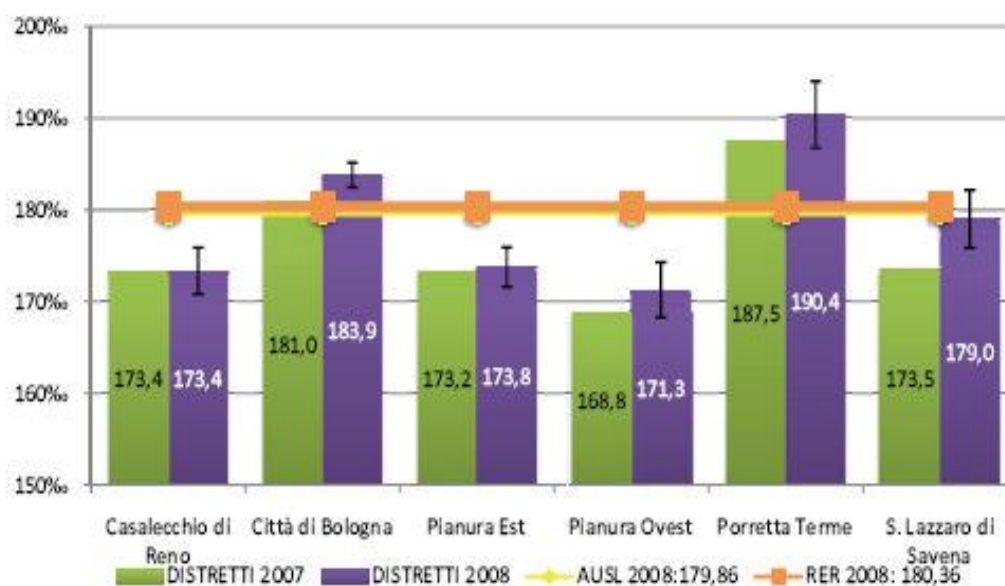
12. Ricoveri ospedalieri

Distretto Pianura ovest

Situazione

Nel territorio del Distretto Pianura ovest insiste il solo ospedale di San Giovanni in Persiceto. Secondo la fonte regionale, nel 2008 il Distretto di Pianura ovest presenta un tasso di ospedalizzazione standardizzato per età inferiore agli altri Distretti aziendali, alla media aziendale e a quella regionale: 171,3‰ vs 179,86‰ media aziendale e 180,36‰ media regionale.

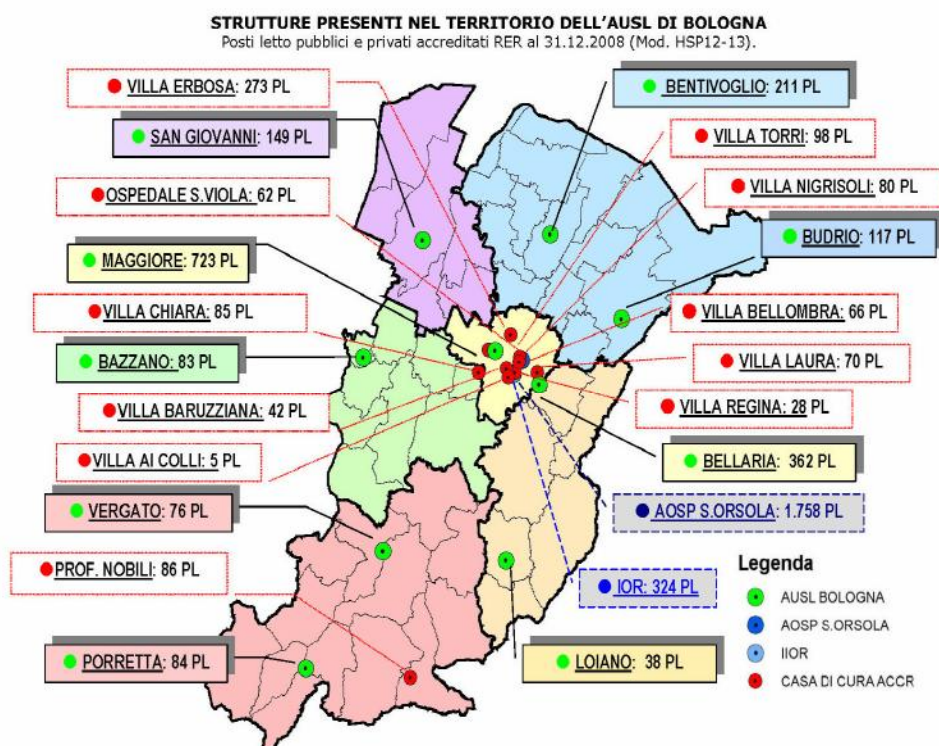
Figura 23. Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età dei residenti nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna * 1.000 residenti. Confronto anni 2007 e 2008



Ipotesi di spiegazione

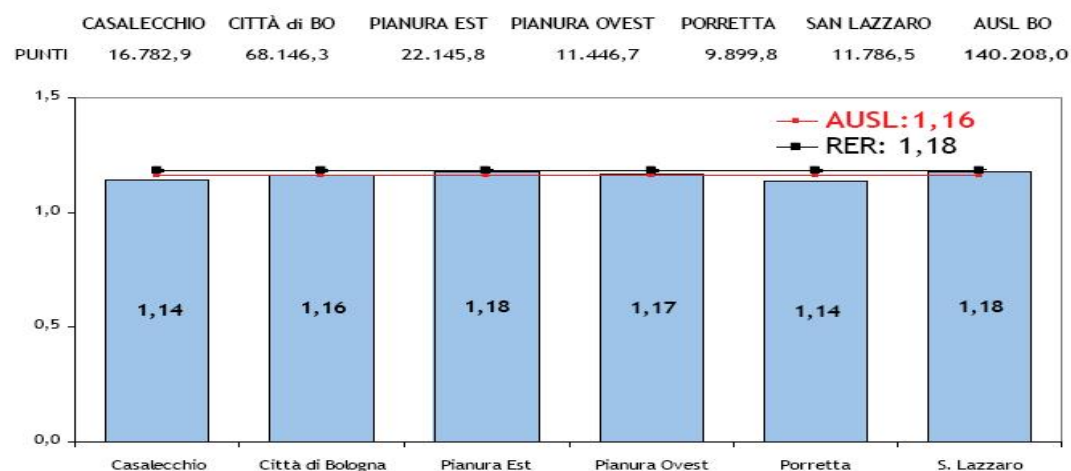
- A. Il Distretto Pianura ovest presenta una bassa offerta di posti letto ospedalieri (1,9‰), compresa tra il valore minimo del Distretto di San Lazzaro (0,5‰) e il valore massimo del Distretto Città di Bologna (4,8‰). Per il calcolo dei posti letto sono state considerate le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate che insistono sui territori distrettuali.

Figura 24. Distribuzione delle sedi delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e numero di posti letto. Territorio dell'Azienda USL di Bologna, 2008



- B. L'indicatore regionale relativo agli accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero e quello aziendale sugli accessi al PS presentano significati interpretativi diversi: il primo è maggiormente adatto a rilevare le prestazioni collegate all'accesso, il secondo le persone che accedono al Pronto soccorso. Il Distretto Pianura ovest presenta valori tra i più bassi in Azienda per entrambe le tipologie di indicatori.
- C. Con riferimento al 2007 e all'indicatore "Punto medio dei ricoveri (DRG) in regime ordinario" il Distretto Pianura ovest presenta un valore sostanzialmente allineato con le medie aziendale e regionale: 1,17 vs 1,16 media aziendale e 1,18 media regionale.

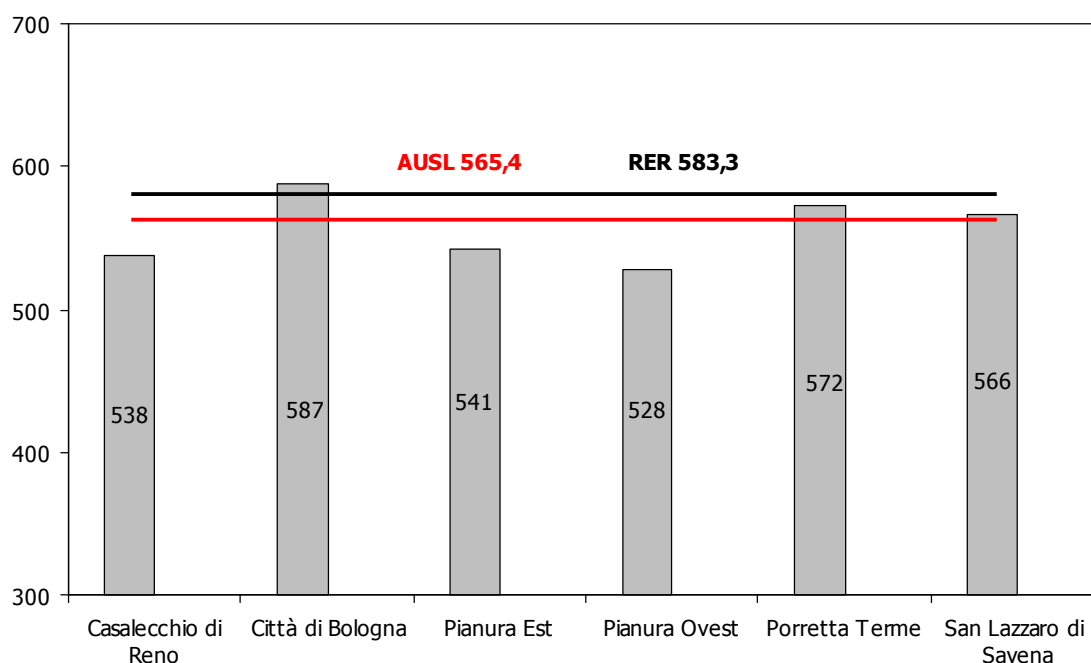
Figura 25. Punto medio dei ricoveri ospedalieri in regime ordinario da parte dei residenti nei Distretti dell'Azienda USL di Bologna. 2007



Fonte Dati: SDO. Tutti gli oneri.

- D.** Rispetto al valore *pro capite* standardizzato dell'assistenza ospedaliera, il Distretto Pianura ovest presenta il valore più basso tra i Distretti e inferiore alla media aziendale e regionale: 528 Euro vs 565 Euro media aziendale e 583 Euro media regionale.

Figura 26. Valore *pro capite* dell'assistenza ospedaliera (in Euro) standardizzato per età. Distretti dell'Azienda USL di Bologna, 2007



- E. Secondo la fonte aziendale, nel 2007 il Distretto Pianura ovest presenta una spesa *pro capite* standardizzata di farmaceutica convenzionata (importo lordo) superiore alla media aziendale: 199 Euro vs 191 Euro.
- F. Il Distretto presenta un consumo *pro capite* standardizzato di specialistica ambulatoriale superiore alla media aziendale: 16,6 prestazioni *pro capite* vs 16 media aziendale. Se si analizzano i differenti sottogruppi di prestazioni specialistiche ambulatoriali, si rileva che tale dato è principalmente imputabile alla componente laboratoristica più che alla diagnostica strumentale o alle visite.

Considerazioni

L'analisi dei legami tra consumo di ricoveri ospedalieri e consumo di risorse del territorio (nello specifico consumo di assistenza specialistica ambulatoriale e di farmaceutica) nel Distretto Pianura ovest pare validare l'ipotesi dei vasi comunicanti tra territorio e ospedale presentata nello studio sul governo del territorio condotto da CERGAS-FIASO (Longo *et al.*, 2008a).

- A. La notevole presenza dei gruppi di medici di medicina generale, dei Centri di medicina generale, dei Nuclei di cure primarie avanzati e l'esistenza di 4 ambulatori di continuità assistenziale nelle giornate di sabato (3 di MMG e uno di PLS) determinano condizioni di maggiore accessibilità nei confronti dei prescrittori territoriali. Allo stesso tempo si evidenzia un minore ricorso al Pronto soccorso, in particolare dove si registrano le esperienze di Nucleo di cure primarie più avanzate (Crevalcore e Sant'Agata). Per supportare ancora meglio queste considerazioni sarebbe interessante conoscere il tasso di accesso reale agli ambulatori dei medici di medicina generale da parte dei cittadini (non risulta vi siano dati sufficientemente attendibili e validati in tal senso); comunque, la percezione è che vi sia un alto numero di accessi presso gli ambulatori dei MMG nel Distretto Pianura ovest. Inoltre, questo Distretto presenta la più alta percentuale dell'Azienda di MMG in gruppo, pari all'88,1%.
- B. Occorre sottolineare la rilevanza e l'efficacia della rete delle cure intermedie nel Distretto Pianura ovest: assistenza domiciliare sociale, assistenza domiciliare integrata, centri diurni, case protette/strutture residenziali assistenziali e post-acuzie, o più precisamente letti a maggiore intensità assistenziale. Non ci si riferisce solamente alla quantità dell'offerta, ma soprattutto alla qualità dell'intera filiera. Infatti, gli attuali 14 posti letto a maggiore intensità assistenziale, ubicati nel Comune di Crevalcore e dedicati ai ricoveri temporanei di utenti in dimissione ospedaliera, permettono di ottenere una buona risposta in termini di continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio, limitando il ricorso a ulteriori ricoveri impropri.
- C. Un altro aspetto riguarda i bassi tassi di ospedalizzazione e di posti letto ospedalieri per abitante, che determinano di conseguenza un abbassamento del peso assistenziale dei ricoveri: tale peso assistenziale, valutando i ricoveri con il peso medio dei DRG prodotti, si presenta allineato ai valori aziendali e regionali.

- D.** La minore ospedalizzazione e i maggiori consumi sul versante territoriale trovano una importante corrispondenza nei costi dei vari livelli assistenziali. Il costo *pro capite* standardizzato dei ricoveri del Distretto Pianura ovest è significativamente più basso di quello degli altri Distretti aziendali: si rileva uno scarto di circa 40 Euro per cittadino tra i costi del Distretto e la media aziendale: 527,9 Euro vs 565,4 Euro media aziendale. Dall'altra parte si osservano valori elevati di consumo dell'assistenza specialistica ambulatoriale e, in particolare, della spesa farmaceutica territoriale, la quale - standardizzata per residente - è pari a 199 Euro, un valore economico di 7,7 Euro superiore alla media aziendale (191,3 Euro). Alcuni indicatori aggiuntivi potrebbero essere di grande aiuto nell'analisi della spesa farmaceutica al fine di quantificare alcuni fenomeni di grande impatto proprio nel rapporto tra minore ospedalizzazione e maggiore spesa farmaceutica territoriale; ad esempio:
- la diminuzione dei ricoveri determina un minore utilizzo dell'istituto dell'erogazione diretta di farmaci alla dimissione;
 - un basso tasso di ospedalizzazione determina un risparmio di giornate di degenza e di conseguenza un evidente maggiore numero di giornate di assistenza farmaceutica sul territorio.
- E.** L'esame degli stessi indicatori disaggregati per singolo Nucleo di cure primarie porta a una considerazione aggiuntiva. Si osserva una significativa variabilità tra i NCP: quelli costituiti recentemente (nei Comuni di Anzola e Calderara) hanno di norma indicatori di consumo più alti, ad esempio maggiore utilizzo del Pronto soccorso (ad esclusione del Nucleo del Comune di San Giovanni in Persiceto che si trova nelle vicinanze del Pronto soccorso), maggiori consumi di ricoveri ospedalieri, minore assistenza domiciliare infermieristica. Una delle spiegazioni plausibili può essere ricercata nei livelli di assistenza infermieristica presenti in questi territori, livelli che presentano margini di sviluppo e miglioramento in termini di assistenza domiciliare, ambulatoriale e di ulteriori progettualità integrate.

Considerazioni conclusive³

Metodo di ragionamento

L'esercizio di valutare (sia tra Direttori di Distretto e *staff* aziendale, sia all'interno di ciascun Distretto) l'andamento di un indicatore cercando le eventuali correlazioni con altri è stato molto stimolante sul piano culturale e metodologico. Sul piano culturale poiché evidenzia con forza il "nuovo" mandato dei Direttori di Distretto nella loro funzione di committenza e garanzia, funzione che richiede *in primis* proprio la conoscenza delle dinamiche dell'offerta e dei consumi. Sul piano metodologico perché è stata subito compresa l'importanza del rigore procedurale che le analisi epidemiologiche richiedono fin dalla prima fase di valutazione dell'attendibilità dei dati con cui ragionare.

Arricchimento dei sistemi informativi

I persistenti *deficit* "culturali", l'incompleto dominio dei metodi e delle tecniche, la carenza di informazioni necessarie ma lungamente trascurate, alcune incertezze sulla validità dei dati a disposizione, hanno fatto capire quanto sia difficile trarre solide conclusioni da queste valutazioni. L'esperienza è stata in primo luogo didattica e formativa, quindi di grande utilità per avviare un percorso valutativo, che ora è appena all'inizio e che richiede ulteriori miglioramenti dei sistemi informativi.

Importanza dell'offerta

Le valutazioni fatte confermano i noti problemi derivanti dalla frequente autoreferenzialità delle strutture dell'offerta rispetto ai bisogni attuali dei cittadini dei vari distretti. Ciò deriva in parte dalla specificità storica di queste strutture nel territorio bolognese, su cui insiste un'Azienda nata dall'aggregazione di tre precedenti Aziende anch'esse frutto a loro volta di altre aggregazioni, in parte dalla "naturale" tendenza all'auto-riproduzione dell'offerta sanitaria.

Sorprese dell'analisi del consumo

Parrebbe emergere che, oltre a una dinamica già di per sé complessa tra le varie dimensioni dell'offerta, i consumi possono essere influenzati anche dalle dinamiche culturali dei professionisti e dei cittadini di un certo territorio. I fattori socio-ambientali come definiti dalle categorie finora utilizzate (reddito, istruzione, densità abitativa, ecc.) non sembrano sufficienti per spiegare l'evolversi dei consumi sanitari. Non si conferma sempre l'assioma che il consumo segue l'offerta locale; sembra invece che i cittadini si muovano con facilità per consumare anche fuori distretto, come avviene per esempio per i persicetani che utilizzano tranquillamente l'offerta di specialistica della città.

³ A cura di Gabriele Cavazza (Azienda USL di Bologna).

Comunicazione fra ambiti di assistenza

L'analisi qualitativa intra-Distretto mette in evidenza alcune relazioni fra livelli di assistenza che suggeriscono rapporti di "comunicazione" tra i diversi "vasi", soprattutto nell'area della pianura, che si presenta omogenea per caratteristiche socio-demografiche, oltre che aziendali (ex Azienda USL Bologna Nord). In questo senso si può evidenziare l'ipotesi di un rapporto fra minore utilizzo del ricovero ospedaliero e maggiore consumo di farmaci, relazione da sempre sostenuta dai medici di famiglia, oppure di un rapporto fra accessibilità delle cure primarie attraverso una presenza organizzata e piena di medicine di gruppo e minore utilizzo del Pronto soccorso.

Oltre al servizio pubblico

La teoria dei vasi comunicanti sembra però dover tenere conto di eccezioni, o almeno dover considerare anche i consumi *out of pocket*. Nel Distretto di Casalecchio di Reno, il basso consumo di tutti i livelli assistenziali per anziani (ospedalizzazione, residenzialità e ADI) potrebbe trovare spiegazione nell'utilizzo di case protette o di riposo private, fortemente presenti nel territorio, ma di cui è assai poco nota l'attività.

La conclusione sembra venire da sé: il gioco è difficile quanto necessario, e non ci si può tirare indietro, pur con la consapevolezza che si potranno comprendere i dati solo per successive approssimazioni, ciascuna delle quali apre nuove interessanti possibili letture della realtà.

Proposta di indicatori per la rendicontazione distrettuale

Premessa

La selezione degli indicatori distrettuali è stata effettuata sulla base di un precedente *set* di indicatori, utilizzati nella lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna (Testi *et al.*, 2008). Per tale lavoro erano stati selezionati quegli indicatori che meglio illustravano i tratti più salienti delle attività sanitarie e socio-sanitarie rese dall'Azienda sanitaria per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei confronti della popolazione residente.

Tali indicatori si caratterizzano per essere aggregati a livello di Azienda e non di Distretto, in quanto il Bilancio di missione è uno strumento di rendicontazione aziendale. Riguardano prevalentemente l'offerta e l'attività (non i consumi) in quanto i flussi regionali da cui provengono sono stati costruiti con la principale finalità di offrire un supporto alla gestione e all'amministrazione delle Aziende sanitarie; concernono il sistema sanitario e socio-sanitario pubblico e privato accreditato regionale, e non anche il privato "puro" e le iniziative dei cittadini, in quanto l'intera architettura informativa è stata progettata e realizzata primariamente con la finalità di esercitare un maggiore controllo sugli Enti finanziati dalla Regione, sia direttamente (come le Aziende sanitarie) sia indirettamente (come il privato accreditato).

Gli indicatori presenti nel Bilancio di missione possiedono alcune caratteristiche che li rendono adatti alla tipologia di studio intrapreso, perché:

- omogenei, in quanto elaborati da banche dati regionali;
- aggiornati (e aggiornabili) visto che le banche dati regionali operano con dati correnti;
- in grado di rappresentare le principali aree di competenza del Distretto: sanitaria (es. prevenzione, assistenza specialistica e farmaceutica) e socio-sanitaria (consultori, assistenza domiciliare, assistenza residenziale e semi-residenziale, salute mentale e dipendenze patologiche);
- diversi per tipologia (es. di offerta, di attività) e granularità (ad es. i tempi di attesa per i ricoveri programmati sono suddivisi per patologia). Nello specifico si è cercato di selezionare indicatori di consumo in grado di cogliere il livello di utilizzo dei servizi da parte della popolazione residente nel Distretto in esame, indipendentemente dal luogo di erogazione delle prestazioni, intra/extra-Distretto/Azienda/Regione.

Il numero degli indicatori scelti e la tipologia sono stati influenzati anche dalla disponibilità al momento dell'avvio dello studio e dalla scelta di non appesantire eccessivamente il Bilancio di missione, all'interno di cui sarebbero stati inseriti.

La Tabella 24 riporta l'elenco di indicatori del Bilancio di missione da cui si è partiti e l'elenco dei 13 selezionati, di differente tipologia: offerta, attività, consumo e qualità dell'assistenza.

