

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

BILANCIO MISSIONE *di* 2011

COPIA DI LAVORO



Sommario

1. Contesto di riferimento	5
1.1. Popolazione	6
1.2. Condizioni socio-economiche e tenore di vita. Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro	11
1.3. Ambiente	14
1.4. Stili di vita. Risultati 2008-2011 del sistema di sorveglianza passi per l'italia	15
1.5. Osservazioni epidemiologiche.....	17
1.6. Sicurezza	20
2. Profilo aziendale.....	22
2.1. Livelli essenziali di assistenza	22
2.1.1. Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro.....	23
2.1.2. Assistenza distrettuale.....	33
2.1.3. Assistenza ospedaliera.....	64
2.1.4. Indicatori di qualità dell'assistenza	80
2.1.5. Costi per livello di assistenza.....	88
2.2. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	94
2.2.1. Sostenibilità economica.....	94
2.2.2. Sostenibilità finanziaria.....	103
2.2.3. Sostenibilità patrimoniale.....	104
2.3. Impatto sul contesto territoriale.....	106
2.3.1. Impatto economico.....	106
2.3.2. Impatto sociale	107
2.3.3. Impatto culturale	108
2.3.4. Impatto sull'ambiente.....	109
3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali.....	112
3.1. Promozione della salute e prevenzione delle malattie e del disagio.....	114
3.1.1. Promozione della salute.....	114
3.1.2. Prevenzione	115
3.1.3. Sicurezza e salute.....	117
3.2. Integrazione, accessibilità' e continuità' delle cure.....	119
3.2.1. Le reti cliniche.....	119
3.2.2. La tutela delle fasce fragili e deboli della popolazione.....	122
3.2.3. L'accessibilità	125
3.2.4. Gli aspetti organizzativi dell'integrazione	129
3.3. Sicurezza delle cure e gestione del rischio	131
3.3.1. Assetto organizzativo per rischio e sicurezza	131
3.3.2. Sorveglianza e monitoraggio.....	132
3.3.3. Gestione degli eventi critici.....	137
3.3.4. Tracciabilità dei pazienti e prevenzione errori di identificazione	138
3.3.5. Sicurezza di strutture e impianti	139
3.4. Appropriata, qualità' delle cure e dignità' della persona	141
3.4.1. L'audit clinico	141
3.4.2. Pdta (percorsi diagnostico – terapeutico - assistenziali)	149
3.4.3. Qualità delle cure.....	151
3.4.4. Dignità della persona	155
3.5. Innovazione e investimenti	156
3.5.1. Sistema informativo.....	156
3.5.2. Tecnologie biomediche.....	158
3.5.3. Piano degli investimenti-lavori.....	162
4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione.....	164
4.1. La "carta d'identità" del personale	165
4.2. Gestione del rischio e sicurezza del personale	175
4.3. Sistema di valutazione delle competenze e sistema premiante.....	179
4.4. Formazione e sviluppo professionale del personale	180
4.5. Sistema informativo del personale	186
4.6. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze	187
5. Sistemi di relazioni e strumenti di comunicazione	193

6. Governo della ricerca e dell'innovazione	194
6.1. Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione	195
6.2. Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	196
6.3. Garanzie di trasparenza	197
6.4. Indicatori di ricerca e didattica	199
7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	204

1. CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il presente capitolo ha l'obiettivo di realizzare una descrizione sintetica dello stato di salute della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL. In considerazione del fatto che molta parte della programmazione e pianificazione aziendale viene effettuata a livello distrettuale, si è cercato, ove possibile, di riportare dati che descrivessero questa area. I confronti sono stati fatti in generale solo con indicatori standardizzati ovvero depurati dell'effetto di differente distribuzione per età e genere.