Tabella 24. Indicatori di partenza e indicatori selezionati per lo studio sui Distretti

Ambito assistenziale	Elenco di partenza (Testi <i>et al.</i> , 2008)	Elenco finale (selezione)
<i>Screening</i> : mammella, collo dell'utero e colon retto	Percentuale di adesione all'invito nell'anno sulla popolazione <i>target</i>	
Vaccinazioni bambini: polio, morbillo, ecc.	Percentuale di vaccinati al 24° mese contro il morbillo sulla popolazione <i>target</i>	1. Attività
Vaccinazioni antinfluenzali anziani (>64 aa)	Percentuale di vaccinati sulla popolazione <i>target</i>	
Controlli sugli ambienti di lavoro	Percentuale di aziende con infrazioni sulle aziende controllate	
Controlli sulle aziende di alimenti e di ristorazione	Percentuale di aziende di ristorazione con infrazioni sulle controllate	
Assistenza residenziale e semi-residenziale	Anziani: posti letto (pubblici e convenzionati) in strutture residenziali * 100 anziani residenti (≥ 75 anni)	8. Offerta
	Disabili: posti (pubblici e convenzionati) in strutture semi-residenziali * 1.000 residenti	9. Offerta
	Patologie psichiatriche: posti (pubblici e convenzionati) in valore assoluto e * 1.000 abitanti	
	Dipendenze patologiche: posti (pubblici e convenzionati) in valore assoluto e * 1.000 abitanti	
Assistenza domiciliare integrata	Persone seguite in assistenza domiciliare integrata * 1.000 residenti	4. Consumo
	Percentuale di tipologia di assistenza domiciliare (TAD) per livello di intensità assistenziale sul totale TAD	
<i>Hospice</i>	Numero di posti	
	Numero di dimessi	
	Numero di giornate e degenza media	
Consultori familiari	Percentuale di donne in carico sulla popolazione <i>target</i> (residente)	2. Attività
	Percentuale di donne seguite in gravidanza dai Consulteri familiari sul totale dei nati vivi	
	Percentuale di donne straniere sul totale delle donne gravide in carico	
Salute mentale	Tasso di ospedalizzazione nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) * 10.000 abitanti	
	Persone seguite dai Dipartimenti di salute mentale * 10.000 abitanti	3. Attività

(continua)

Ambito assistenziale	Elenco di partenza (Testi <i>et al.</i> , 2008)	Elenco finale (selezione)
Assistenza farmaceutica territoriale	Spesa netta per farmaci di fascia A	
	Spesa <i>pro capite</i> pesata per farmaci di fascia A	
	Numero DDD * 1.000 abitanti	
Assistenza specialistica ambulatoriale	Indice di consumo, standardizzato per età, totale * 1.000 residenti	5. Consumo
	Indice di consumo, standardizzato per età, diagnostica * 1.000 residenti	5.1. Consumo
	Indice di consumo, standardizzato per età, visite * 1.000 residenti	5.2. Consumo
	Tempo di attesa: percentuale di prestazioni di diagnostica effettuate entro 60 gg dalla data di prenotazione	6.1. Attività
	Tempo di attesa: percentuale di visite effettuate entro 60 gg dalla data di prenotazione	6.2. Attività
Assistenza ospedaliera	Posti letto (pubblici e convenzionati) per acuti, lungodegenza e riabilitazione in valore assoluto e * 1.000 abitanti	
	Tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età, regime ordinario * 1.000 residenti	7. Consumo
Qualità dell'assistenza	Tempi di attesa per tipologia intervento (es. chemioterapia, coronarografia)	
	Basso peso alla nascita	
	Tasso di ospedalizzazione per polmoniti e influenza negli anziani	
	Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze del diabete a breve / lungo termine	
	Percentuale di parti con taglio cesareo	10. Qualità
	Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili	
	Mortalità intra-ospedaliera per infarto miocardico acuto	
Mortalità intra-ospedaliera per interventi chirurgici in elezione e a basso rischio		

Un confronto con i Servizi della Direzione generale Sanità e politiche sociali ha condotto ad alcune modifiche dell'elenco iniziale. Ad esempio, nel caso delle vaccinazioni per l'infanzia, su proposta del Servizio Sanità pubblica l'indicatore relativo alla percentuale di vaccinati sulla popolazione *target* contro la poliomielite è stato sostituito con l'indicatore riferito al morbillo. La ragione della proposta risiedeva nel fatto che attraverso quest'ultimo indicatore si poteva cogliere maggiormente la capacità proattiva del Distretto nell'attuare una politica di prevenzione infantile, in quanto la vaccinazione contro il morbillo costituisce una vaccinazione raccomandata e non obbligatoria.

Il Gruppo regionale dei referenti aziendali del Bilancio di missione ha svolto una funzione di promozione e divulgazione presso le Aziende sanitarie. Ogni referente ha infatti presentato le proposte alle figure aziendali ritenute rilevanti, con particolare riferimento ai direttori di Distretto. Nelle Aziende USL di Modena e di Bologna è stato possibile confrontarsi direttamente con i direttori dei Distretti, mentre nelle altre Aziende sono stati raccolti commenti scritti, che sono stati inseriti a margine delle schede relative a ciascun indicatore.

Il Servizio Assistenza distrettuale della Direzione generale sanità e politiche sociali ha svolto un'attività di supervisione sull'intero lavoro.

Proposta di indicatori distrettuali

1. Vaccinazione contro il morbillo a 24 mesi

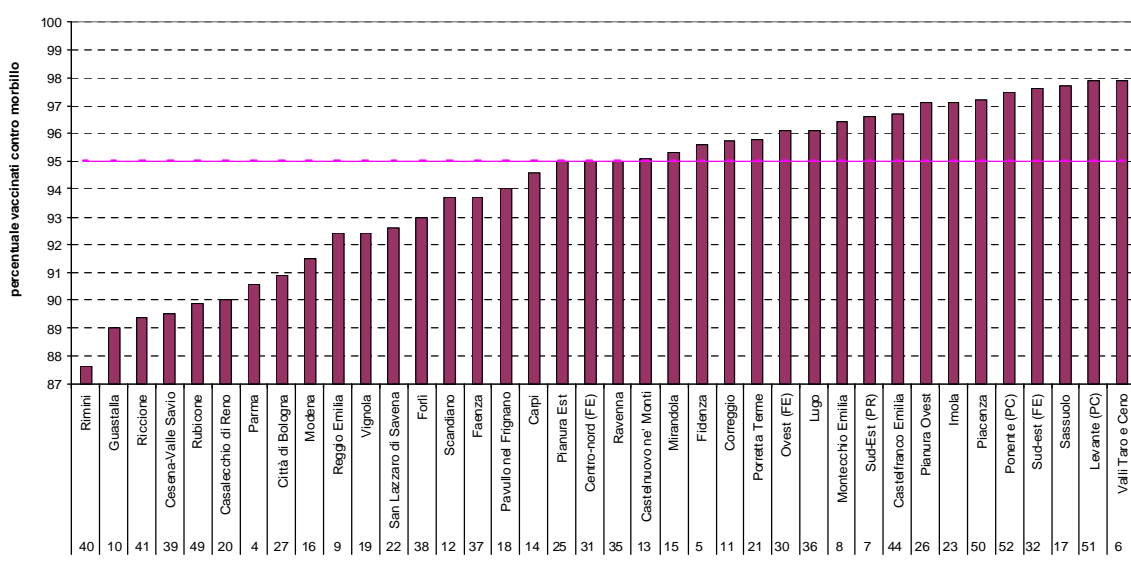
Definizione	Percentuale di vaccinati contro il morbillo a 24 mesi di età su popolazione <i>target</i>	
Metodo di calcolo		
Numeratore	Nati nel 2005 che a 24 mesi di età hanno ricevuto il vaccino	* 100
Denominatore	Nati nel 2005	
Anno di riferimento	2007	
Fonte	Flusso della Pediatria di comunità - Regione Emilia-Romagna	
Valore di riferimento	Obiettivo nazionale: 95% Media regionale: 93,5%	
Significato	La non obbligatorietà della vaccinazione consente di apprezzare appieno la capacità del Distretto nel realizzare una politica orientata alla prevenzione	
Validità e limiti	L'anagrafe di riferimento è quella degli assistiti e non quella dei residenti	

Per tutte le vaccinazioni nell'infanzia previste dal calendario vaccinale, l'obiettivo nazionale è di raggiungere il 95% dei bambini interessati. In Emilia-Romagna questo risultato può considerarsi stabilmente superato per le vaccinazioni obbligatorie (nel 2008, 97,2%) e parzialmente per le vaccinazioni raccomandate entro i 24 mesi di vita.

Tra le vaccinazioni raccomandate, quella contro il morbillo non ha ancora raggiunto l'obiettivo nazionale del 95%: nel 2008 la copertura vaccinale contro il morbillo è stata del 93,6%.

Vi sono due modalità di vaccinazione contro il morbillo: monovalente (M) o trivalente (MPR). Nel 2007 si sono registrati tassi di copertura simili per le due modalità vaccinali, 93,5% per M vs 93,4% per MPR che, sebbene inferiori all'obiettivo nazionale, erano entrambi superiori alla media nazionale, pari al 90,1% (Ministero della salute, 21 ottobre 2008). Nel presente studio è stato utilizzato il tasso di copertura vaccinale con modalità monovalente.

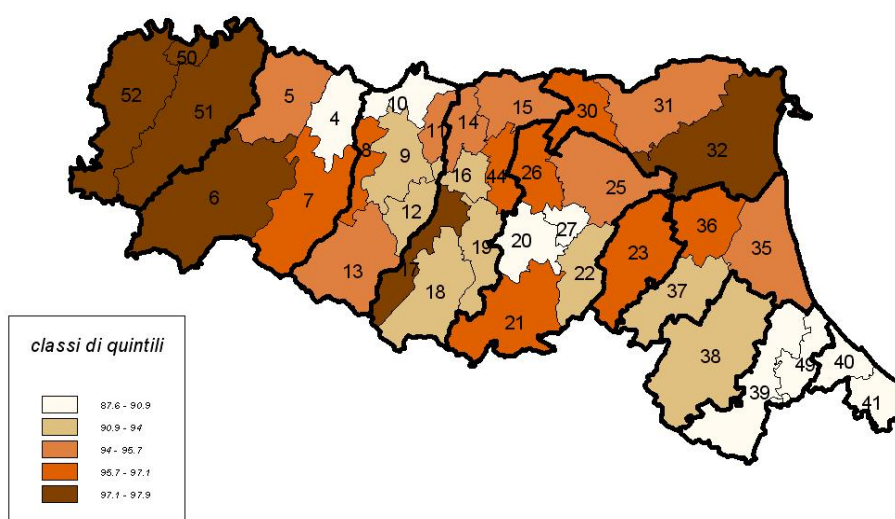
Figura 27. Percentuale di vaccinati contro il morbillo a 24 mesi di età sulla popolazione *target*. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2007



NB La retta orizzontale indica l'obiettivo nazionale di copertura.

Il 53% circa dei Distretti ha raggiunto l'obiettivo nazionale corrispondente al 95% di copertura vaccinale; l'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Rimini dell'omonima Azienda USL, pari a circa l'88%, e il valore massimo del Distretto Valli Taro e Ceno (Azienda USL di Parma), pari al 98%; il coefficiente di variazione percentuale è pari al 3,1%, indicando un comportamento dei Distretti particolarmente uniforme.

Figura 28. Distribuzione della percentuale di vaccinati contro il morbillo a 24 mesi di età sulla popolazione *target* per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2007



Le Aziende USL di Piacenza, Cesena e Rimini risultano essere quelle con i Distretti maggiormente omogenei, in quanto tutti si posizionano nello stesso quintile, anche se con direzione opposta. L'Azienda USL di Parma è quella che presenta la maggiore disomogeneità tra i Distretti: ciascuno di essi si posiziona in una classe differente.

Commenti aziendali

Azienda USL di Parma

Solo il Distretto di Parma è al di sotto dell'obiettivo del 95%, anche se da almeno due anni sta progressivamente recuperando il divario.

Azienda USL di Bologna

Dai dati riportati nel Bilancio di missione 2008 risulta che per la copertura vaccinale contro il morbillo l'Azienda USL di Bologna nel suo complesso aveva nel 2007 un tasso inferiore alla media regionale (92,8% vs 93,5%), con un aumento nel 2008 (93,2%). A livello distrettuale, tre Distretti raggiungono (Pianura est) o superano (Porretta Terme e Pianura ovest) l'obiettivo del 95%, mentre il Distretto di San Lazzaro di Savena ne resta al di sotto e i Distretti di Casalecchio di Reno e Città di Bologna si posizionano nel quintile inferiore (rispettivamente 87,4% e 90,9%).

Il minore tasso di copertura vaccinale dei Distretti di Casalecchio di Reno e Città di Bologna riguarda anche le vaccinazioni obbligatorie, in particolare quella contro la poliomielite. Se si considerano le vaccinazioni obbligatorie del 2008 riportate nel Bilancio di missione, si rileva una ulteriore diminuzione dei Distretti Città di Bologna e Casalecchio di Reno rispetto al 2007, rispettivamente pari a 95,7% e 96,5%, mantenendosi al di sotto della media aziendale (97,1%). Il *trend* 2006-2007 ha un andamento inverso nei due Distretti: in quello di Casalecchio i tassi si sono ridotti sia per le vaccinazioni obbligatorie sia per il morbillo, nel Distretto Città di Bologna sono aumentati per entrambi.

Azienda USL di Ferrara

Tutti i Distretti hanno raggiunto e superato l'obiettivo. Il migliore valore riguarda il Distretto Sud-Est, che ha il maggiore livello di dispersione abitativa.

Azienda USL di Rimini

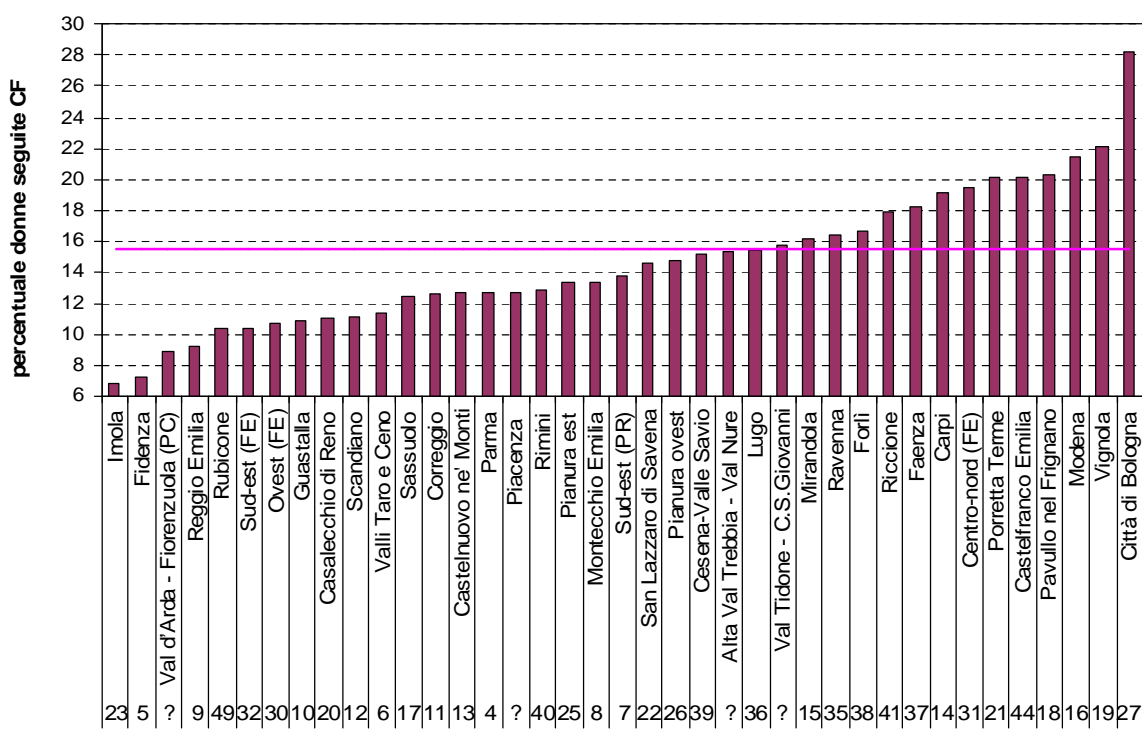
Le coperture vaccinali rimangono sotto la media regionale per la diffusa presenza di un atteggiamento antivaccinale nei genitori, sostenuto da un'associazione molto attiva (COMILVA). Tale fenomeno di obiezione si riscontra anche nelle vaccinazioni obbligatorie.

2. Donne in carico ai Consulteri familiari

Definizione	Percentuale di donne in carico ai Consulteri familiari sulla popolazione interessata	
Metodo di calcolo		
Numeratore	Donne che hanno ricevuto almeno una prestazione	* 100
Denominatore	Donne residenti nel Distretto (15-64 anni)	
Anno di riferimento	2007	
Fonte	Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari - Regione Emilia-Romagna	
Valore di riferimento	Media regionale: 15,5%	
Significato	Misura la capacità di copertura del servizio	
Validità e limiti	È inclusa l'area ostetrico-ginecologica; è esclusa quella psicologica in considerazione della inferiore qualità del dato	

In Emilia-Romagna nel 2007 le donne residenti di età 15-64 anni sono circa 1.400.000. Di queste, il 15,5% ha utilizzato l'area ostetrico-ginecologica dei Consulteri familiari, e lo 0,6% l'area psicologica.

Figura 29. Percentuale di donne seguite dai Consulenti familiari sulla popolazione interessata. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2007

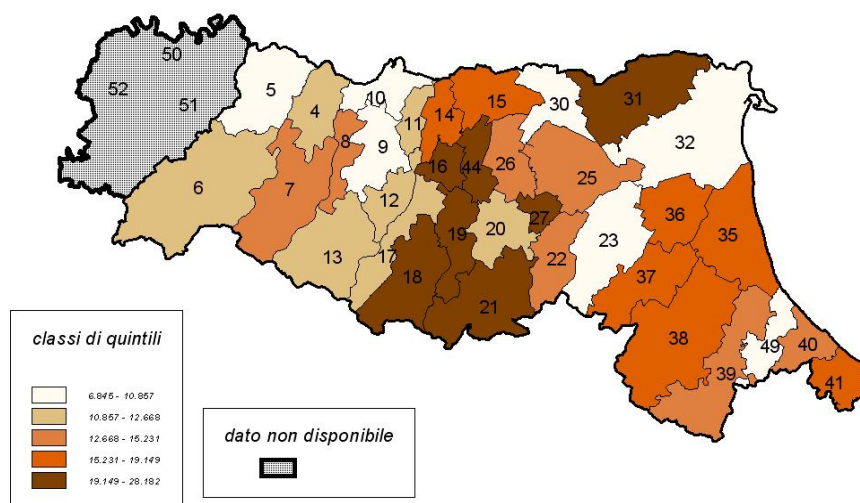


NB La retta orizzontale indica la media regionale.

Al momento della rilevazione dei dati l'Azienda USL di Piacenza era organizzata in 4 Distretti, non in 3 come ora.

La media regionale risulta essere pari al 15,5%; l'intervallo di valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Imola dell'omonima Azienda USL, pari al 6,8%, e il valore massimo del Distretto Città di Bologna dell'omonima Azienda, pari al 28,2%; il coefficiente di variazione è pari al 31,2%, indicando un comportamento dei Distretti fortemente variabile.

Figura 30. Distribuzione della percentuale di donne seguite dai Consulteri familiari sulla popolazione interessata per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2007



NB Al momento della rilevazione dei dati l'Azienda USL di Piacenza era organizzata in 4 Distretti, non in 3 come ora.

È interessante notare come vi siano delle aree di omogeneità tra Distretti confinanti ma di Aziende diverse, ad esempio:

- i Distretti di Scandiano e Castelnuovo ne' Monti (Azienda USL di Reggio Emilia) e il Distretto di Sassuolo (Azienda USL di Modena) si posizionano tutti nel secondo quintile inferiore, indicando un ridotto numero di utenti dei Consulteri familiari per l'area ostetrico-ginecologica;
- i Distretti di Pavullo nel Frignano e di Vignola (Azienda USL di Modena) e di Porretta Terme (Azienda USL di Bologna) si posizionano tutti nell'ultimo quintile superiore, indicando un elevato numero di utenti dei Consulteri familiari per l'area ostetrico-ginecologica.

Le caratteristiche altimetriche dei Distretti non sembrano influenzare il comportamento:

- Distretti simili per caratteristiche altimetriche si posizionano in classi diverse: ad esempio il Distretto di Scandiano si posiziona in una classe inferiore, mentre il Distretto di Pavullo nel Frignano nella classe superiore;
- Distretti diversi per caratteristiche altimetriche si posizionano nella medesima classe: ad esempio, si posizionano nel quintile superiore i Distretti di Modena, Pavullo, Vignola e Castelfranco.

L'Azienda USL di Ferrara presenta la maggiore disomogeneità distrettuale: i Distretti Ovest e Sud-Est si posizionano nel primo quintile inferiore con un ridotto numero di utenti, mentre il Distretto Centro-Nord nell'ultimo superiore con un elevato numero di utenti. Nell'Azienda USL di Ferrara pare presentarsi una contrapposizione tra Distretto urbano (intendendo la corrispondenza del Distretto con la città capoluogo di Provincia) e Distretti non urbani.

Commenti aziendali

Azienda USL di Ferrara

Nel valutare il numero di utenti seguiti nell'ambito delle gravidanze e nel settore ostetrico-ginecologico più in generale, bisogna tenere conto che tale indicatore non rileva l'attività prestata direttamente dai presidi ospedalieri che svolgono attività ambulatoriale di primo livello, né dai medici in libera professione, che vengono frequentemente interpellati per questo tipo di assistenza.

Il Distretto Centro-Nord presenta valori al di sopra dei livelli medi regionali in quanto l'Azienda ospedaliero-universitaria che insiste nel territorio non svolge attività ambulatoriale di primo livello, ma garantisce il secondo livello ostetrico come previsto nel "Percorso nascita".

Azienda USL di Bologna

Dai dati del Bilancio di missione 2008 risulta che nel 2007, sebbene il numero delle donne seguite dai Consultori familiari dell'Azienda (54.236 utenti) sia in diminuzione rispetto agli anni precedenti, la percentuale di donne seguite rispetto alla popolazione femminile di 15-64 anni (20,3%) resta superiore alla media regionale (15,5%) e risulta il valore più elevato in regione. Le utenti immigrate in carico sono il 18% (+4% rispetto al 2006) e le nuove utenti sono il 46% (+5% rispetto al 2006).