PRINCIPALI VARIAZIONI RISPETTO AL BILANCIO di MISSIONE 2010

- la **popolazione residente** nell'Azienda USL di Bologna all'1/1/2012 registra un incremento dello 0,7% rispetto all'1/1/2011, incremento analogo all'anno precedente e in linea con quello regionale (0,6%)
- la **popolazione ultra 65enne** nello stesso periodo presenta un incremento numerico dell'1,7% e la sua percentuale rispetto alla popolazione totale passa dal 23,5% al 23,8% (verso un 22,5% regionale)
- sono in ulteriore crescita le **famiglie composte da una sola persona**: rappresentano il 41,6% delle famiglie a livello aziendale all'1/1/2011 mentre il valore medio regionale è del 35,6%. Il picco si conferma nel distretto Città di Bologna: 50,1%
- il trend dei **cittadini stranieri residenti** è in aumento (11,2% all'1/1/2012 vs 10,6% all'1/1/2011), anche se la percentuale rimane inferiore a quella regionale (11,9%). Le maggiori concentrazioni si rilevano nei distretti di Città di Bologna e Porretta Terme
- il **tasso di natalità** della popolazione aziendale, che fino al 2009 presentava un trend in aumento, mostra invece nel 2010 un decremento (8,7‰ vs 9,3%)
- nella provincia di Bologna il **tasso di occupazione**, già diminuito nel 2009, diminuisce ancora nel 2010 nel sesso femminile (62,8%) e rimane stabile nei maschi (75,4%). Entrambi si mantengono comunque leggermente superiori a quelli regionali (rispettivamente 59,9% e 74,9%)
- la **popolazione fragile** è aumentata del 10,7% dal 2009 al 2010, passando dal 26% del 2009 al 28% della popolazione residente nel territorio aziendale
- la **mortalità generale** ha continuato nel 2010 la sua diminuzione, in modo particolare quella per patologie cardiovascolari.
- I tassi di **suicidi e tentativi di suicidio** nella provincia di Bologna nel 2010 subiscono un decremento rispetto al 2009, mantenendosi però superiori a quelli regionali e nazionali
- continua, dal 2009 al 2010 la riduzione già registrata negli anni precedenti del numero di **incidenti stradali, di morti e di feriti**

1.1. POPOLAZIONE

(Dati demografici aggiornati all' 1.1.2012)

L'ANDAMENTO DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

Tabella 1.1 Abitanti e densità demografica per Distretto-Azienda USL di Bologna al 1/1/2012. Fonte RER

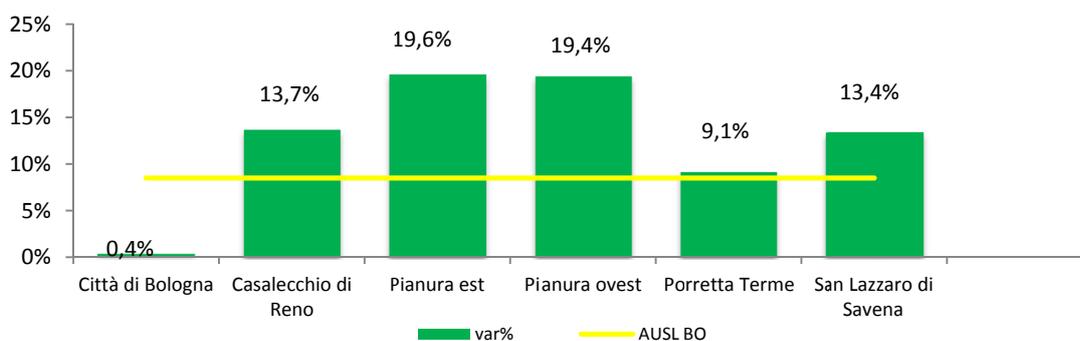
NOME	FEMMINE	MASCHI	TOTALE	% MASCHI	SUPERFICIE (KMQ)	DENSITÀ
Città di Bologna	203.281	179.503	382.784	46,9	140,7	2720,6
Casalecchio di Reno	57.092	53.534	110.626	48,4	404,4	273,6
Pianura est	80.044	76.244	156.288	48,8	756,3	206,6
Pianura ovest	41.715	40.535	82.250	49,3	374,9	219,4
Porretta Terme	29.071	28.661	57.732	49,6	816,4	70,7
San Lazzaro di Savena	39.297	37.317	76.614	48,7	422,7	181,2
Azienda USL BO	450.500	415.794	866.294	48,0	2.915,40	297,1
Regione Emilia-Romagna	2.295.039	2.164.207	4.459.246	48,5		

La popolazione residente nell'Azienda USL di Bologna all' 1/1/2012 risultava in incremento dello 0,7% rispetto al 1/1/2011, incremento analogo all'anno precedente e in linea con quello regionale (0,6%).