I Distretti Città di Bologna e di Porretta Terme si collocano nel quintile superiore e in particolare il Distretto Città di Bologna è quello con la più alta percentuale in regione. Va tuttavia precisato che sui Consultori familiari, specie su quelli cittadini, convergono anche residenti di Distretti limitrofi, che al momento non possono essere identificati dal sistema informativo.

I Distretti di Pianura ovest, San Lazzaro di Savena e Pianura est risultano invece al di sotto della media regionale, e quello di Casalecchio di Reno è nel secondo quintile inferiore, indicando un ridotto numero di utenti.

Azienda USL di Rimini

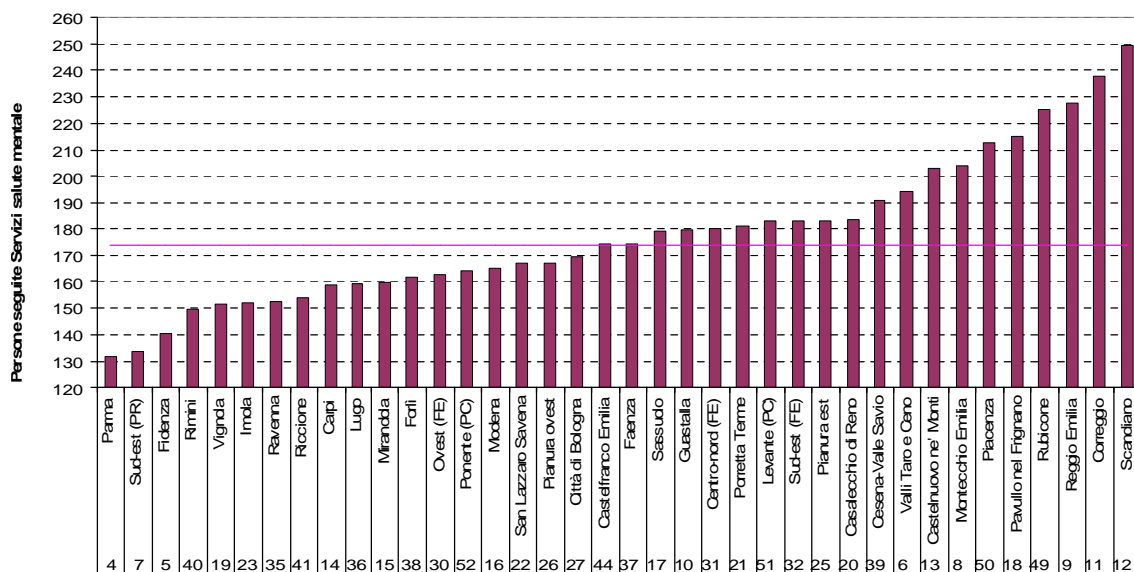
Nel complesso la media aziendale si attesta sui valori regionali. Scorporando i dati nei due Distretti, si conferma l'elemento storico relativo a un maggiore utilizzo dei Consultori familiari da parte delle donne del Distretto di Riccione rispetto a quello di Rimini. Tale dato va interpretato alla luce di un maggiore radicamento dei servizi territoriali, da sempre attivi nella zona sud, con presenza di medici a tempo pieno e facilità di accesso. A penalizzare i Consultori riminesi vi è la disponibilità di un'unica sede cittadina, che in una realtà ampia e complessa come quella di Rimini appare insufficiente (alcuni anni fa le sedi consultoriali nella città di Rimini erano tre).

3. Persone seguite dai Dipartimenti di salute mentale

Definizione	Tasso grezzo di persone seguite dai Dipartimenti di salute mentale	
Metodo di calcolo		
Numeratore	Numero di persone trattate dai Dipartimenti di salute mentale	* 10.000 abitanti
Denominatore	Popolazione residente (≥ 18 anni) nel Distretto	
Anno di riferimento	2008	
Fonte	Flusso Salute mentale - Regione Emilia-Romagna	
Valore di riferimento	Media regionale: 173,9	
Significato	Esprime l'attività del servizio pubblico psichiatrico in tutti i suoi ambiti (ambulatoriale, residenziale e ospedaliero)	
Validità e limiti	<p>Sono incluse tutte le persone adulte (≥ 18 anni), residenti e non, a cui è stata eseguita una prestazione indipendentemente dalla sede di erogazione - ambulatorio, domicilio, ospedale (in particolare Servizi psichiatrici di diagnosi e cura) - e dal luogo di residenza.</p> <p>Sono escluse le persone afferenti ai Servizi per le tossicodipendenze.</p> <p>La qualità del dato, rispetto al tasso di ospedalizzazione nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, è stata ritenuta più affidabile.</p>	

Nel 2008 in Emilia-Romagna circa 66.000 adulti sono stati trattati dai Dipartimenti di salute mentale; rispetto al 2007 tale dato si mantiene costante, mentre rispetto al 2004 (68.000 circa) risulta in calo, sebbene vada rilevato un andamento non lineare negli anni.

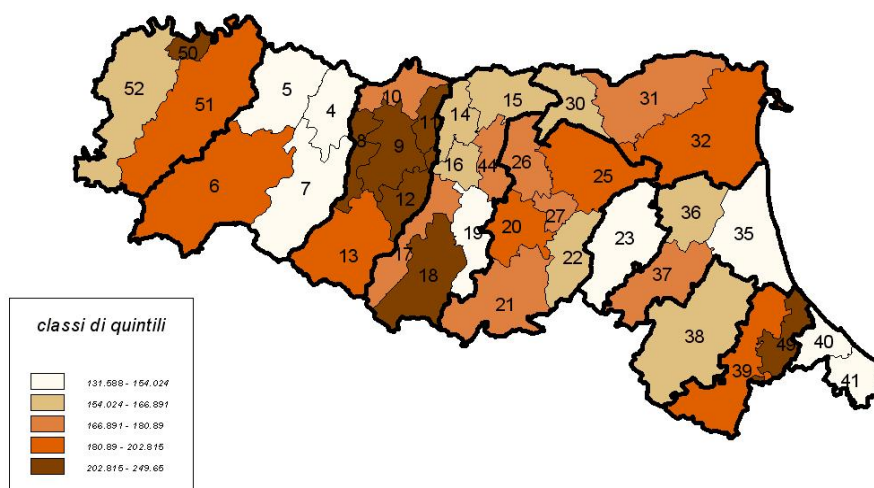
Figura 31. Tasso grezzo di persone seguite dai Dipartimenti di salute mentale * 10.000 abitanti. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

La media regionale risulta essere pari a circa 174 pazienti trattati dai Dipartimenti di salute mentale ogni 10.000 abitanti (≥ 18 anni); l'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Parma dell'omonima Azienda USL, pari a 131 persone, e il valore massimo del Distretto di Scandiano (Azienda USL di Reggio Emilia), pari a 250; il coefficiente di variazione è pari al 15,7%, indicando un comportamento dei Distretti moderatamente variabile.

Figura 32. Distribuzione del tasso grezzo di persone seguite dai DSM * 10.000 abitanti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



Nelle Aziende USL di Parma e di Reggio Emilia si riscontra una relativa omogeneità tra i rispettivi Distretti, seppure con direzione opposta: tre su quattro Distretti dell'Azienda USL di Parma si posizionano nel primo quintile inferiore, indicando un ridotto numero di persone trattate dai Dipartimenti di salute mentale, mentre quattro su sei Distretti dell'Azienda USL di Reggio Emilia si posizionano nell'ultimo quintile superiore, indicando un elevato numero di persone trattate.

In generale si rileva una prevalente disomogeneità tra i Distretti delle Aziende sanitarie.

Commenti aziendali

Azienda USL di Ferrara

La prevalenza degli utenti trattati è inferiore alla media regionale nel Distretto Ovest, mentre è superiore nel Distretto Sud-Est. Le motivazioni possono essere ricercate nel primo caso nella favorevole condizione socio-economica e nella collocazione geografica del Distretto, che rende possibile rivolgersi a strutture di altre province; nel secondo caso, nelle sfavorevoli condizioni socio-economiche e nell'elevata percentuale di anziani.

Azienda USL di Bologna

I Distretti aziendali si collocano in una fascia intermedia riguardo alla percentuale di persone trattate dal Centro di salute mentale. I Distretti di Casalecchio di Reno, Pianura est e Porretta Terme risultano essere al di sopra della media regionale, mentre quelli di Città di Bologna, Pianura ovest e San Lazzaro di Savena sono sensibilmente al di sotto.

È da ricordare che il Distretto Città di Bologna presenta nel 2007 il maggiore tasso in Azienda di ospedalizzazione per disciplina psichiatria e il più alto ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (TSO), mentre Porretta Terme ha il livello più basso di ricorso all'ospedale e tra i più bassi per il TSO. La bassa ospedalizzazione psichiatrica nel Distretto di Porretta Terme è da mettere in relazione con una carenza di offerta più che con un differente consumo di servizi territoriali vs ospedalieri.

Azienda USL di Rimini

A livello aziendale la quota di persone non residenti incide fortemente nella determinazione dell'indicatore; la differenza tra utenza residente e utenza totale che afferisce ai servizi è di 10 punti, 151,4 vs 160,2 * 10.000.

Dei 4.006 utenti in trattamento nel 2008, il 59,9% sono residenti nel Distretto di Rimini e il 34,7% nel Distretto di Riccione, mentre il restante 5,4% in altre Province. Le motivazioni alla base del ridotto numero di persone trattate nei due Distretti dell'Azienda USL di Rimini rispetto alla media regionale sono da imputarsi a più fattori:

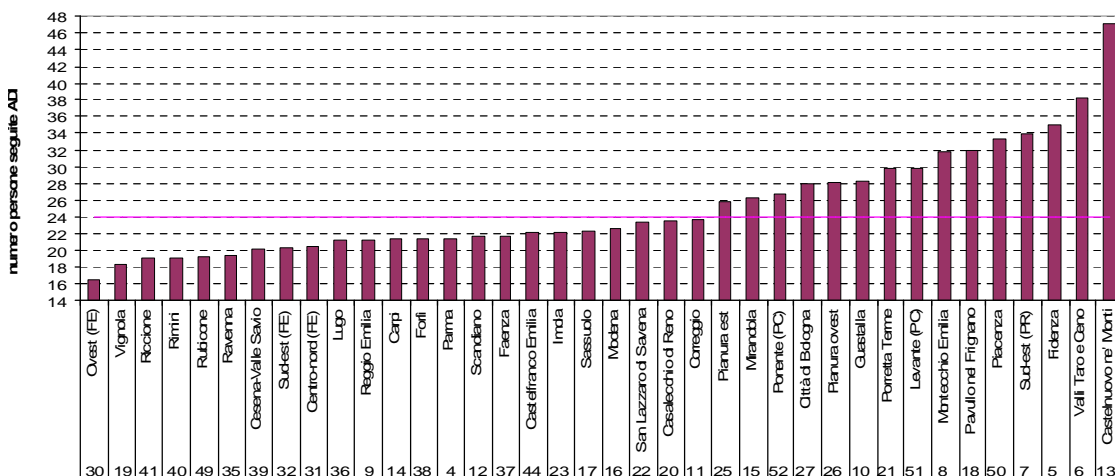
- esclusione nei flussi informativi dell'Azienda USL di Rimini degli utenti in trattamento presso servizi residenziali e semi-residenziali dedicati alla salute mentale;
- non inclusione dei dati riguardanti i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura;
- oggettiva differente risposta dei servizi.

4. Persone seguite in assistenza domiciliare integrata

Definizione	Tasso grezzo di persone seguite in assistenza domiciliare integrata (ADI)	
Metodo di calcolo		
Numeratore	Numero di persone seguite in assistenza domiciliare integrata	* 1.000 abitanti
Denominatore	Popolazione residente nel Distretto	
Anno di riferimento	2008	
Fonte	Flusso dell'Assistenza domiciliare integrata - Regione Emilia-Romagna	
Valore di riferimento	Media regionale: 24,01	
Significato	Esprime il livello di utilizzo del Servizio; l'ADI è uno dei pochi indicatori che consente di descrivere il sistema delle cure primarie (medici di medicina generale e infermieri)	
Validità e limiti	<p>Il flusso comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'assistenza domiciliare prestata dal MMG; • l'assistenza domiciliare infermieristica, riabilitativa e specialistica (es. dermatologica, cardiologica, oncologica, urologica, oculistica, otorinolaringoiatrica, pneumologica); • l'assistenza sociale di base per supporto nella cura della persona (es. deambulazione, alimentazione). <p>Il fatto che si tratti di un indicatore che esprime un totale grezzo e non standardizzato lo rende meno adatto al confronto.</p>	

In Emilia-Romagna, nel 2008 rispetto al 2007 si confermano in aumento gli assistiti al domicilio (85.000 vs 81.000), le persone prese in carico (103.000 vs 96.000) e gli accessi degli operatori nelle case degli assistiti (2.300.000 vs 2.200.000). Complessivamente risultano assistite circa 24 persone ogni 1.000 abitanti.

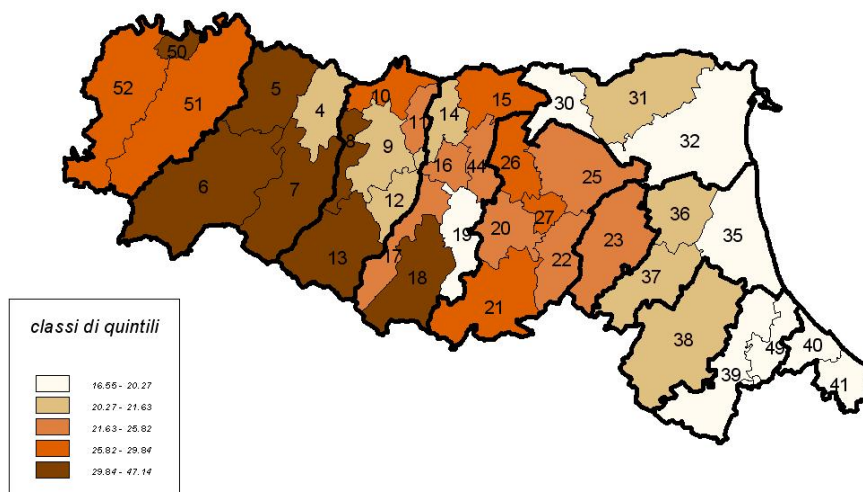
Figura 33. Tasso grezzo di persone seguite in assistenza domiciliare integrata * 1.000 residenti. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

La media regionale risulta essere pari a circa 24 persone seguite ogni 1.000; l'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto Ovest (Azienda USL di Ferrara), pari a circa 17 persone ogni 1.000, e il Distretto di Castelnuovo ne' Monti (Azienda USL di Reggio Emilia), pari a 47; il coefficiente di variazione è pari al 25,5%, indicando una elevata variabilità nel comportamento dei Distretti.

Figura 34. Distribuzione del tasso grezzo di persone seguite in assistenza domiciliare integrata * 1.000 residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



Dall'osservazione della mappa regionale si rilevano due aree sostanzialmente omogenee, corrispondenti all'Emilia e alla Romagna (con l'aggiunta dell'Azienda USL di Ferrara). Nell'area emiliana prevalgono i Distretti che si posizionano nelle classi superiori, indicando un alto numero di persone seguite in ADI; in quella romagnola prevalgono i Distretti che si posizionano nelle classi inferiori, indicando un basso numero di persone.

Commenti aziendali

Azienda USL di Ferrara

Per tutti e tre i Distretti si evidenzia un numero di persone seguite inferiore alla media regionale; le motivazioni sono rintracciabili nella:

- scelta dei casi e dei livelli di complessità assistenziale a favore di livelli di bassa intensità; rispetto al 2006, l'attivazione dei nuovi casi tende verso una maggiore omogeneità dei diversi livelli tra i Distretti;
- elevata offerta di posti letto in strutture residenziali.

Si evidenzia una disomogeneità di casi in carico tra i diversi Distretti, in particolare nei casi a maggiore intensità (livello 2 e 3). Per quanto riguarda gli assistiti dagli infermieri, prevale nel Distretto Sud-Est la tendenza all'apertura di contratti con il medico di medicina generale, mentre negli altri 2 Distretti molti pazienti sono in carico al solo infermiere, che opera in accordo con le prescrizioni del MMG senza che vi sia la sottoscrizione di un contratto.

Azienda USL di Bologna

I Distretti di Porretta Terme (circa 30 persone seguite per 1.000 residenti), Pianura ovest e Città di Bologna (circa 28) e Pianura est (circa 26) risultano al di sopra della media regionale (pari a 24), mentre Casalecchio di Reno e San Lazzaro di Savena ne sono leggermente al di sotto. Prendendo in considerazione le tipologie di assistenza domiciliare, il Distretto di Porretta Terme presenta la maggiore copertura infermieristica e un'elevata copertura per ADI 1-2-3 e ADR, ma non ha ANT. I Distretti Città di Bologna, Casalecchio di Reno e Pianura est hanno un'elevata copertura per ADP. Il Distretto Città di Bologna ha la più alta copertura di ANT, San Lazzaro di ADR. Dopo il Distretto di Porretta Terme, i Distretti Città di Bologna e Pianura ovest presentano la maggiore copertura per ADI infermieristica.

All'interno del Distretto di Casalecchio è stata rilevata la minore copertura in Azienda per ADI infermieristica; si ipotizza che potrebbe risentire di un'organizzazione fondata sulla presenza di uno specialista geriatra nel territorio, che valuta insieme al medico di famiglia e agli infermieri l'attivazione di un programma di assistenza domiciliare di tipo ADI. L'analisi ha anche considerato:

- l'offerta di posti semi-residenziali (superiore alla media aziendale);
- l'offerta di posti residenziali (inferiore alla media aziendale);
- il numero medio di accessi infermieristici per pazienti in carico (inferiore alla media aziendale);
- la spesa per assistenza protesica e l'erogazione di assegni di cura (superiori alla media aziendale).

Azienda USL di Rimini

La comparazione dei dati del 2008 con quelli degli anni precedenti permette di evidenziare l'aumento costante dell'utilizzo di questa tipologia di assistenza da parte dei residenti, in modo abbastanza uniforme fra i due Distretti. Il livello di intensità assistenziale maggiormente utilizzato è rappresentato dalla "media intensità assistenziale" (livello 2), determinato da patologie acute o cronico-degenerative in fase di riacutizzazione o in fase progressivamente evolutiva, spesso presenti anche in fase di dimissione ospedaliera protetta. L'analisi dei dati evidenzia come la maggioranza della popolazione seguita in assistenza domiciliare sia costituita da persone di età >75 anni; si registrano inoltre due picchi: uno nella fascia di età 80-90 anni e l'altro nella fascia di età 45-59 anni.

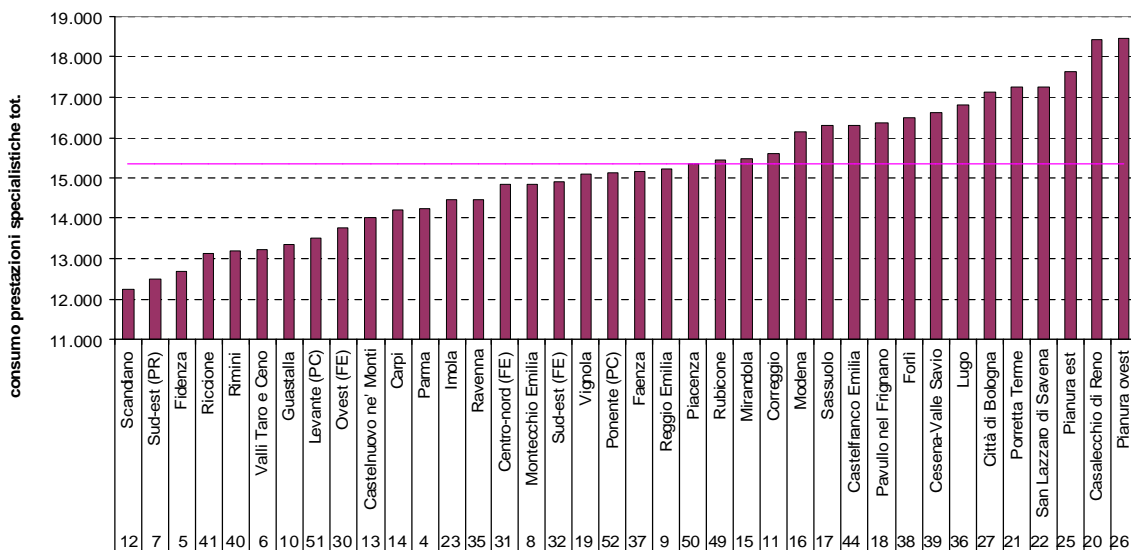
Permane nel flusso dei dati, come per gli anni precedenti, un numero considerevole di tipologie di assistenza domiciliare classificate come "non definibili" dovute alla presenza di numerose prestazioni occasionali, che determinano con molta probabilità il fatto che il numero delle persone in assistenza domiciliare integrata sia lievemente al di sotto della media regionale.

5. Consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali

Definizione	Indice di consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali, standardizzato per età	
Metodo di calcolo		
Numeratore	Numero di prestazioni ambulatoriali consumate dai residenti nel Distretto	* 1.000 residenti
Denominatore	Popolazione residente nel Distretto	
Anno di riferimento	2008	
Fonte	Flusso Assistenza specialistica ambulatoriale - Regione Emilia-Romagna	
Valore di riferimento	Media regionale prestazioni totali: 15.329 Media regionale diagnostica: 1.429 Media regionale visite: 1.442	
Significato	Esprime il livello di utilizzo del servizio da parte dei residenti nel Distretto	
Validità e limiti	Le prestazioni sono quelle erogate a carico del SSN a favore della popolazione residente in tutte le strutture pubbliche e private italiane (sono inclusi i dati di mobilità passiva extraregionale). Sono escluse le prestazioni erogate dal Pronto soccorso o quelle la cui modalità di accesso corrisponde a "Pronto soccorso non seguito da ricovero".	
Variabili classificazione	Sotto-categorie: diagnostica e visite	

Dal 2003 al 2008 l'Emilia-Romagna è passata da 60 a 75 milioni di prestazioni specialistiche all'anno, ponendosi quale Regione che eroga il maggior numero di prestazioni in tutto il Paese. La percentuale maggiore è rappresentata dal laboratorio, circa il 73% sul totale, a cui seguono le visite e la diagnostica, rispettivamente l'11,5% e il 10%; si tratta di percentuali che si sono mantenute stabili rispetto al 2007.

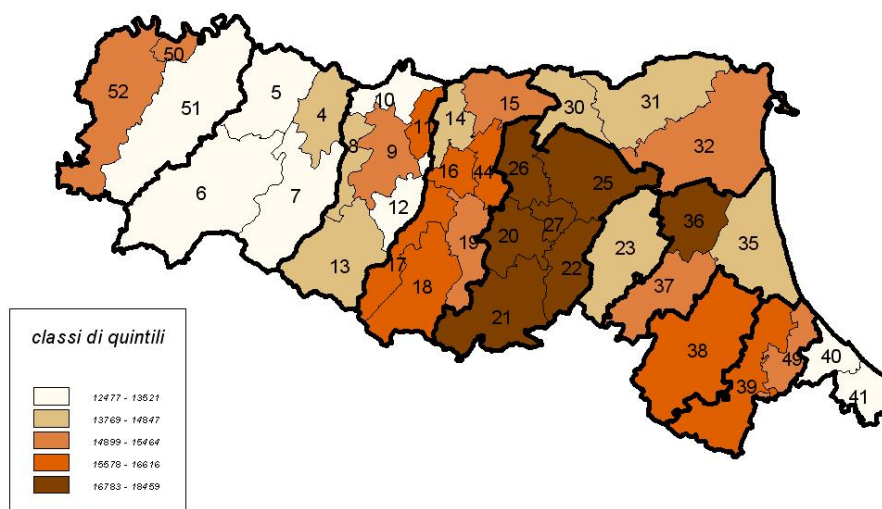
Figura 35. Indice di consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali, standardizzato per età * 1.000 residenti. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

La media regionale risulta essere pari a circa 15.300 prestazioni consumate ogni 1.000 abitanti residenti; l'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Scandiano (Azienda USL di Reggio Emilia), pari a 12.200 prestazioni, e il valore massimo del Distretto di Pianura ovest (Azienda USL di Bologna), pari a 18.400; il coefficiente di variazione è pari al 10,7%, indicando una bassa variabilità nel comportamento dei Distretti.

Figura 36. Distribuzione dell'indice di consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali, standardizzato per età * 1.000 residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



L'Azienda USL di Bologna presenta la maggiore omogeneità tra i Distretti, che si posizionano tutti nell'ultima classe superiore; l'Azienda USL di Reggio Emilia presenta la maggiore disomogeneità.

Si evidenzia un'area di omogeneità interaziendale: il Distretto di Levante dell'Azienda USL di Piacenza e i Distretti di Fidenza, Valli Taro e Ceno e Sud-Est dell'Azienda USL di Parma si posizionano tutti nel primo quintile inferiore.

Commenti aziendali

Azienda USL di Bologna

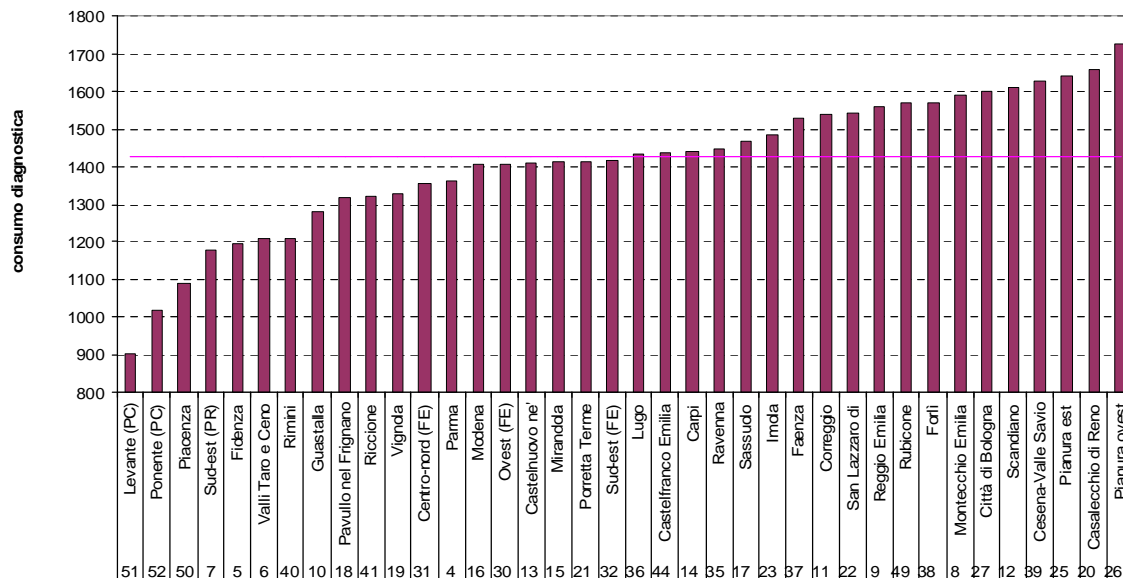
I dati sopra riportati collocano tutti i Distretti nel quintile superiore, con i tassi più elevati nei Distretti Pianura ovest, Casalecchio di Reno e Pianura est.

Azienda USL di Rimini

Entrambi i Distretti dell'Azienda USL di Rimini mostrano livelli di consumo delle prestazioni specialistiche tra i più bassi della Regione in termini sia di quantità assolute, sia di andamento dei tassi standardizzati che, come tali, non risentono dell'influenza della diversa composizione delle popolazioni poste a confronto e che, come nel caso dei dati qui presentati, tengono conto anche delle prestazioni consumate dai residenti anche al di fuori della propria Azienda o Regione.

5.1. Consumo di prestazioni di diagnostica

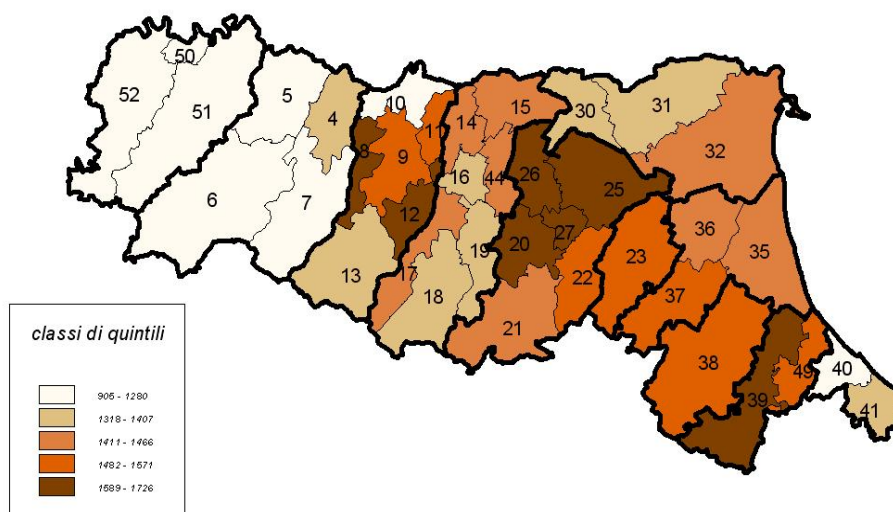
Figura 37. Indice di consumo di prestazioni di diagnostica, standardizzato per età * 1.000 residenti. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

La media regionale risulta essere pari a circa 1.430 prestazioni di diagnostica consumate ogni 1.000 abitanti; l'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Levante (Azienda USL di Piacenza), pari a 900 prestazioni ogni 1.000 abitanti, e il valore massimo del Distretto di Pianura ovest (Azienda USL di Bologna), pari a 1.700. Quest'ultimo Distretto presenta anche il maggiore tasso di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali totali. Il coefficiente di variazione è pari al 13%, indicando una moderata variabilità nel comportamento dei Distretti.

Figura 38. Distribuzione dell'indice di consumo di prestazioni di diagnostica, standardizzato per età * 1.000 residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



Si rileva la situazione precedentemente descritta per il consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali, con alcune differenze:

- le disomogeneità tra i Distretti dell'Azienda USL di Reggio Emilia aumentano;
- si riduce il numero di Distretti dell'Azienda USL di Bologna che si posizionano nell'ultimo quintile superiore, da 6 a 4. Tale Azienda si conferma tuttavia quella in cui si registra il maggiore consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia totali che di diagnostica;
- si amplia l'area di omogeneità interaziendale per il consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali, coinvolgendo tutti e tre i Distretti dell'Azienda USL di Piacenza;
- emerge un'altra area di omogeneità interaziendale che comprende i Distretti di San Lazzaro di Savena (Azienda USL di Bologna), di Imola dell'omonima Azienda USL, di Faenza (Azienda USL di Ravenna) e di Forlì dell'omonima Azienda USL, i quali si posizionano tutti nel penultimo quintile superiore.

Commenti aziendali

Azienda USL di Bologna

Quattro Distretti (Pianura ovest, Casalecchio di Reno, Pianura est e Città di Bologna) si collocano nel quintile superiore, presentando i tassi di consumo più elevati in Regione. Dall'analisi della percentuale di fuga, i Distretti Pianura est e Pianura ovest presentano il valore più elevato.

Sebbene sia sensibilmente al di sotto della media regionale, il Distretto di Porretta Terme è quello con il minore consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica strumentale. Tale comportamento può essere associato a:

- minore disponibilità di attrezzature diagnostiche ad alto costo, in particolare per quanto riguarda il consumo di risonanza magnetica nucleare (assente nel territorio);
- preferenza della popolazione residente nel Distretto ad evitare spostamenti non necessari in altri territori in considerazione delle caratteristiche geo-morfologiche della zona (montagna), come evidenzia l'alto indice di dipendenza della popolazione dalle strutture del proprio territorio;
- accessibilità alle strutture ospedaliere in termini di distanza, come dimostrano le differenze riscontrabili tra i diversi Nuclei di cure primarie nel ricorso alle prestazioni diagnostiche.

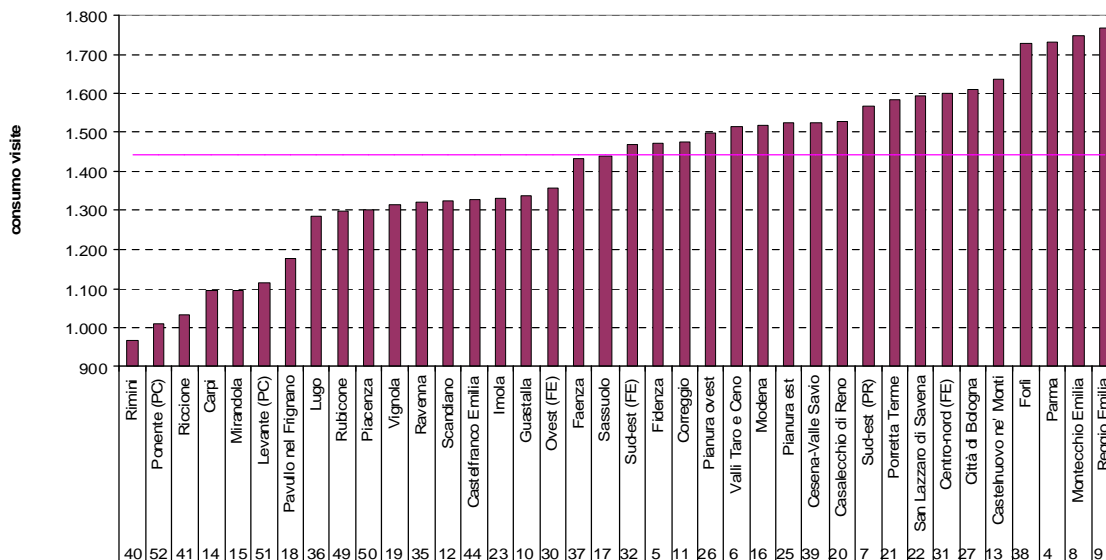
A conferma di quanto sostenuto si rileva che nel 2007 il Distretto di Porretta Terme presenta il più alto tasso di ospedalizzazione e di ricorso al Pronto soccorso e il minore numero di accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero. Infine, i cittadini residenti nel Distretto presentano un alto utilizzo delle risorse presenti nel livello domiciliare.

Azienda USL di Rimini

Entrambi i Distretti presentano valori al di sotto della media regionale. In particolare, il Distretto di Rimini, rispetto a quello di Riccione, registra valori che si collocano nella classe quintile più bassa, compresa tra 905 e 1.280 prestazioni specialistiche di diagnostica consumate per 1.000 residenti, mentre il Distretto di Riccione, pur rimanendo comunque al di sotto dei valori medi regionali, si colloca nella classe quintile superiore, compresa tra 1.318 e 1.407 prestazioni specialistiche di diagnostica per 1.000 residenti.

5.2. Consumo di visite

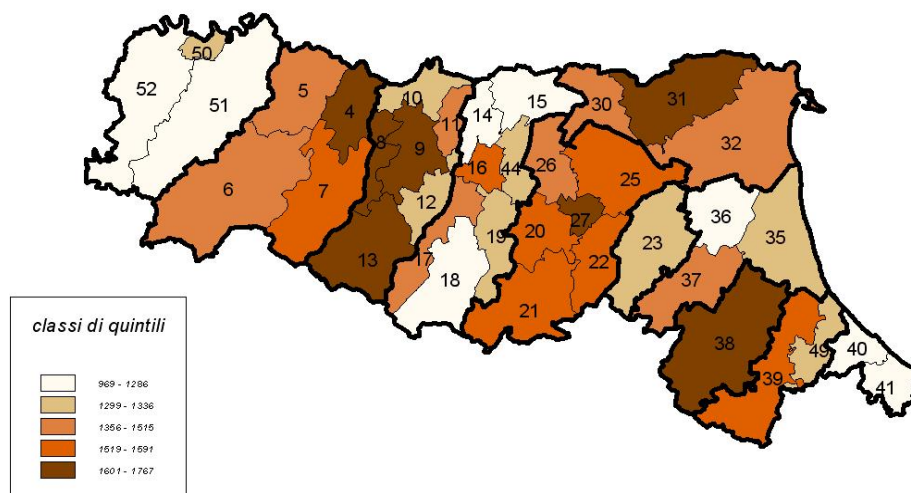
Figura 39. Indice di consumo di visite, standardizzato per età, * 1.000 residenti. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

La media regionale risulta essere pari a 1.440 visite consumate ogni 1.000 abitanti; l'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Rimini dell'omonima Azienda, pari a 970 visite, e il valore massimo del Distretto di Reggio Emilia dell'omonima Azienda, pari a circa 1.800 visite. Il coefficiente di variazione è pari al 15,1%, indicando una moderata variabilità nel comportamento dei Distretti.

Figura 40. Distribuzione dell'indice di consumo di visite, standardizzato per età, * 1.000 residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



Il consumo di visite presenta tratti differenti rispetto al consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali totali e di diagnostica:

- l'Azienda USL con il maggiore consumo di visite (maggiore numero di Distretti posizionati nella classe superiore) risulta essere Reggio Emilia, e non più Bologna;
- l'Azienda USL con il minore consumo di visite (maggiore numero di Distretti posizionati nella classe inferiore) risulta essere Piacenza, e non più Parma.

Commenti aziendali

Azienda USL di Bologna

Il tasso standardizzato di consumo di visite è superiore alla media regionale in tutti i Distretti aziendali; in particolare il Distretto Città di Bologna si colloca nel quintile superiore; la percentuale di fuga è inferiore alla media regionale in tutti i Distretti.

Azienda USL di Rimini

Entrambi i Distretti presentano valori del tasso di consumo di visite tra i più bassi in Regione e compresi all'interno della classe più bassa, 969-1.286 visite consumate per 1.000 residenti. Anche se con variazioni veramente esigue, il Distretto di Riccione ha valori leggermente superiori a quelli di Rimini a conferma di una tendenza di questo Distretto a maggiori consumi, anche se contenuti sempre entro la media regionale, che risultano essere più evidenti nel caso delle prestazioni diagnostiche.

6. Tempi di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali programmabili

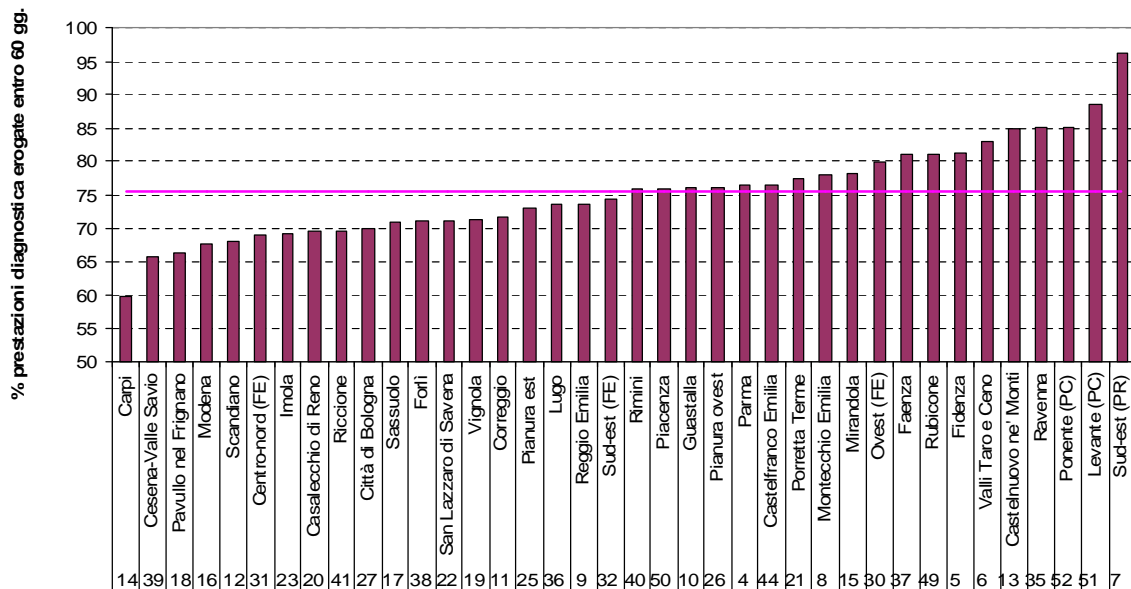
Definizione	Percentuale di prestazioni di diagnostica/visite effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione	
Metodo di calcolo		
Numeratore	Numero di prestazioni di diagnostica o di visite erogate ai residenti entro 60 giorni dalla data di prenotazione	* 100
Denominatore	Totale prestazioni di diagnostica o di visite erogate	
Anno di riferimento	2008	
Fonte	Flusso Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA) - Regione Emilia-Romagna	
Valore di riferimento	Media regionale diagnostica: 75,32% Media regionale visite: 74,53%	
Significato	Esprime l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni specialistiche	
Validità e limiti	<p>I tempi di attesa sono calcolati secondo la data di prenotazione riportata sul tracciato del flusso ASA.</p> <p>Sono escluse le prestazioni di diagnostica e le visite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con modalità di accesso Pronto soccorso non seguito da ricovero e Osservazione breve intensiva; • effettuate nel giorno della prenotazione. 	

Nel 2008 in Emilia-Romagna il 75% delle prestazioni specialistiche sono state effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione.

La garanzia del rispetto dei tempi di attesa è assegnata all'ambito distrettuale; solo per alcune prestazioni la garanzia riguarda l'ambito aziendale. Nel 2006 la Regione ha approvato il Piano per il contenimento delle liste d'attesa, e nel 2009 è intervenuta nuovamente in materia, rafforzando l'intervento. Nel presente studio viene preso in considerazione il totale delle prestazioni erogate e non solo quelle oggetto di monitoraggio da parte della Regione.

6.1. Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica

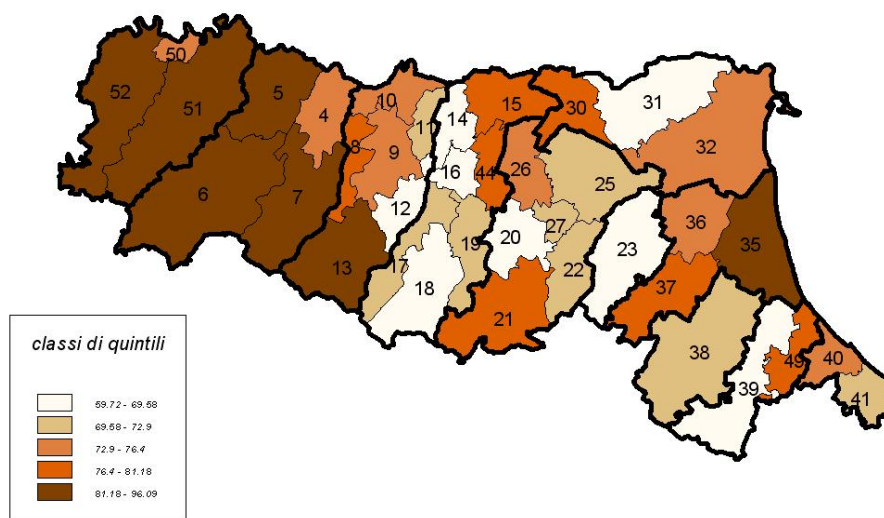
Figura 41. Percentuale di prestazioni di diagnostica effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

La media regionale risulta essere pari al 75% circa di prestazioni di diagnostica effettuate entro 60 giorni dalla prenotazione; l'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Carpi (Azienda USL di Modena), pari al 60%, e il valore massimo del Distretto Sud-Est (Azienda USL di Parma), pari al 96%; il coefficiente di variazione è pari al 9,5%, indicando una bassa variabilità nel comportamento dei Distretti.

Figura 42. Distribuzione delle percentuali di prestazioni di diagnostica effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



Dal confronto con la mappa relativa al consumo di diagnostica si osserva che i Distretti con i più bassi consumi sono quelli con la più alta percentuale di prestazioni programmabili di diagnostica effettuate entro 60 giorni: ad esempio, i Distretti dell'Azienda USL di Piacenza e di Parma.

Tale relazione pare essere confermata anche dalla controverifica. Difatti, si osserva che i Distretti con i più alti consumi sono quelli con la minore percentuale di prestazioni diagnostiche erogate entro 60 giorni: ad esempio, i Distretti di Scandiano dell'Azienda USL di Reggio Emilia, di Casalecchio di Reno dell'Azienda USL di Bologna, di Imola e di Cesena, delle rispettive omonime Aziende.