Dall' 1/1/2000 all' 1/1/2012 la popolazione residente nel territorio aziendale è aumentata complessivamente del 8,5%, percentuale inferiore a quella media regionale (12%).

Nel nostro territorio, come nel resto della Regione, è particolarmente importante il flusso migratorio, che condiziona in modo consistente l'andamento demografico e compensa il saldo naturale ancora negativo.

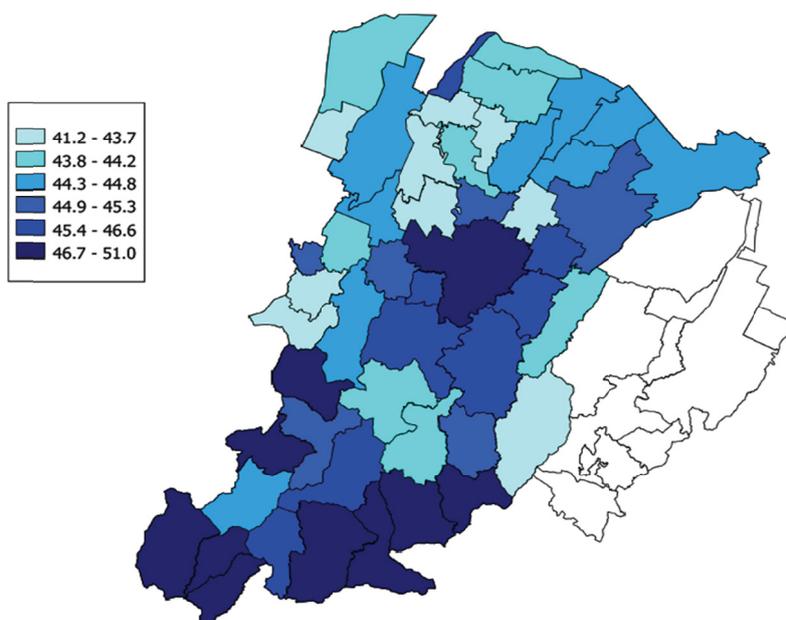
Grafico 1.1 Aziende USL di Bologna: popolazione residente per Distretto – Variazioni percentuali 1/1/2000-1/1/2012.



Tra i vari distretti esistono differenze significative nei trend di crescita della popolazione, anche per effetto di movimenti migratori interni; in particolare nel periodo 2000-2012 i Distretti Pianura Est e Pianura Ovest hanno registrato un incremento superiore al 19%, quello di Città di Bologna una sostanziale stabilità.

L'età media della popolazione aziendale è andata aumentando fino al 2003 e da tale anno è stabile (45,9 anni all'1/1/2012). I comuni con l'età media più alta sono quelli di Camugnano, Lizzano in Belvedere e Castel D'Aiano (rispettivamente 51, 49,5 e 49,1) mentre quelli con l'età media più bassa sono Castello D'Argile, Sant'Agata Bolognese e Castello di Serravalle (rispettivamente 41,2, 41,7 e 42,4).

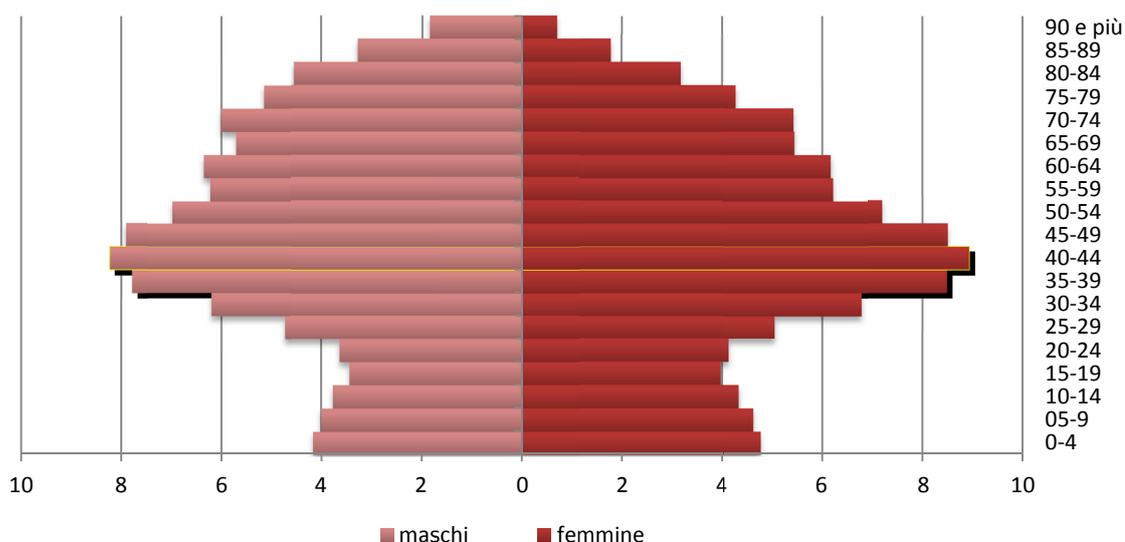
Figura 1.1 Età media nei Comuni dell'azienda USL di Bologna all'1/1/2012. Fonte RER



CARATTERISTICHE STRUTTURALI DELLA POPOLAZIONE

La distribuzione per fasce d'età espressa dalla piramide dell'età dimostra un apice allargato, conseguenza della numerosità della popolazione anziana, ma anche valori alla base superiori al passato, segno di una ripresa di crescita della popolazione più giovane.

Grafico 1.2 Azienda USL di Bologna: piramide dell'età della popolazione residente per sesso e classi quinquennali di età espressi in valore percentuale sul totale della popolazione. (Base = classe di età 0-4 anni, apice = classe di età >90 anni) – Anno 2011



Nel corso degli ultimi dieci anni l'indice di vecchiaia (rapporto tra anziani, di età maggiore di 65 anni e giovani, di età inferiore a 15) è passato da più di 2 anziani per giovane all'attuale 1,8.

All'1/1/2012, rispetto all'anno precedente, l'indice non diminuisce, ma è tendenzialmente stabile. La struttura per età della popolazione, sintetizzata nella piramide delle età, suggerisce che potremo assistere nei

prossimi anni ad un'inversione di tendenza, dovuta alla diminuzione delle nascite, per effetto del calo delle donne in età feconda, e all'aumento degli anziani.

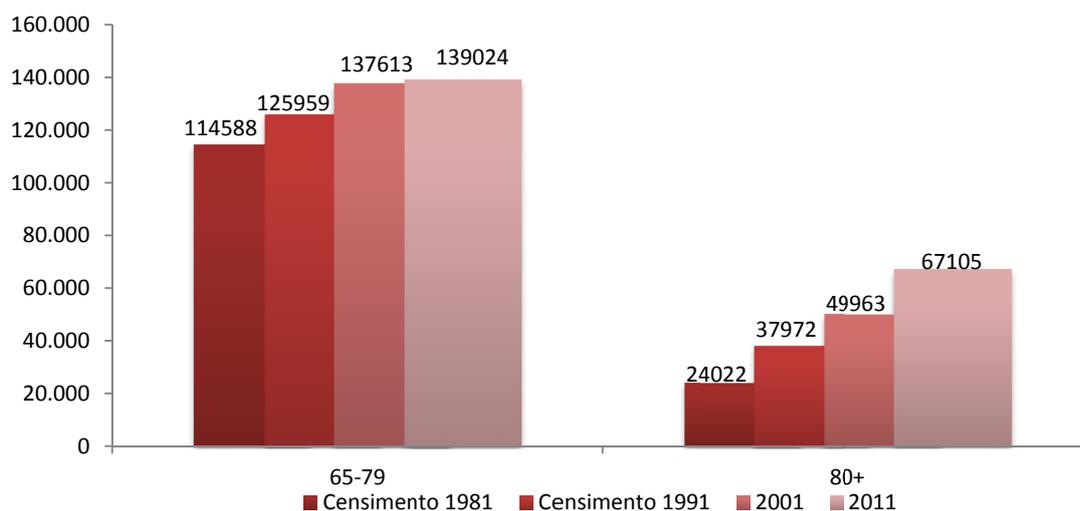
Tabella 1.2 Popolazione residente di 65 anni e oltre suddivisa per due fasce di età (65-79 e 80+) in Aziende USL di Bologna per Distretti e di residenza al 1.1.2012. Fonte RER