Tuttavia, per alcuni Distretti tale relazione pare non valere: ad esempio, i Distretti di Modena dell'omonima Azienda e Centro-Nord dell'Azienda USL di Ferrara. Si ritiene opportuno precisare che i due Distretti citati corrispondono a città capoluogo di Provincia, e pertanto possono presentare delle peculiarità. Osservando i Distretti coincidenti con città capoluogo di Provincia, si rileva infatti che, a parte Ravenna, tutti presentano un ridotto numero di prestazioni erogate entro 60 giorni, indipendentemente dal consumo che in generale si mantiene alto.

Commenti aziendali

Azienda USL di Bologna

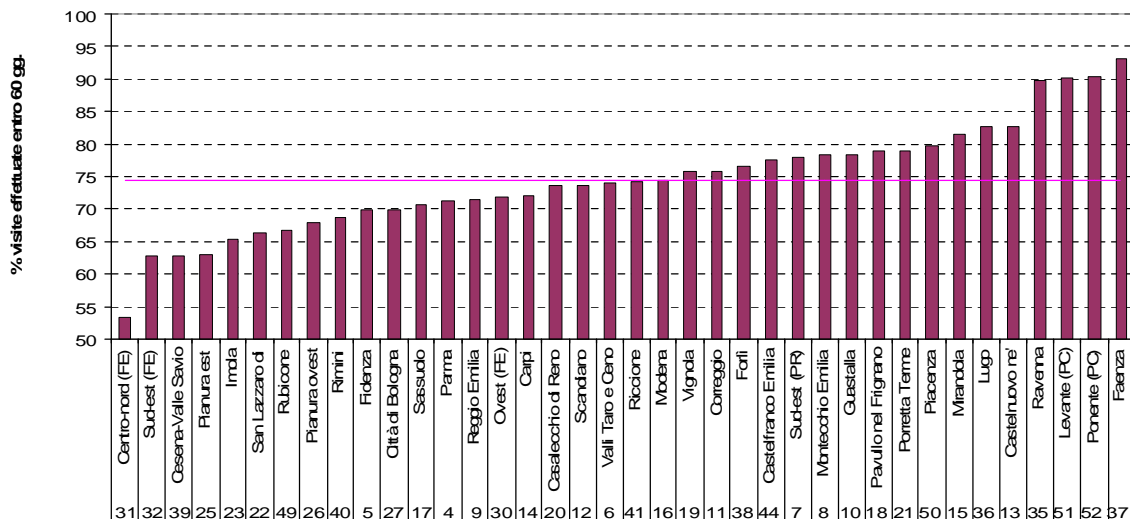
La percentuale di prestazioni di diagnostica erogate entro 60 giorni è inferiore allo standard dell'80% in tutti i Distretti aziendali. Il Distretto di Casalecchio si colloca nel quintile inferiore, con una percentuale intorno al 70%, mentre la percentuale superiore in Azienda si trova nel Distretto di Porretta Terme (78% circa). Si rileva che dal 2007 al 2008 la percentuale media aziendale si è ridotta dal 75,7% al 72,7%.

Azienda USL di Rimini

Il Distretto di Rimini, a differenza di quello di Riccione, risulta allineato con il valore medio regionale, 75,77% vs 75,32%. Il Distretto di Riccione si colloca nel quintile inferiore, compreso tra il 69,58% e il 72,9%.

6.2. Tempi di attesa per visite

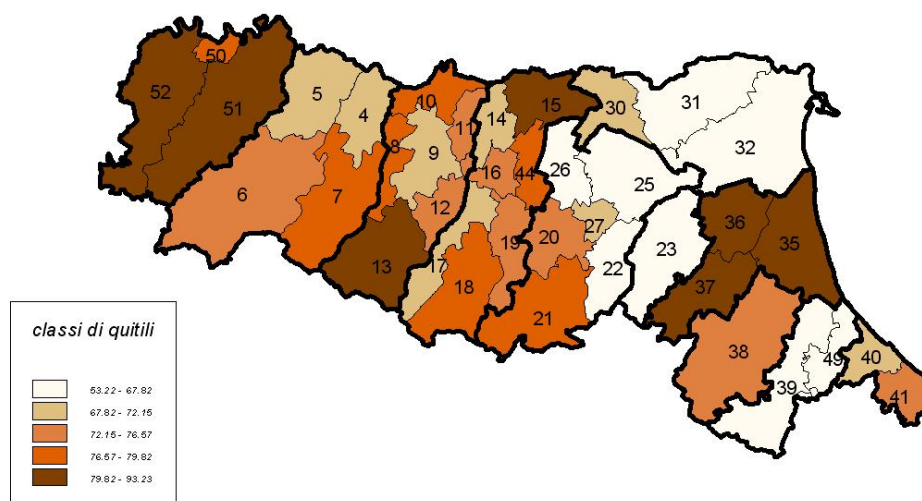
Figura 43. Percentuale di visite effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

La media regionale risulta essere pari al 74% circa di visite effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione, una percentuale simile a quella relativa alla diagnostica. L'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto Centro-Nord dell'Azienda USL di Ferrara, pari al 53%, e il valore massimo del Distretto di Faenza dell'Azienda USL di Ravenna, pari al 93%. Il coefficiente di variazione è pari al 11,3%, indicando una moderata variabilità nel comportamento dei Distretti.

Figura 44. Distribuzione della percentuale di visite effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



Dal confronto con la mappa relativa al consumo di visite si osserva la medesima relazione riscontrata per la diagnostica: minore è il consumo di visite e maggiore è la percentuale di visite effettuate entro i 60 giorni: ad esempio i Distretti dell'Azienda USL di Piacenza e, in misura minore, i Distretti dell'Azienda USL di Ravenna. Tale relazione pare essere evidente anche nel caso contrario: i Distretti con i maggiori consumi di visite presentano le minori percentuali di prestazioni effettuate entro 60 giorni.

Come per la diagnostica, alcuni Distretti paiono non confermare tale relazione: i Distretti Valli Taro e Ceno e Sud-Est (Azienda USL di Parma) e Castelnuovo ne' Monti (Azienda USL di Reggio Emilia) si posizionano nella medesima classe per consumi e tempi di attesa.

Con riferimento ai Distretti urbani si conferma quanto osservato per la diagnostica: questi si posizionano nelle classi inferiori, indicando una bassa percentuale di visite erogate entro 60 giorni, ad eccezione del Distretto di Ravenna dell'omonima Azienda.

Commenti aziendali

Azienda USL di Bologna

La percentuale di visite erogate entro 60 giorni è inferiore all'80% in tutti i Distretti aziendali; i Distretti di Pianura est, San Lazzaro di Savena e Pianura ovest si collocano nel quintile inferiore con una percentuale inferiore al 68%. Per le visite, il Distretto di Porretta Terme presenta la percentuale superiore in Azienda, intorno al 79%. La percentuale aziendale del 2008 è pari al 72,21%, lievemente superiore a quella regionale (71,71%) e a quella aziendale del 2007 (71,79%).

Azienda USL di Rimini

Sia il Distretto di Rimini che quello di Riccione sono al di sotto della media regionale, rispettivamente 68,73% e 74,2% vs 74,53%.

La situazione tra i due Distretti si presenta opposta rispetto alla diagnostica: i migliori tempi di attesa si riscontrano nel Distretto di Riccione rispetto a quello di Rimini, pur rimanendo nel complesso entro i quintili osservati per la diagnostica.

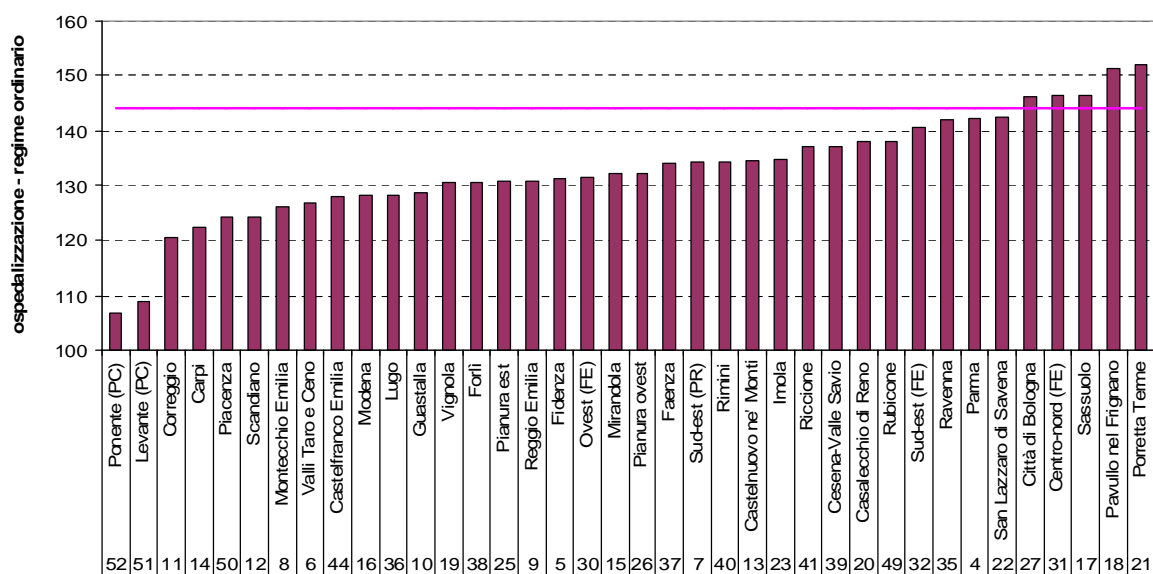
7. Consumo di ricoveri ospedalieri

Definizione	Tasso di ospedalizzazione in regime ordinario, standardizzato per età	
Metodo di calcolo		
Numeratore	Ricoveri consumati dai residenti nel Distretto	* 1.000 residenti
Denominatore	Popolazione residente nel Distretto	
Anno di riferimento	2008	
Fonte	Flusso Scheda di dimissione ospedaliera - Regione Emilia-Romagna	
Valore di riferimento	Obiettivo nazionale: <144 Media regionale: 134,31	
Significato	Esprime il livello di utilizzo delle strutture ospedaliere da parte della popolazione residente nel Distretto	
Validità e limiti	<p>I ricoveri sono quelli erogati a carico del SSN a favore della popolazione residente in tutte le strutture pubbliche e private italiane (sono inclusi i dati di mobilità passiva extraregionale).</p> <p>È stato utilizzato il tasso standardizzato di ospedalizzazione riferito al regime ordinario in considerazione del ridotto carico di attività che il regime <i>day hospital</i> comporta per le strutture ospedaliere: nel 2008 il tasso standardizzato di ospedalizzazione per il regime ordinario era pari a circa 134‰, per il <i>day hospital</i> a circa 44‰.</p>	

Nel 2008 in Emilia-Romagna il tasso standardizzato di ospedalizzazione totale è stato pari a circa 178 ricoveri per 1.000 abitanti residenti, suddivisi in 134 ricoveri per il regime ordinario e 44 per il regime di *day hospital*. Rispetto al 2007 è stato registrato un calo dei ricoveri: maggiore per gli ordinari (da 138 a 134) e minore per i *day hospital* (da 45 a 44).

Può ritenersi conseguito l'obiettivo nazionale (Conferenza Stato-Regioni, 23 marzo 2005) relativo al non superamento dei 144 ricoveri per il regime ordinario e al raggiungimento dei 36 ricoveri per i *day hospital* ogni 1.000 abitanti residenti, per un tasso di ospedalizzazione totale non superiore ai 180 ricoveri per 1.000 abitanti residenti.

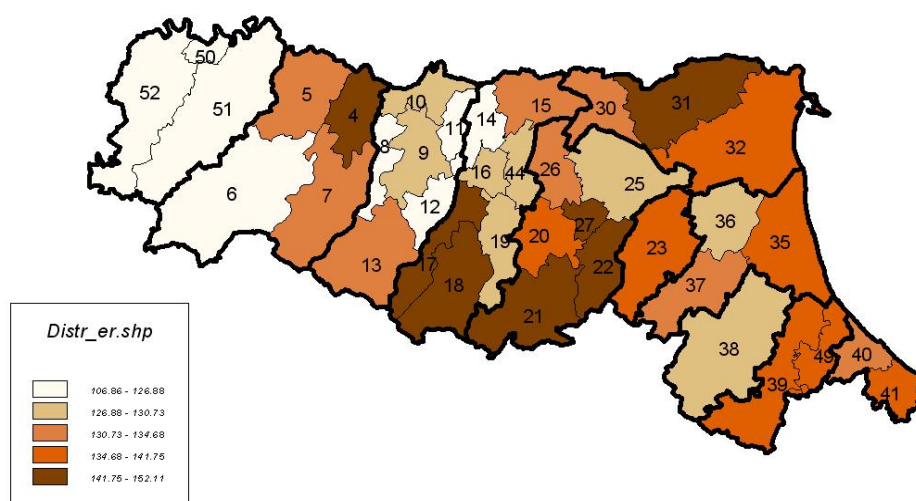
Figura 45. Tasso di ospedalizzazione ordinario, standardizzato per età, * 1.000 residenti. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

L'87% circa dei Distretti ha raggiunto l'obiettivo nazionale di contenimento dei ricoveri ospedalieri ordinari entro il valore di 144 ricoveri ordinari per 1.000 residenti; l'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Ponente (Azienda USL di Piacenza), pari a 107 ricoveri, e il valore massimo del Distretto di Porretta Terme (Azienda USL di Bologna), pari a 152. Il coefficiente di variazione è pari al 7,3%, indicando un comportamento dei Distretti sostanzialmente uniforme.

Figura 46. Distribuzione del tasso di ospedalizzazione ordinario, standardizzato per età, * 1.000 residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



Si osserva una rilevante omogeneità tra i Distretti dell'Azienda USL di Piacenza, che si posizionano nella classe quintile inferiore, indicando un ridotto consumo di ricoveri ospedalieri ordinari. L'Azienda USL di Bologna presenta il maggiore numero di Distretti (50%) posizionati nella classe quintile superiore, indicando un alto consumo di ricoveri ospedalieri ordinari.

Analizzando i Distretti per caratteristiche altimetriche, si rileva che i maggiori consumatori di ricoveri sono quelli di montagna e di pianura (nello specifico "cittadini"): ad esempio, i Distretti di Parma, Città di Bologna, Centro-Nord (FE), Sassuolo, Pavullo nel Frignano, Porretta Terme.

Commenti aziendali

Azienda USL di Bologna

Tre Distretti (Porretta Terme, Città di Bologna e San Lazzaro di Savena) si trovano nel quintile superiore; il Distretto di Porretta Terme presenta addirittura il tasso più elevato in Regione, 152‰ vs 134,31‰ (media regionale). Tra l'altro, questi Distretti presentano i tassi di ospedalizzazione più alti anche se si considerano i ricoveri totali (ordinario e *day hospital*).

Nel 2008 il tasso aziendale di ospedalizzazione standardizzato in regime ordinario resta superiore a quello regionale e appare in lieve aumento rispetto al 2007, a fronte di un *trend* in netta riduzione negli anni precedenti.

Il Distretto di Pianura ovest presenta un tasso standardizzato di ospedalizzazione inferiore rispetto alla media regionale. Alcune ipotesi di spiegazione del comportamento rilevato sono rintracciabili nel maggiore consumo di risorse sul versante territoriale (prestazioni specialistiche e farmaceutiche) e nella possibilità di trovare risposte all'interno delle strutture di medicina generale: MMG in associazione, centri di medicina generale, Nuclei di cure primarie avanzati, apertura degli ambulatori di continuità assistenziale nel giorno di sabato.

Azienda USL di Rimini

I tassi dei Distretti di Rimini e di Riccione sono sensibilmente inferiori o - viceversa - superiori alla media regionale. Pertanto, si rileva un sostanziale allineamento rispetto alla Regione. Confrontandoli con i Distretti dell'Area vasta Romagna, i due Distretti presentano una posizione mediana rispetto alle posizioni laterali rappresentate, da una parte, dai Distretti di Lugo, Forlì e Faenza, e dall'altra, dai Distretti di Cesena-Valle Savio, Rubicone e Ravenna.

I valori registrati dai due Distretti dell'Azienda USL di Rimini indicano:

- a livello aziendale, un consumo di ricoveri ospedalieri sostanzialmente allineato alla media regionale;
- a livello di Area vasta, un consumo di ricoveri sostanzialmente differente.

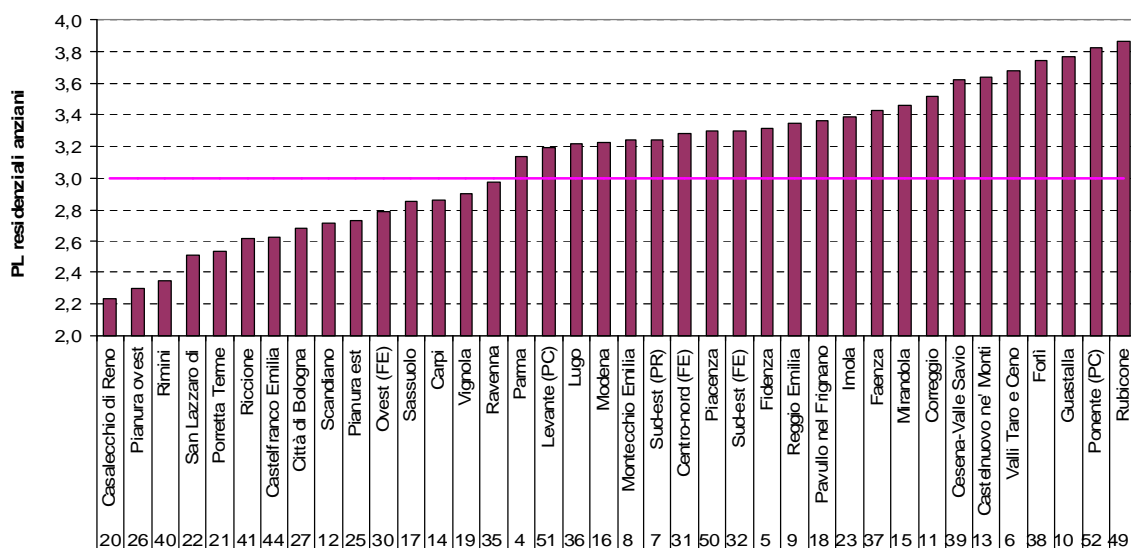
8. Posti letto per anziani in strutture residenziali

Definizione	Indice dei posti letto disponibili per gli anziani in strutture residenziali	
Metodo di calcolo		
Numeratore	N. di posti letto destinati ad anziani (≥ 75 anni) in strutture residenziali	* 100 anziani residenti
Denominatore	Popolazione residente (≥ 75 anni) nel Distretto	
Anno di riferimento	2007	
Fonte	Flusso "Puglioli"- Regione Emilia-Romagna	
Valore di riferimento	Obiettivo regionale: $\geq 3\%$ Media regionale: 3,1%	
Significato	Esprime la capacità di offerta del sistema pubblico nei confronti della popolazione anziana residente nel Distretto	
Validità e limiti	<p>Le strutture residenziali incluse sono le residenze sanitarie assistenziali e le case protette convenzionate con l'Azienda USL.</p> <p>L'indicatore presente nelle Linee guida del Bilancio di missione forniva il dato calcolato su 1.000 abitanti; in questo studio il dato è stato calcolato su 100, al fine di allineare l'unità di misura all'obiettivo regionale.</p> <p>Si è ritenuto opportuno utilizzare solo il dato riferito alle strutture residenziali, escludendo le strutture semi-residenziali in considerazione dell'inferiore peso di queste ultime nell'offerta complessiva.</p>	

Il riequilibrio della rete storica di offerta di posti in strutture residenziali e semi-residenziali per anziani e disabili all'interno dei vari territori distrettuali costituisce uno degli obiettivi del Fondo regionale per la non autosufficienza. In particolare, per le strutture residenziali viene stabilito l'obiettivo minimo del 3% di posti letto residenziali per anziani (≥ 75 anni). Nel 2007 in Emilia-Romagna l'offerta di posti letto in strutture residenziali era pari al 3,1%.

Con riferimento all'indicatore presente nelle Linee guida del Bilancio di missione, nel 2007 in Emilia-Romagna il numero di posti letto nelle strutture residenziali era pari al 3,5‰, quello relativo alle strutture semi-residenziali era pari allo 0,6‰.

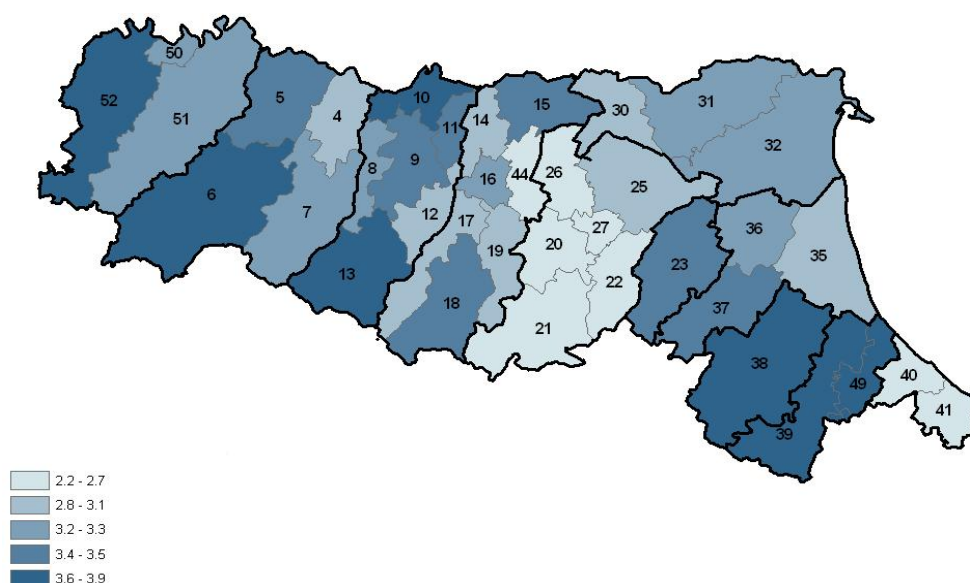
Figura 47. Indice di posti letto disponibili per gli anziani residenti (≥ 75 anni) in strutture residenziali * 100 anziani residenti. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2007



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

Il 61% dei Distretti risulta avere raggiunto l'obiettivo regionale, pari al 3% dell'offerta di posti letto in strutture residenziali per anziani (≥ 75 anni); l'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Casalecchio di Reno (Azienda USL di Bologna), pari al 2,2%, e il valore massimo del Distretto Rubicone (Azienda USL di Cesena), pari al 3,9%. Il coefficiente di variazione è pari al 14,4%, indicando una moderata variabilità nel comportamento dei Distretti.

Figura 48. Distribuzione dell'indice di posti letto disponibili per gli anziani residenti (≥ 75 anni) in strutture residenziali * 100 anziani residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2007



L'Azienda USL di Bologna presenta il più elevato numero di Distretti posizionati nel primo quintile inferiore, indicando una ridotta offerta. Le Aziende USL di Cesena e di Forlì presentano tutti i Distretti posizionati nell'ultimo quintile superiore, indicando un'elevata offerta.

In generale, si rileva una condizione di disomogeneità tra i vari Distretti, con una tendenza al posizionamento nei quintili inferiori, indicando una bassa offerta.

Commenti aziendali

Azienda USL di Bologna

L'offerta appare inferiore alla media regionale in tutti i Distretti, con ben cinque di essi nel quintile inferiore (<2,7%). Nel 2008, la copertura aziendale di posti letto in residenze sanitarie assistenziali e in case protette è inferiore a quella regionale, con una forte disomogeneità tra i Distretti.

Azienda USL di Rimini

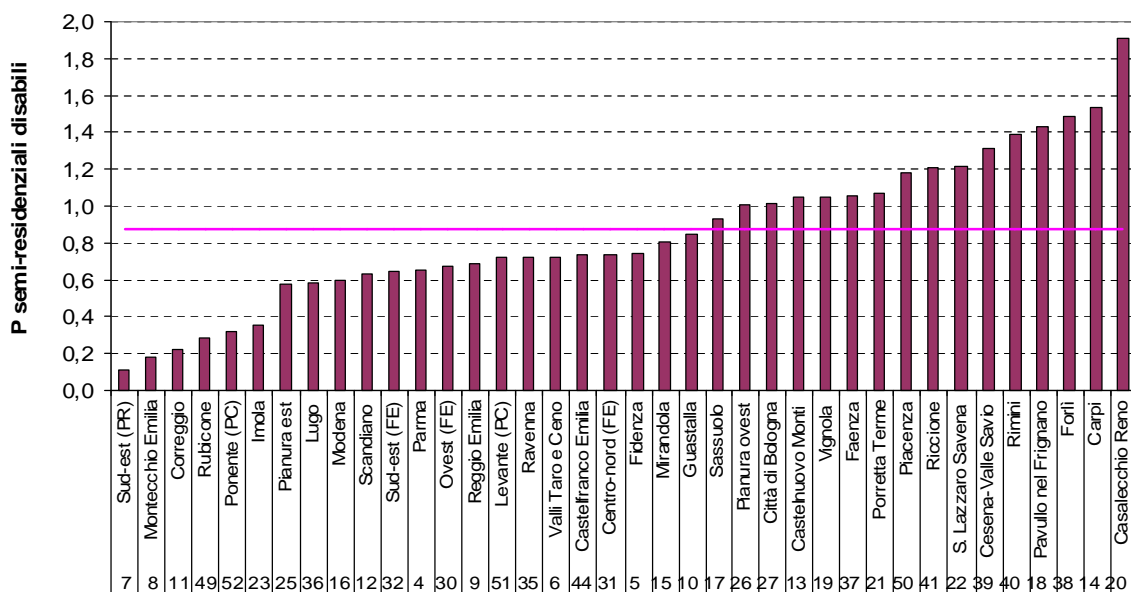
Entrambi i Distretti si posizionano nel quintile inferiore. La bassa offerta di posti letto residenziali per gli anziani è legata al ritardo, in ambito provinciale, nell'adeguamento dei posti letto rispetto alle indicazioni regionali.

9. Posti per disabili in strutture semi-residenziali

Definizione	Indice dei posti disponibili per disabili in strutture semi-residenziali	
Metodo di calcolo		
Numeratore	N. di posti destinati a disabili in strutture semi-residenziali	* 1.000 residenti
Denominatore	Popolazione residente nel Distretto	
Anno di riferimento	2007	
Fonte	Sistema informativo Politiche sociali - Regione Emilia-Romagna	
Valore di riferimento	Media regionale: 0,9	
Significato	Esprime la capacità di offerta dell'intero sistema assistenziale.	
Validità e limiti	<p>Le strutture considerate sono il centro socio-riabilitativo diurno e il centro socio-occupazionale o di terapia occupazionale.</p> <p>Le strutture si riferiscono al pubblico, al privato accreditato e al privato non accreditato.</p> <p>Non è possibile apprezzare appieno la capacità di offerta rispetto alla popolazione <i>target</i> disabili in quanto non si conosce la prevalenza di tale popolazione nei vari Distretti.</p> <p>Si è ritenuto opportuno utilizzare solo il dato riferito ai posti semi-residenziali escludendo quelli residenziali in considerazione dell'inferiore peso nella determinazione dell'offerta di questi ultimi.</p>	

Nel 2007 in Emilia-Romagna l'offerta di posti per disabili risulta essere pari allo 0,9‰ per le strutture semi-residenziali, e pari allo 0,4‰ per le strutture residenziali.

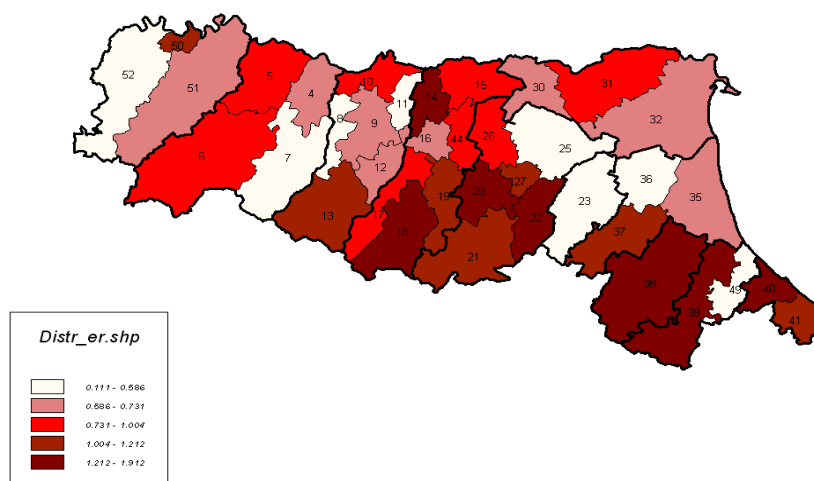
Figura 49. Indice dei posti disponibili per disabili in strutture semi-residenziali * 1.000 residenti. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2007



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

La media regionale di offerta di strutture semi-residenziali per disabili risulta essere pari a circa l'1‰; l'intervallo di valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Sud-Est (Azienda USL di Parma), pari allo 0,1‰, e il valore massimo del Distretto di Casalecchio di Reno (Azienda USL di Bologna), pari all'1,9‰. Il coefficiente di variazione è pari al 47,6%, indicando una elevatissima variabilità nel comportamento dei Distretti. Si precisa che l'offerta di posti semi-residenziali tiene conto anche delle strutture private "pure", a differenza dell'offerta di posti residenziali per anziani.

Figura 50. Distribuzione dell'indice di posti disponibili per disabili in strutture semi-residenziali * 1.000 residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2007



Si riscontrano aree di omogeneità tra i Distretti, che oltrepassano i confini aziendali. Ad esempio:

- si posizionano nei quintili superiori:
i Distretti di Pavullo nel Frignano e di Vignola (Azienda USL di Modena) e i Distretti di Casalecchio di Reno, Porretta Terme e San Lazzaro di Savena (Azienda USL di Bologna); la maggioranza dei Distretti dell'Area vasta Romagna, ad esclusione dei Distretti di Lugo (Azienda USL di Ravenna) e Rubicone (Azienda USL di Cesena);
- si posizionano nel quintile inferiore i Distretti di Pianura est (Azienda USL di Bologna), di Imola (dell'omonima Azienda USL) e di Lugo (Azienda USL di Ravenna).

Commenti aziendali

Azienda USL di Bologna

L'offerta si presenta particolarmente disomogenea tra i Distretti, anche se in generale superiore alla media regionale. Ad esempio, i Distretti di Casalecchio di Reno e San Lazzaro si posizionano nel quintile superiore, mentre quello di Pianura est nel quintile inferiore. La copertura media aziendale è superiore a quella regionale (nel 2006).

Azienda USL di Rimini

I Distretti di Rimini e di Riccione presentano un'offerta superiore alla media regionale. In entrambi sono presenti tipologie di strutture diurne che si differenziano in base alla tipologia e ai bisogni dell'utenza: centri di lavoro protetti, centri di terapia occupazionale e centri diurni socio-riabilitativi.

Come evidenzia la Delibera di Giunta regionale n. 1230/2008, nell'ambito provinciale di Rimini vi è una presenza superiore alla norma di persone con disabilità provenienti da fuori Regione e una forte concentrazione di strutture sanitarie riabilitative.

10. Parti con taglio cesareo

Definizione	Percentuale di parti con taglio cesareo sul totale dei parti per le residenti nel Distretto	
--------------------	---	--

Metodo di calcolo		
Numeratore	N. di parti cesarei delle residenti nel Distretto	* 100
Denominatore	Totale parti delle residenti nel Distretto (indipendentemente dalla sede del Punto nascita)	

Anno di riferimento	2008
----------------------------	------

Fonte	Flusso Certificato di assistenza al parto - Regione Emilia-Romagna
--------------	--

Valore di riferimento	Media regionale: 30,1%
------------------------------	------------------------

Significato	Esprime l'appropriatezza clinico-organizzativa nella modalità del parto
--------------------	---

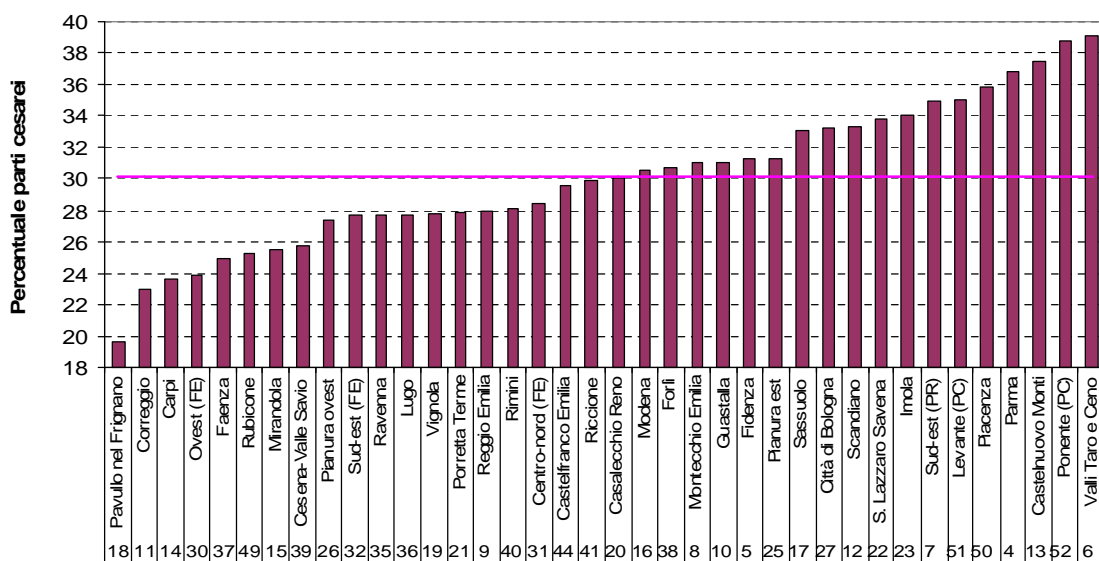
Validità e limiti	Si riportano tutte le percentuali di parti cesarei per Distretto anche nei casi in cui siano calcolate su piccoli numeri
--------------------------	--

Il *Rapporto europeo sulla salute perinatale* (EURO-PERISTAT Project, 2008) sottolinea come, a fronte dell'asserzione "non vi è alcuna giustificazione che il tasso di cesarei, nei diversi Paesi, sia più elevato del 10-15%", negli ultimi decenni si è osservato un costante incremento della frequenza di questi nella maggior parte dei Paesi industrializzati.

Analizzando i tassi medi regionali dell'Emilia-Romagna, nel periodo 2003-2008 si osserva una sostanziale stabilità della frequenza relativa di parti cesarei (dal 30,8% al 30,1%).⁴

⁴ Per approfondimenti si invita a consultare il *6° Rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto (CedAP) - anno 2008* (Regione Emilia-Romagna, 2009d).

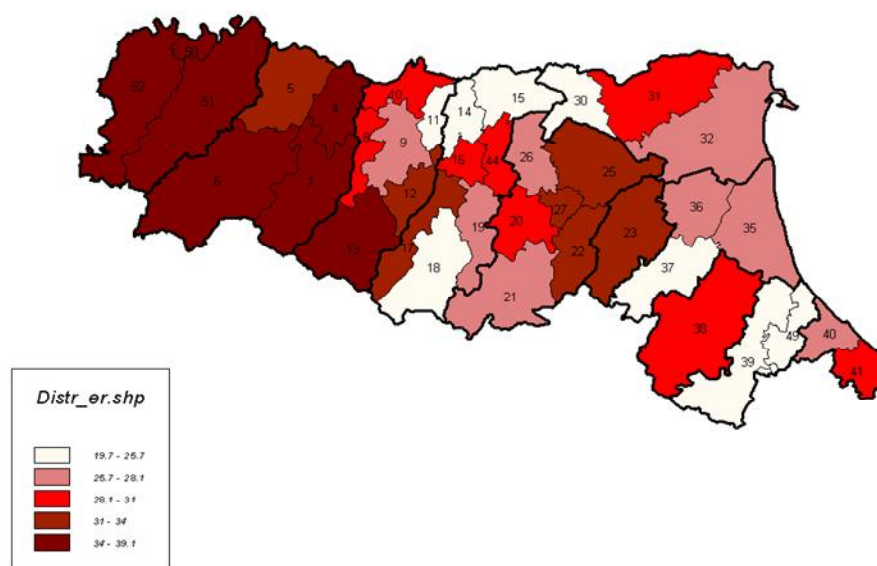
Figura 51. Percentuale di parti con taglio cesareo sul totale dei parti. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



NB La retta orizzontale indica la media regionale.

La media regionale risulta essere pari a circa il 30% dei parti cesarei sul totale dei parti; l'intervallo dei valori distrettuali è compreso tra il valore minimo del Distretto di Pavullo nel Frignano (Azienda USL di Modena), pari a circa il 20%, e il valore massimo del Distretto Valli Taro e Ceno (Azienda USL di Parma), pari al 39%. Il coefficiente di variazione è pari al 15,2%, indicando una moderata variabilità nel comportamento dei Distretti.

Figura 52. Distribuzione della percentuale di parti con taglio cesareo sul totale dei parti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



Si rilevano diverse aree di omogeneità tra i Distretti, che oltrepassano i confini aziendali, tra cui quelle corrispondenti ai:

- Distretti di Correggio (Azienda USL di Reggio Emilia), Carpi e Mirandola (Azienda USL di Modena), Ovest (Azienda USL di Ferrara) e ai Distretti di Sud-Est (Azienda USL di Ferrara), Lugo e Faenza (Azienda USL di Ravenna), i quali si posizionano tutti nel quintile inferiore;
- Distretti di San Lazzaro di Savena, Pianura est e Città di Bologna (dell'omonima Azienda USL), Imola (dell'omonima Azienda), i quali si posizionano nel quintile superiore.

Commenti aziendali

Azienda USL di Bologna

La percentuale di parti cesarei risulta superiore alla media regionale per i Distretti di San Lazzaro (34% circa), Città di Bologna e Pianura est; risulta vicina alla media (30%) per il Distretto di Casalecchio di Reno, e inferiore alla media per i Distretti di Pianura ovest e Porretta Terme. I Distretti di San Lazzaro e Città di Bologna sono anche quelli che si rivolgono maggiormente alle strutture dell'Azienda ospedaliero-universitaria sia come ricovero ospedaliero (rispettivamente il 45,5% e il 41,1% dei casi di ricovero vs il 12,3% di Pianura ovest e il 14,9% di Porretta Terme), sia come accesso al Pronto soccorso.

A livello aziendale, nel 2008 la percentuale di parti cesarei si attesta al 30%, valore uguale alla media regionale; a livello di AOU tale percentuale risulta essere del 36,78%.

Azienda USL di Rimini

I commenti relativi al tasso di ospedalizzazione valgono anche per le percentuali di tagli cesarei, dove si registrano differenze sia fra i due Distretti di Rimini e Riccione, che comunque rimangono entrambi sotto la media regionale, sia all'interno dell'Area vasta Romagna.

In merito alle differenze riscontrate fra i due Distretti va ricordato che al momento è presente un unico punto nascita presso l'ospedale di Rimini, e per spiegare il differente tasso di cesarei occorre approfondire ulteriormente i dati a disposizione.

Considerazioni conclusive

Il set di indicatori distrettuali selezionati è stato incluso nelle Linee guida regionali per la redazione del Bilancio di missione 2009 delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna. Tali indicatori si trovano nell'apposita banca dati a disposizione delle Aziende e sono aggiornati all'anno 2009.

I direttori di Distretto e gli altri professionisti delle Aziende sanitarie che hanno partecipato al percorso, hanno manifestato un vivo apprezzamento sul metodo, evidenziando come pregi:

- le cartine regionali suddivise per Distretti, in quanto permettono di comprendere in maniera immediata il posizionamento di ciascuno di essi, sia rispetto agli altri Distretti sia rispetto alla media regionale;
- le schede tecniche di descrizione degli indicatori per apprezzare appieno la natura delle informazioni proposte, con particolare riferimento ai limiti;
- gli indicatori di consumo (ad esempio indici di consumo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, tasso di ospedalizzazione), utili anche più di quelli sull'offerta e sulla produzione di prestazioni per riflettere sulla funzione di committenza dei Distretti.

Tra le principali criticità è stata evidenziata l'assenza di un *trend* storico nella presentazione dei dati, che non ha permesso di cogliere l'evoluzione dei fenomeni.

È stata calcolata la variabilità di ciascun indicatore distrettuale attraverso il coefficiente di variazione percentuale, definito come rapporto percentuale tra la deviazione standard e la media (*Tabella 25*). Tale misura ha la caratteristica di rendere comparabile la variabilità di dimensioni diverse.

Dalla lettura dei valori del coefficiente di variazione percentuale emerge come l'intervallo di variabilità sia ampio, compreso tra il valore minimo (3,1%) dell'indicatore sulle vaccinazioni contro il morbillo e il valore massimo (47,6%) dell'indicatore sull'offerta di posti per disabili in strutture semi-residenziali.

Dall'analisi della distribuzione della variabilità si rileva, inoltre, come essa rifletta la storica distinzione tra ambito sanitario e socio-sanitario. Difatti, risulta essere moderatamente ridotta (coefficiente di variazione <15%) negli indicatori relativi alla prevenzione, all'assistenza specialistica ambulatoriale e all'assistenza ospedaliera, ed elevata (coefficiente di variazione >15%) negli indicatori relativi ai consultori familiari, alla salute mentale, all'assistenza domiciliare integrata, all'assistenza residenziale e semi-residenziale.

Le ipotesi per spiegare la variabilità tra i Distretti possono essere diverse, considerando ad esempio le differenze nelle caratteristiche del contesto demografico ed epidemiologico, nella storia e cultura, nell'organizzazione dei servizi e nella qualità stessa delle informazioni a disposizione. Tuttavia, l'ipotesi esplicativa che si propone riguarda l'organizzazione dell'assistenza e si ricollega ai risultati di un precedente studio (Longo *et al.*, 2008b). Si evidenzia, infatti, come la ridotta variabilità interdistrettuale riguardi quelle aree di assistenza (prevenzione, assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale) storicamente caratterizzate da un'elevata quota di produzione diretta di servizi da parte del Servizio sanitario pubblico. Ciò

comporta una migliore capacità di controllo sulle attività e di definizione dei loro ambiti e confini, a vantaggio anche della qualità delle informazioni e dei dati a disposizione. Opposta è invece la situazione nella variabilità interdistrettuale di quelle aree dell'assistenza (salute mentale, domiciliare, residenziale e semi-residenziale) connotate da un'elevata quota di offerta frammentata tra produttori diversi.

Tabella 25. Coefficiente di variazione percentuale degli indicatori distrettuali

N	Indicatore distrettuale	Coefficiente di variazione (%)
1	Percentuali di vaccinati contro il morbillo a 24 mesi sulla popolazione <i>target</i>	3,1
2	Percentuale di donne in carico ai Consultori familiari sulla popolazione <i>target</i>	31,2
3	Persone seguite dai Dipartimenti di salute mentale * 10.000 abitanti	15,7
4	Persone seguite in assistenza domiciliare integrata * 1.000 residenti	25,5
5	Indice di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali, standardizzato per età - totale, * 1.000 residenti	10,7
5.1	Indice di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali, standardizzato per età - diagnostica, * 1.000 residenti	13
5.2	Indice di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali, standardizzato per età - visite, * 1.000 residenti	15,1
6.1	Percentuale di prestazioni specialistiche ambulatoriali programmabili - diagnostica effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione	9,5
6.2	Percentuale di prestazioni specialistiche ambulatoriali programmabili - visite effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione	11,3
7	Tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età, in regime ordinario * 1.000 residenti	7,3
8	Posti letto in strutture residenziali per anziani (≥ 75 anni) * 100 anziani residenti	14,4
9	Posti in strutture semi-residenziali per disabili * 1.000 residenti	47,6
10	Percentuale di parti con taglio cesareo sul totale dei parti	15,2

In tre casi si disponeva di un valore atteso, un obiettivo specifico, e può essere interessante proporre alcune osservazioni.

- Riguardo alle vaccinazioni contro il morbillo (modalità monovalente), il 53% circa dei Distretti ha raggiunto l'obiettivo nazionale corrispondente al 95% di vaccinati sulla popolazione *target*; circa la metà dei Distretti quindi, non ha raggiunto l'obiettivo. Nel determinare tale risultato concorre anche il fatto che questa vaccinazione è raccomandata ma non obbligatoria. Inoltre, i Distretti più distanti dall'obiettivo si trovano tutti in Romagna, dove si riscontra la presenza di un movimento antivaccinale molto attivo e di un discreto numero di medici contrari alle vaccinazioni (Frasca *et al.*, 2008).

- Riguardo al consumo di ricoveri ospedalieri in regime ordinario, l'87% circa dei Distretti ha raggiunto l'obiettivo nazionale di contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il valore di 144‰. Questa elevata percentuale consente di affermare che si tratta di un risultato ormai acquisito a livello di sistema sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna. È ovvio che per una valutazione più accurata di tale risultato sarebbe opportuno collocare la riduzione dei ricoveri all'interno di un contesto più ampio riguardante il grado di sviluppo della rete di servizi territoriali (es. ambulatoriali, domiciliari e residenziali) e la loro integrazione con i servizi ospedalieri.
- Riguardo all'offerta di posti letto in strutture residenziali per anziani, il 61% dei Distretti ha raggiunto l'obiettivo regionale corrispondente a un numero di posti letto pari ad almeno il 3% della popolazione ≥ 75 anni. Occorre precisare tuttavia che il 2007 (anno di riferimento dei dati) rappresenta il primo anno di attuazione degli obiettivi previsti dal Programma per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza, tra i quali rientra anche il suddetto obiettivo; pertanto, non è ancora visibile l'impatto di questo Programma, che dovrebbe tradursi in una maggiore percentuale di Distretti che hanno raggiunto l'obiettivo.

Infine, la presenza di dati sull'assistenza specialistica ambulatoriale, relativi sia ai consumi che ai tempi di attesa, ha permesso di osservare tra le due tipologie di variabili un'associazione di segno negativo: maggiori consumi - minori prestazioni erogate entro i 60 gg, e viceversa. Per verificare se tale relazione fosse significativa, se fosse forte o debole, e se riguardasse solo l'ambito della diagnostica o delle visite, oppure entrambi, si è proceduto all'analisi attraverso la regressione lineare (*Tabella 26; Figure 53 e 54*).

Tabella 26. Correlazione tra consumo e tempo di attesa per diagnostica e visite

Diagnostica		Visite	
Spearman Rho	<i>p-value</i> *	Spearman Rho	<i>p-value</i>
-0,38906	0,0158	-0,28156	0,0868

Legenda

* 0.05

Figura 53. Indice di consumo di prestazioni di diagnostica, standardizzato per età, * 1.000 residenti e percentuale di prestazioni diagnostiche effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008

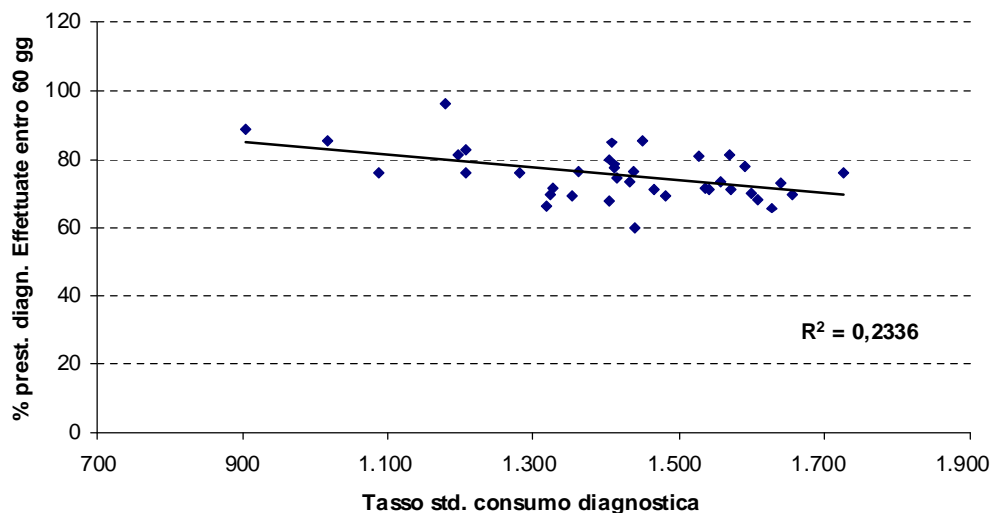
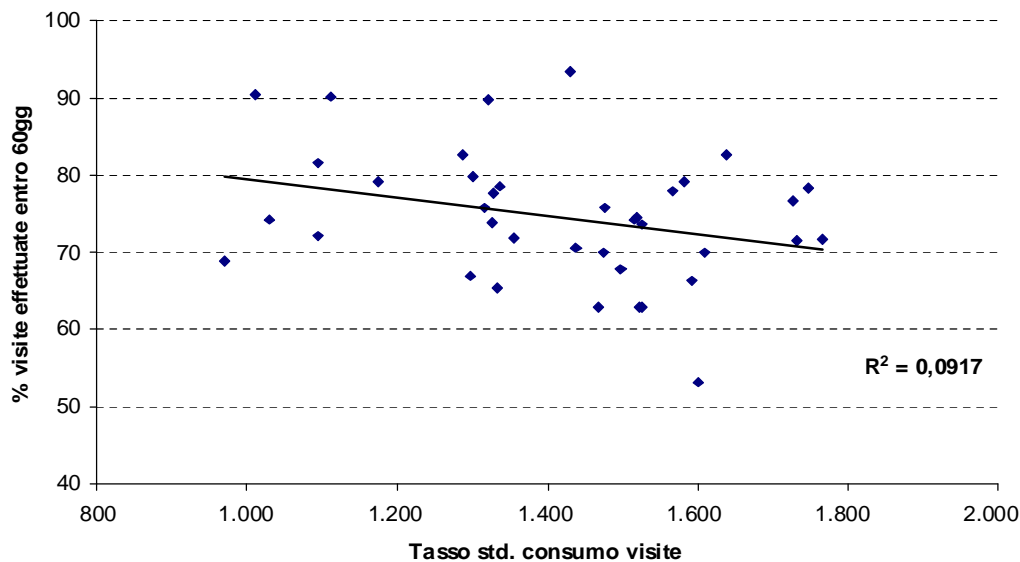


Figura 54. Indice di consumo di visite, standardizzato per età, * 1.000 residenti e percentuale di visite effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2008



I risultati confermano la significatività della correlazione di segno negativo tra le variabili consumo e tempo di attesa sia per le prestazioni diagnostiche che per le visite. Tra le due tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale emergono, però, delle differenze:

- la correlazione tra consumo e tempi di attesa è maggiore per le prestazioni diagnostiche rispetto alle visite: -0,38 per la diagnostica vs -0,28 per le visite;
- la capacità della variabile indipendente "consumo" di spiegare la variabilità nella variabile dipendente "tempi di attesa" è maggiore per le prestazioni di diagnostica rispetto alle visite: il 23% circa per la diagnostica vs il 9% circa per le visite.

Si può pertanto concludere che vi è un'associazione negativa significativa - ancorché debole - tra il consumo e i tempi di attesa sia per le prestazioni di diagnostica che per le visite nei Distretti emiliano-romagnoli.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (a cura di). *Il Bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna*. Collana Dossier, n. 107. Bologna, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 2005.
- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Gli indicatori per la qualità: strumenti, metodi, risultati. *Monitor*, supplemento al n. 15, 2005.
- Anessi Pessina E., Longo F. Trent'anni di storia delle Aziende del SSN: quali coerenze tra evoluzione delle missioni e sviluppo degli strumenti di governo? In Falcitelli N., Gensini G.F., Trabucchi M. (a cura di). *1978-2008: trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale e di Fondazione Smith Kline*. Bologna, Il Mulino, 2008.
- Annichiarico M., Protonotari A., Castaldini I., Cavazza G., Grazia L., Renopi A. Misurare i servizi sanitari e socio-sanitari per un utilizzo efficiente delle risorse disponibili. *Mecosan*, 72: 105-121, 2009.
- Baccarini M., Biocca M., Testi L., Tieghi M. (a cura di). *I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna*. Collana Dossier, n. 148. Bologna, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 2007.
- Biggeri A., Grisotto L. Fonti di distorsione nella misura delle disuguaglianze di salute: la validazione, il confronto temporale e spaziale, l'aggiustamento per altre covariate, il bias ecologico. In Costa G., Cislaghi C., Caranci N. (a cura di). *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura*. *Salute e Società*, n. 1, 2009.
- Bignami R. et al. *Dati del sistema informativo dei Servizi di salute mentale dell'Emilia-Romagna. Anno 2007*. Bologna, Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, 2009.
- Biocca M. (a cura di). *Promozione della salute e sanità pubblica*. Milano, FrancoAngeli, 1997.
- Biocca M. (a cura di). *Bilancio di missione. Aziende sanitarie responsabili si raccontano*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.
- Campedelli M. *La governance delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna*. Collana Dossier, n. 192. Bologna, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2010.
- Castaldini I. et al. La specialistica ambulatoriale nell'Azienda Usl di Bologna: prime evidenze di uno studio. *Mecosan*, 67: 53-70, 2008.
- Cerbo M., De Giacomi G. L'assistenza specialistica ambulatoriale. In Falcitelli N., Gensini G.F., Trabucchi M. (a cura di). *1978-2008: trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale e di Fondazione Smith Kline*. Bologna, Il Mulino, 2008.
- Cislaghi C. (a cura di). Bisogno di salute e governo della domanda. Il governo della domanda nei sistemi sanitari. *Salute e Territorio*, 26 (143): 118, 2004.

- Cislaghi C. Disuguaglianze a livello individuale e a livello di contesto: significati e indicazioni per l'uso. In Costa G., Cislaghi C., Caranci N. (a cura di). *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura. Salute e Società*, n. 1, 2009.
- Costa G., Cislaghi C., Caranci N. (a cura di). *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura. Salute e Società*, n. 1, 2009.
- Curcetti C. et al. (a cura di). *Il distretto come ambito di integrazione*. Atti del Convegno, Forlì, 21 febbraio 2006.
- D'Ascanio I. et al. Costruzione di un set di indicatori per la valutazione dei bisogni sanitari e della performance dei distretti. *Ig Sanità Pubbl*, 66: 215-228, 2010.
- EURO-PERISTAT Project, With SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. *European Perinatal Health Report*, 2008.
- Fadda A. et al. *Attività specialistica ambulatoriale, primo rapporto. Anno 2000*. Bologna, Regione Emilia-Romagna, 2001.
- Fattore G., Longo F. Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani Sanitari rappresentativi. In Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto Oasi 2002*. Milano, Egea, 2002.
- Frasca G., Pascucci M.G., Finarelli A.C. (a cura di). *Coperture vaccinali nell'infanzia. Anno 2007*. Bologna, Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, 2008.
- Grilli R. Accountability e organizzazioni sanitarie. In Biocca M. (a cura di). *Bilancio di missione. Aziende sanitarie responsabili si raccontano*. Roma, Pensiero Scientifico Editore, 2010.
- Lama M. et al. *Presidi e servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in Emilia-Romagna. Dati al 31.12.2007*. Bologna, Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, 2009.
- Longo F. et al. *Risultati dal Laboratorio di Ricerca. Un modello per il governo del territorio delle Aziende sanitarie*. Milano, Economia Sanitaria, 2008a.
- Longo F., Salvatore D., Tasselli S. Le nuove missioni delle Ausl tra governo della produzione e dei consumi: un'analisi dei sistemi di controllo direzionale. *Mecosan*, 66: 9-19, 2008b.
- Longo F., Tasselli S. L'innovazione nell'organizzazione dell'assistenza territoriale per sviluppare efficacia ed equità. In Brunetti M. (a cura di). *L'innovazione nell'assistenza e nuovi strumenti di valutazione*. Roma, Pensiero Scientifico Editore, 2009.
- Mall S., Cetani T. (a cura di). *I Distretti nella Regione Emilia-Romagna*. Collana Dossier, n. 87. Bologna, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 2003.
- Martignani A. Una Azienda per produrre salute. In Biocca M. (a cura di). *Promozione della salute e sanità pubblica*. Milano, FrancoAngeli, 1997.
- Mete R. Il ruolo del Distretto. In Guzzanti E. (a cura di). *L'assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. Roma, Edizioni Iniziative sanitarie, 2009.
- Mezzomo N., Cassol C., Nascimben A., Niero F., Sala F., Faronato P.P. La variabilità del tasso di ospedalizzazione nella Regione Veneto. *Mecosan*, 16 (63): 127-160, 2007.

- Migliori M., Fadda A., Garuti E., Orsi A., Paganelli A., Paolini M.R., Sanna P., Merlin M. (a cura di). *Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna*. Collana Dossier, n. 101. Bologna, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 2004.
- Nuti S. (a cura di). *La valutazione delle performance delle zone-distretto del sistema sanitario toscano: primi risultati*. Servizio sanitario della Regione Toscana e Laboratorio Management e sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, 2007.
- Nuti S., Barsanti S. (a cura di). *La valutazione delle performance delle zone-distretto della sanità toscana. Report 2008*. Servizio sanitario della Regione Toscana e Laboratorio Management e sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, 2009.
- Protonotari I. et al. (a cura di). *Per un governo del territorio: i consumi sanitari e sociosanitari dei residenti nei 6 Distretti dell'Azienda USL di Bologna*. Azienda USL di Bologna, 2009.
- Regione Emilia-Romagna. *Piano sanitario regionale 1999-2001*. Approvato nella seduta del Consiglio regionale del 22 settembre 1999, oggetto n. 4919.
- Regione Emilia-Romagna. *Assistenza distrettuale - Approvazione delle Linee guida di attuazione del Piano sanitario 1999-2001*. Deliberazione di Giunta pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regionale n. 77 del 2 maggio 2000.
- Regione Emilia-Romagna. *Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Legge regionale n. 2 del 12 marzo 2003.
- Regione Emilia-Romagna. *Norme generali sull'organizzazione sul funzionamento del Servizio Sanitario Regionale*. Legge regionale pubblicata sul Bollettino ufficiale regionale n. 178 del 28 dicembre 2004.
- Regione Emilia-Romagna. *Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale*. Deliberazione della Giunta regionale n. 86 del 2006.
- Regione Emilia-Romagna. *Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009*. Deliberazione della Giunta regionale n. 509 del 2007.
- Regione Emilia-Romagna. *Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche, di sanità pubblica*. Deliberazione della Giunta pubblicata sul Bollettino ufficiale regionale n. 8 del 18 gennaio 2008a.
- Regione Emilia-Romagna. *Indicazioni per la costruzione del Profilo di comunità*. Bologna, 20 maggio 2008b.
- Regione Emilia-Romagna. *Piano Sociale e Sanitario 2008-2010*. Pubblicato sul Bollettino ufficiale regionale n. 92 del 3 giugno 2008c.
- Regione Emilia-Romagna. *Linee guida per la programmazione di ambito distrettuale 2009-2011*. Deliberazione della Giunta pubblicata sul Bollettino ufficiale regionale n. 19 dell'11 febbraio, 2009a.
- Regione Emilia-Romagna. *Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna e il nuovo welfare. Le strutture, la spesa, le attività al 31.12.2008*. Bologna, 2009b.

- Regione Emilia-Romagna - Servizio Programmazione e sviluppo servizi sociali. *I nuovi strumenti della programmazione regionale: la sfida del Profilo di comunità e dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale*. Bologna, 2009c.
- Regione Emilia-Romagna. *La nascita in Emilia-Romagna. 6° Rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto (CedAP) - Anno 2008*. 2009d
- Rini F. Messa a punto e valutazione di un sistema interregionale di indicatori di assistenza distrettuale. Rapporto finale del progetto di ricerca finalizzata del Ministero della salute. *Quaderni CARD*, n. 7, 2007.
- Rolfini M., Saccomanno A., Maticchione P., Verdini E., Savioli V., Garaffoni G. *Le cure domiciliari in Emilia-Romagna*. Bologna, Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, 2007.
- Taroni F. Variabilità nella utilizzazione dei servizi sanitari: offerta di risorse, ignoranza del consumatore, incertezza del produttore. *Epidemiologia e prevenzione*, 17: 24-25, 1993.
- Taroni F. Conclusioni. In Biocca M. (a cura di). *Promozione della salute e sanità pubblica*. Milano, FrancoAngeli, 1997.
- Taroni F. Programmazione e regolazione dell'assistenza ospedaliera: un'agenda infinita. In Fiorentini G. (a cura di). *I servizi sanitari in Italia. 2001*. Bologna, Il Mulino, 2001.
- Taroni F. Tra apocalittici e integratori: ragioni e problemi di un Fondo per la non autosufficienza. *Rivista di Politiche Sociali*, n. 1, 2007.
- Tedeschi P., Tozzi V. (a cura di). *Il governo della domanda*. Milano, McGraw Hill, 2004.
- Testa F., Buccione C. Il distretto sanitario: funzioni e potenzialità di governo della domanda sanitaria. *Mecosan*, 44: 27-59, 2002.
- Testi L., Tieghi M., Biocca M. (a cura di). *Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura i sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006*. Collana Dossier, n. 163. Bologna, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2008.
- Tieghi M. Contestualizzazione nell'ambito sanitario pubblico nazionale. In Biocca M. (a cura di). *Bilancio di missione. Aziende sanitarie responsabili si raccontano*. Roma, Pensiero Scientifico Editore, 2010.
- Verdini E. Il sistema informativo a supporto. In Biocca M. (a cura di). *Bilancio di missione. Aziende sanitarie responsabili si raccontano*. Roma, Pensiero Scientifico Editore, 2010.

Allegati

Allegato 1.

Sintesi degli indicatori distrettuali dell'Azienda USL di Bologna

SINTESI RAPPORTO CONSUMI SANITARI E SOCIO-SANITARIO

Valore più basso
Valore più alto

		Distretto di Casalecchio	Distretto di Bologna	Distretto di Pianura Est	Distretto di Pianura	Distretto di Porretta	Distretto di S. Lazzaro	Totale AUSL Bolo-	Totale RER
Popolazione al 31-12-2007	Densità popolazione	263	2.645	197	210	70	174	287	193
	% > 64 anni	22,5%	27,0%	20,9%	20,5%	23,1%	21,9%	24,0%	22,6%
	% > 79 anni	6,2%	8,9%	7,1%	5,9%	7,1%	5,7%	7,3%	6,8%
	% 0-14 anni	13,4%	10,5%	13,9%	14,3%	12,7%	13,0%	12,2%	12,8%
	% stranieri residenti	7,2%	9,0%	6,6%	8,0%	9,3%	6,0%	8,0%	8,6%
Condizioni socio-economiche	Istruzione: % con diploma di maturità (Cens. 2001)	28,4%	30,3%	28,2%	29,0%	25,2%	30,4%	29,3%	28,8%
	Istruzione: % con laurea o dipl.univer. (Cens. 2001)	8,3%	17,6%	6,1%	5,6%	4,7%	10,0%	12,1%	8,7%
	Indice di dipendenza tot. (pop.0-14+>64/pop15-64*100)	56,0%	59,9%	53,3%	53,4%	55,6%	53,5%	56,7%	54,9
	Tasso di occup.(occupati/res.15-64*100)(Cens.2001)	69,4%	65,8%	70,7%	71,7%	65,8%	68,6%	67,9%	66,7%
	Speranza di vita alla nascita - Maschi (2006)	80,0	79,2	78,9	79,6	77,9	79,8	79,2	
	Speranza di vita alla nascita - Femmine (2006)	83,9	84,4	84,5	84,4	82,6	84,8	84,3	
	Reddito a fini irpef pro-capite (2005)	14.354	17.216	13.430	13.375	11.663	13.852		
	Concentrazione del reddito (indice di Gini)	0,347	0,399	0,309	0,316	0,302	0,332		
	N. medio di componenti per famiglia (Cens. 2001)	2,36	2,06	2,45	2,49	2,27	2,38	2,23	2,39
Tasso di mortalità stand.*100.000 residenti (2006)	647,5	667,3	656,3	653,0	734,3	635,4	662,7	673,6	
Assistenza Ospedaliera	Tasso ospedalizzazione standardizzato*‰ res. Reg. Ord. e DH	173,4‰	181,0‰	173,2‰	168,8‰	187,5‰	173,5‰	177,5‰	181,2‰
	Tasso ospedalizzazione standardizzato*‰ res. Reg. Ordinario	139,2‰	143,8‰	130,6‰	130,4‰	150,8‰	139,3‰	140,0‰	136,6‰
	Tasso ospedalizzazione standardizzato*‰ res. Reg. DH	34,2‰	37,2‰	42,7‰	38,4‰	36,7‰	34,2‰	37,6‰	45,0‰
	Punto medio ricoveri Reg. Ord e DH	1,09	1,11	1,10	1,11	1,09	1,12	1,11	1,12
	Punto medio ricoveri Reg. Ordinario	1,14	1,16	1,18	1,17	1,14	1,18	1,16	1,18
	Valore pro capite standardizzato. Oneri 1-2-5-6	538	587	541	528	572	566	565	583
Pronto Soccorso	Accessi dei residenti ai PS*‰ residenti	401,4‰	433,8‰	399,4‰	402,3‰	465,6‰	428,2‰	422,3‰	nd
	Accessi dei residenti all'Accesso diretto OB*‰ residenti	1,7‰	6,2‰	1,4‰	0,7‰	0,9‰	29,4‰	5,9‰	nd
	Accessi dei residenti ai PS AZIENDA USL BO*‰ residenti	313,0‰	158,5‰	303,7‰	347,3‰	363,6‰	126,6‰	232,9‰	nd
	Accessi dei residenti ai PS AOSP*‰ residenti	49,4‰	207,1‰	67,4‰	31,0‰	38,0‰	207,5‰	134,2‰	nd
	Accessi dei residenti ai PS IOR*‰ residenti	37,0‰	61,4‰	26,7‰	23,2‰	12,1‰	64,2‰	45,4‰	nd
	Accessi dei residenti ai PS Villa Nobile*‰ residenti	0,4‰	0,6‰	0,1‰	0,1‰	50,9‰	0,5‰	3,9‰	nd

Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale
Allegati

		Distretto di Casalecchio	Distretto di Bologna	Distretto Pianura Est	Distretto di Pianura Ovest	Distretto di Porretta	Distretto di S. Lazzaro	Totale AUSL Bologna	Totale RER
Assistenza Specialistica	Indice di consumo pro capite standardizzato: Prestazioni	16,9	16,0	16,2	16,6	15,7	13,9	16,0	15,6
	Spesa procapite standardizzata: Prestazioni	202,2	209,3	196,6	204,9	180,5	189,2	206,6	189,6
	Indice di consumo pro capite standardizzato: escluso laboratorio	4,4	4,7	4,4	4,4	4,3	4,6	4,5	4,3
	Spesa procapite standardizzata: escluso laboratorio	153,5	159,4	147,2	154,1	137,0	149,4	154,0	143,6
	Indice di consumo pro capite standardizzato: diagnostica	1,76	1,74	1,77	1,75	1,46	1,67	1,73	1,61
	Spesa procapite standardizzata: diagnostica	73,0	73,4	70,4	70,3	58,6	68,8	71,3	64,5
	Indice di consumo pro capite standardizzato: riabilitazione	0,38	0,52	0,46	0,29	0,42	0,58	0,47	0,40
	Indice di consumo pro capite standardizzato: rmn	0,062	0,060	0,062	0,070	0,033	0,06	0,060	0,064
	Indice di consumo pro capite standardizzato: tac	0,092	0,093	0,079	0,088	0,071	0,089	0,088	0,077
	Indice di consumo pro capite standardizzato: ecocolordoppler	0,129	0,126	0,134	0,134	0,110	0,123	0,127	0,105
Day Service Tunnel e Cristallino a residenti: tasso grezzo	11,4‰	11,9‰	7,3‰	6,8‰	8,5‰	9,4‰	10,1‰		
Farmaceutica convenzionata	Spesa farmaceutica convenzionata procapite standardizzata	190,5	188,9	189,0	196,0	182,5	190,0	189,4	
Continuità Assistenziale	Consulenze telefoniche*1000 residenti	214,1‰	152,3‰	135,5‰	109,5‰	155,1‰	123,7‰	150,8‰	nd
	Ore totali*1000 residenti	356,4‰	140,9‰	245,0‰	240,8‰	509,9‰	277,0‰	233,3‰	nd
	N. visite domiciliari*1000 residenti	50,7‰	32,1‰	33,7‰	22,3‰	58,5‰	27,5‰	35,2‰	nd
	N. visite domiciliari/ore totali*100	14,2	22,8	13,7	9,3	11,5	9,9	15,1	nd
Nuclei di Cure Primarie	% di MMG associati (in associazione, gruppo o rete)	67,9%	55,5%	75,0%	88,1%	90,9%	72,4%	67,2%	nd
	% di MMG in gruppo	38,3%	30,8%	49,0%	83,1%	27,3%	72,4%	43,1%	nd
	% di PLS associati (in associazione, gruppo o rete)	56,3%	54,3%	50,0%	36,4%	100,0%	50,0%	55,3%	nd
Vacc. antinfluenzali	Popolazione anziana vaccinata per 100 assistiti ultra65enni	73,2%	68,8%	70,8%	72,6%	78,5%	70,3%	70,7%	
Progetto Diabete	% di pazienti assistiti con diabete di tipo 2 arruolati	0,55%	2,03%	2,59%	2,48%	2,29%	1,51%	1,96%	Ob: 2,50%
Protesica	Assistiti residenti/pop. Res.*1000-standardizzato	14,9‰	17,3‰	16,4‰	15,5‰	11,6‰	12,3‰	16,0‰	
	Spesa residenti/pop. Res.-standardizzato	13,0	11,8	10,7	10,0	8,4	9,2	11,2	
Consultori Familiari	Area Ostetricia e Ginecologia: N. Utenti seguite* 1000 F 15-64 aa	105,4‰	281,2‰	132,5‰	147,7‰	200,6‰	158,1‰	203,1‰	
	Area Psicologica: N. Utenti seguiti* 1000 15-64 aa	9,3‰	7,6‰	4,4‰	10,1‰	1,3‰	5,9‰	6,9‰	
Screening	Tasso di adesione corretto screening tumore mammella	66,4%	64,4%	65,9%	71,3%	63,7%	64,3%	65,4%	72,5%
	Tasso di adesione corretto screening tumore collo utero	52,8%	46,3%	57,9%	62,5%	52,3%	52,7%	51,7%	59,1%
	Tasso di adesione screening del tumore colon retto	40,4%	37,1%	42,4%	44,5%	36,2%	40,7%	39,4%	48,0%
Handicap Adulto	Utenti disabili in carico*1000 18-64enni	4,3‰	6,6‰	4,7‰	6,0‰	5,9‰	4,9‰	5,7‰	
	Utenti disabili in carico (in strutture residenziali)*1000 18-64enni	0,5‰	1,1‰	0,4‰	0,7‰	0,7‰	0,5‰	0,8‰	
	Utenti disabili in carico (in strutture semiresidenziali)*1000 18-64enni	1,4‰	1,9‰	0,4‰	0,8‰	1,5‰	1,5‰	1,4‰	
	N. utenti disabili in carico in (borsa lavoro)*1000 18-64enni	0,5	0,7	1,0	1,0	0,5	0,8	0,8	
Salute Mentale Adulti	Degenza media dei dimessi dagli SPDC regime ordinario	15,3	19,0	17,4	16,8	18,1	18,4	18,2	20,2
	Degenza media dei dimessi dagli SPDC regime ordinario- Pubblico	8,0	8,0	11,4	9,1	8,0	7,6	8,6	12,3

Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale
Allegati

	Distretto di Casalecchio	Distretto di Bologna	Distretto Pianura Est	Distretto Pianura Ovest	Distretto di Porretta	Distretto di S. Lazzaro	Totale AUSL Bologna	Totale RER
Degenza media dei dimessi dagli SPDC regime ordinario- Privato	23,6	30,5	27,2	30,4	29,9	27,0	29,3	32,1
Salute Mentale Adulti								
Trattamenti Sanitari Obbligatorii*1000 residenti	0,19‰	0,34‰	0,13‰	0,11‰	0,16‰	0,18‰	0,23‰	0,26‰
Tasso di osped. standardizzato*1000 (Disciplina Psichiatria)	2,5‰	5,6‰	2,7‰	3,5‰	1,7‰	2,5‰	3,9‰	3,0‰
Tasso di osped. standardizzato*1000 (Disciplina Psichiatria). Pubblico	1,4‰	2,9‰	1,7‰	2,2‰	0,9‰	1,1‰	2,1‰	1,8‰
Tasso di osped. standardizzato*1000 (Disciplina Psichiatria). Privato	1,2‰	2,6‰	1,0‰	1,3‰	0,8‰	1,3‰	1,8‰	1,2‰
Dipendenze Patologiche								
Utenti alcolisti*1000 residenti 15-64aa	1,7‰	2,0‰	1,8‰	1,7‰	2,8‰	1,4‰	1,9‰	
Utenti tossicodipendenti*1000 residenti 15-54aa	3,8‰	7,2‰	3,2‰	3,8‰	3,3‰	5,4‰	5,2‰	
Assistenza domiciliare								
Tasso di copertura ADI 1 (bassa intensità) per 1000 abitanti	0,8‰	0,6‰	2,0‰	1,0‰	0,9‰	0,5‰	1,0‰	
Tasso di copertura ADI 2 (media intensità) per 1000 abitanti	2,0‰	1,5‰	1,6‰	2,3‰	3,6‰	1,8‰	1,8‰	
Tasso di copertura ADI 3 (alta intensità) per 1000 abitanti	0,8‰	0,6‰	0,5‰	0,9‰	3,2‰	0,7‰	0,8‰	
Tasso di copertura ANT (in convenzione) per 1000 abitanti	1,2‰	2,1‰	0,7‰	0,7‰	-	1,4‰	1,5‰	
Tasso di copertura ADI (ADI+ANT) per 1000 abitanti	4,7‰	4,6‰	4,8‰	5,6‰	7,7‰	4,4‰	5,1‰	
Tasso di copertura ADI (programmata) per 1000 abitanti	8,3‰	9,6‰	8,4‰	6,7‰	6,0‰	6,8‰	8,5‰	
Tasso di copertura AINF (infermieristica) per 1000 abitanti	6,5‰	9,6‰	7,4‰	8,8‰	11,1‰	6,6‰	8,7‰	
Anziani socio-sanitario								
Assegni di cura (utenti in carico/pop. > 74 anni *100)	5,4	4,1	5,8	5,7	8,3	3,9	4,2	4,9
Spesa procapite per > 74 anni	75,1	79,5	101,2	85,8	136,6	75,4	86,2	
Ore con oneri sanitari pro capite pop. Anziana	0,94	0,69	1,28	1,34	0,65	1,49	0,93	
Anziani: CP e RSA								
PL convenzionati (CP-RSA) * 100 > 64 anni	1,07%	1,43%	1,35%	1,16%	1,31%	1,13%	1,32%	
PL convenzionati (CP-RSA) * 100 > 74 anni	2,24%	2,69%	2,73%	2,36%	2,56%	2,51%	2,60%	
Anziani: CD								
PL convenzionati (CD) * 100 > 64 anni	0,44%	0,24%	0,18%	0,24%	0,10%	0,25%	0,24%	
PL convenzionati (CD) * 100 > 74 anni	0,93%	0,44%	0,36%	0,49%	0,19%	0,55%	0,48%	
Anziani: consumi specifici								
Tasso Osp. (ORD+DH) *1000 res. anziani standardizzato	354,9‰	371,9‰	334,6‰	337,7‰	391,9‰	361,7‰	362,2‰	365,8‰
Valore procapite dei res. anziani standardizzato	1.315,0	1.454,0	1.299,0	1.290,0	1.378,0	1.430,0	1.395,0	1.423,0
Tot. Specialistica ambulatoriale prest.procapite standardizzato	30,4	30,1	28,9	30,8	29,1	25,7	29,5	28,9
Valore procapite tot. specialistica standardizzato	377,2	407,8	352,9	383,5	335,9	360,7	384,7	354,2
Tasso di copertura (ADI-ANT)*1.000residenti.	18,9‰	15,6‰	20,3‰	24,4‰	29,2‰	18,5‰	18,5‰	
Costi								
Costi sostenuti dai distretti per residente	471	584	480	497	551	500	533	
- di cui Specialistica	25	41	29	26	23	27	33	
- di cui Assistenza Domiciliare	26	30	34	30	41	33	31	
- di cui Altra assistenza territoriale	45	56	45	56	62	75	55	
- di cui Assistenza Socio-Sanitaria	65	113	69	87	76	66	90	
- di cui Assistenza di base	124	123	128	122	129	118	124	
- di cui Farmaceutica	187	221	175	176	219	181	200	

Allegato 2. Valori degli indicatori per la rendicontazione distrettuale nel Bilancio di missione

AUSL	Cod. RER	Distretto	1	2	3	4	5	5.1	5.2	6.1	6.2	7	8	9	10
			% vaccinati anti-morbillo 24° mese su popolazione <i>target</i>	% donne in carico Consultori familiari su popolazione <i>target</i>	Persone seguite DSM * 10.000 abitanti	Persone seguite ADI * 1.000 residenti	Consumi prestazioni specialistiche, totale * 1.000 residenti	Consumi prestazioni specialistiche, diagnostica * 1.000 residenti	Consumi prestazioni specialistiche, visite * 1.000 residenti	% diagnostica entro 60 gg	% visite entro 60 gg	Tasso ospedalizzazione reg. ordinario * 1.000 residenti	PL residenziali - anziani * 100 anziani (≥75 aa)	Posti semi-residenziali disabili * 1.000 residenti	% parti cesarei su totale parti
Piacenza	50	Piacenza	97,2	<i>vedi Figure 29 e 30</i>	212,7	33,23	15.354	1.087	1.300	75,85	79,82	124,23	3,3	1,2	35,8
	51	Levante	97,9		183,0	29,84	13.521	905	1.113	88,65	90,09	109,03	3,2	0,7	35,0
	52	Ponente	97,5		164,0	26,71	15.115	1.018	1.010	85,15	90,27	106,86	3,8	0,3	38,7
Parma	4	Parma	90,6	12,7	131,6	21,47	14.238	1.362	1.732	76,40	71,30	141,99	3,1	0,7	36,8
	5	Fidenza	95,6	7,2	140,6	34,99	12.688	1.196	1.474	81,37	69,80	131,09	3,3	0,7	31,3
	6	Valli Taro e Ceno	97,9	11,3	194,2	38,14	13.219	1.207	1.515	82,92	74,09	126,88	3,7	0,7	39,1
	7	Sud-Est	96,6	13,7	133,4	33,87	12.477	1.179	1.567	96,09	77,94	134,41	3,2	0,1	34,9
Reggio Emilia	8	Montecchio Emilia	96,4	13,3	203,6	31,72	14.847	1.589	1.747	78,06	78,32	126,1	3,2	0,2	31,0
	9	Reggio Emilia	92,4	9,2	227,6	21,27	15.227	1.557	1.767	73,61	71,55	130,73	3,3	0,7	28,0
	10	Guastalla	89,0	10,9	179,8	28,27	13.366	1.280	1.336	75,92	78,48	128,68	3,8	0,9	31,0
	11	Correggio	95,7	12,6	237,7	23,67	15.578	1.537	1.476	71,69	75,78	120,49	3,5	0,2	23,0
	12	Scandiano	93,7	11,1	249,6	21,63	12.240	1.609	1.326	68,17	73,68	124,26	2,7	0,6	33,4
	13	Castelnuovo ne' Monti	95,1	12,6	202,8	47,14	14.019	1.407	1.638	84,93	82,62	134,68	3,6	1,0	37,5

Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale
Allegati

AUSL	Cod. RER	Distretto	1	2	3	4	5	5.1	5.2	6.1	6.2	7	8	9	10
			% vaccinati anti-morbillo 24° mese su popolazione <i>target</i>	% donne in carico Consultori familiari su popolazione <i>target</i>	Personne seguite DSM * 10.000 abitanti	Personne seguite ADI * 1.000 residenti	Consumi prestazioni specialistiche, totale * 1.000 residenti	Consumi prestazioni specialistiche, diagnostica * 1.000 residenti	Consumi prestazioni specialistiche, visite * 1.000 residenti	% diagnostica entro 60 gg	% visite entro 60 gg	Tasso ospedalizzazione reg. ordinario * 1.000 residenti	PL residenziali - anziani * 100 anziani (≥75 aa)	Posti semi-residenziali disabili * 1.000 residenti	% parti cesarei su totale parti
Modena	14	Carpi	94,6	19,1	158,6	21,44	14.194	1.440	1.093	59,72	72,15	122,42	2,9	1,5	23,7
	15	Mirandola	95,3	16,1	159,7	26,30	15.464	1.411	1.093	78,31	81,53	132,10	3,5	0,8	25,5
	16	Modena	91,5	21,5	165,2	22,52	16.143	1.404	1.519	67,68	74,40	128,24	3,2	0,6	30,5
	17	Sassuolo	97,7	12,4	179,3	22,29	16.290	1.466	1.438	70,87	70,64	146,42	2,8	0,9	33,1
	18	Pavullo nel Frignano	94,0	20,3	215,1	32,06	16.363	1.318	1.175	66,19	79,08	151,18	3,4	1,4	19,7
	19	Vignola	92,4	22,1	151,4	18,44	15.086	1.326	1.316	71,35	75,66	130,44	2,9	1,1	27,8
	44	Castelfranco Emilia	96,7	20,1	174,4	22,20	16.316	1.438	1.328	76,52	77,57	128,13	2,6	0,7	29,5
Bologna	20	Casalecchio di Reno	90,0	11,0	183,8	23,52	18.425	1.656	1.526	69,58	73,61	137,89	2,2	1,9	30,0
	21	Porretta Terme	95,8	20,1	180,9	29,80	17.256	1.411	1.582	77,48	79,10	152,11	2,5	1,1	27,9
	22	San Lazzaro di Savena	92,6	14,6	166,9	23,50	17.272	1.540	1.591	71,17	66,18	142,45	2,5	1,2	33,8
	25	Pianura est	95,0	13,3	183,3	25,82	17.633	1.640	1.523	72,90	62,87	130,64	2,7	0,6	31,3
	26	Pianura ovest	97,1	14,8	166,9	28,09	18.459	1.726	1.497	76,11	67,82	132,13	2,3	1,0	27,4
	27	Città di Bologna	90,9	28,2	169,5	27,93	17.136	1.600	1.609	69,92	69,91	146,32	2,7	1,0	33,3
Imola	23	Imola	97,1	6,8	152,2	22,20	14.429	1.482	1.332	69,10	65,28	134,93	3,4	0,4	34,0
Ferrara	30	Ovest	96,1	10,7	162,7	16,55	13.769	1.404	1.356	79,97	71,92	131,50	2,8	0,7	23,9
	31	Centro-Nord	95,0	19,5	180,2	20,44	14.843	1.352	1.601	68,90	53,22	146,40	3,3	0,7	28,5
	32	Sud-Est	97,6	10,4	183,3	20,27	14.899	1.414	1.467	74,47	62,72	140,54	3,3	0,7	27,7

Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale
Allegati

AUSL	Cod. RER	Distretto	1	2	3	4	5	5.1	5.2	6.1	6.2	7	8	9	10
			% vaccinati anti-morbillo 24° mese su popolazione <i>target</i>	% donne in carico Consultori familiari su popolazione <i>target</i>	Personne seguite DSM * 10.000 abitanti	Personne seguite ADI * 1.000 residenti	Consumi prestazioni specialistiche, totale * 1.000 residenti	Consumi prestazioni specialistiche, diagnostica * 1.000 residenti	Consumi prestazioni specialistiche, visite * 1.000 residenti	% diagnostica entro 60 gg	% visite entro 60 gg	Tasso ospedalizzazione reg. ordinario * 1.000 residenti	PL residenziali - anziani * 100 anziani (≥75 aa)	Posti semi-residenziali disabili * 1.000 residenti	% parti cesarei su totale parti
Ravenna	35	Ravenna	95,0	16,4	152,9	19,47	14.468	1.448	1.321	85,09	89,72	141,75	3,0	0,7	27,7
	36	Lugo	96,1	15,4	159,4	21,19	16.783	1.433	1.286	73,51	82,60	128,38	3,2	0,6	27,7
	37	Faenza	93,7	18,2	174,5	21,63	15.169	1.527	1.431	81,03	93,23	134,21	3,4	1,1	24,9
Forlì	38	Forlì	93	16,6	162,0	21,46	16.491	1.571	1.728	71,07	76,57	130,6	3,7	1,5	30,7
Cesena	39	Cesena-Valle Savio	89,5	15,2	190,8	20,23	16.616	1.627	1.524	65,74	62,84	137,02	3,6	1,3	25,7
	49	Rubicone	89,9	10,3	225,2	19,31	15.426	1.569	1.299	81,18	66,79	137,91	3,9	0,3	25,2
Rimini	40	Rimini	87,6	12,9	149,7	19,14	13.205	1.207	969	75,77	68,73	134,42	2,4	1,4	28,1
	41	Riccione	89,4	17,9	154,0	19,06	13.109	1.322	1.030	69,61	74,20	137,00	2,6	1,2	29,9

Allegato 3. Lettura di sintesi della variabilità degli indicatori distrettuali

N	Nome dell'indicatore	Distretti		Obiettivo/ Media RER	Coeff. var. (%)
		Min	Max		
1	Percentuali di vaccinati contro il morbillo a 24 mesi sulla popolazione <i>target</i>	87,6	97,9	≥95 (O)	3,1
2	Percentuale di donne in carico ai Consultori familiari sulla popolazione <i>target</i>	6,8	28,2	15,5 (M)	31,2
3	Persone seguite dai Dipartimenti di salute mentale * 10.000 abitanti	131	249	173,9 (M)	15,7
4	Persone seguite in Assistenza domiciliare integrata * 1.000 residenti	16	47	24,01 (M)	25,5
5	Indice di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali - totale, standardizzato per età * 1.000 residenti	12.200	18.400	15.329 (M)	10,7
5.1	Indice di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali - diagnostica, standardizzato per età * 1.000 residenti	900	1.700	1.429 (M)	13
5.2	Indice di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali - visite, standardizzato per età * 1.000 residenti	970	1.770	1.442 (M)	15,1
6.1	Percentuale di prestazioni specialistiche ambulatoriali programmabili - diagnostica effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione	60	96	75,32 (M)	9,5
6.2	Percentuale di prestazioni specialistiche ambulatoriali programmabili - visite effettuate entro 60 giorni dalla data di prenotazione	53	93	74,53 (M)	11,3
7	Tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età, regime ordinario * 1.000 residenti	106	152	<144 (O)	7,3
8	Posti letto in strutture residenziali per anziani (≥75 anni) * 100 anziani residenti	2,2	3,9	≥3 (O)	14,4
9	Posti in strutture semi-residenziali per disabili * 1.000 residenti	0,1	1,9	0,9 (M)	47,6
10	Percentuale parti con taglio cesareo sul totale dei parti	20	39	30,1 (M)	15,2

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
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. (*)
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.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna. (*)

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)

(*) 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

23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.

2001

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.

- 48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)
- 51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

- 60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna.
- 61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna.
- 62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
- 65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
- 66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
- 67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
- 68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
- 69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
- 70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
- 71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 72. Linee guida per la chemioprolassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
- 74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
- 75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

- 76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna.
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna.
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna.
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
110. Domanda di care domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna.
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna.

- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)
- 113.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115.** Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116.** Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117.** Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118.** Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119.** Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120.** Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna.
- 121.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122.** Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123.** Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124.** Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125.** Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126.** Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127.** La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128.** La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129.** Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130.** La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131.** La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132.** Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133.** Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134.** Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135.** Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136.** Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137.** Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138.** Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139.** La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140.** Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141.** Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna. (*)
- 142.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143.** Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 144.** La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145.** Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)

146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
167. La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
168. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
169. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
170. Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
171. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

172. La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
173. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
174. I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
175. Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
176. Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
177. Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)

- 178. Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 179. Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
- 180. La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
- 182. La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183. I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184. Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)
- 185. Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
- 186. Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187. Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188. Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189. "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190. Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191. I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
- 192. La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
- 193. Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (*)
- 194. Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
- 195. Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 196. Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (*)
- 197. TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna. (*)
- 198. La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (*)
- 199. Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (*)
- 200. SIRS - Servizio Informativo per i Rappresentanti per la Sicurezza. **(in fase di predisposizione)**
- 201. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (*)
- 202. Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009 - 2010. Bologna. (*)

2011

- 203. Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva. Bologna. (*)
- 204. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2009. Bologna. (*)

- 205.** L'informazione nella diagnostica pre-natale. Il punto di vista delle utenti e degli operatori. Bologna. (*)
- 206.** Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale. Bologna. (*)