AREA DI RIFERIMENTO	VALORI ASSOLUTI			% SUL TOTALE		
	65-79	80+	65+	65-79	80+	65+
Città di Bologna	64.622	34.845	99.467	16,9	9,1	26,0
Casalecchio di Reno	17.887	7.532	25.419	16,2	6,8	23,0
Pianura Est	22.762	10.252	33.014	14,6	6,6	21,1
Pianura Ovest	11.823	5.193	17.016	14,4	6,3	20,7
Porretta Terme	9.147	4.398	13.545	15,8	7,6	23,5
San Lazzaro di Savena	12.783	4.885	17.668	16,7	6,4	23,1
Azienda USL di Bologna	139.024	67.105	206.129	16,0	7,7	23,8
Regione Emilia Romagna	683.537	320.913	1.004.450	15,3	7,2	22,5

Rispetto all'anno 2010 la popolazione ultra 65enne presenta un lieve incremento numerico, pari allo 1,7%, situazione analoga a quella osservata nell'intera Regione. L'incremento riguarda entrambe le classi di età 80+ anni (+1,9 %) e quella 65-79 (+1,7%).

La popolazione della nostra Azienda è **più anziana di quella media regionale**. Il Distretto Città di Bologna è quello che ospita la popolazione residente più anziana, seguito da quello di Porretta Terme.

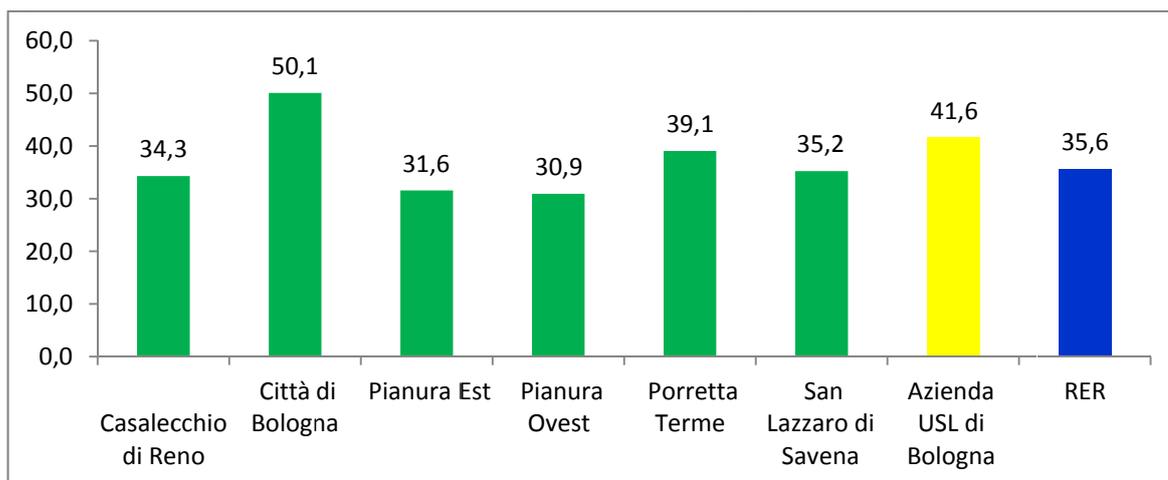
Grafico 1.3 popolazione anziana residente per grandi classi d'età- Azienda USL di Bologna - Anni 1981, 1991, 2001, 2011.



Dal 2001 al 2011 la popolazione ultrasessantacinquenne complessiva è aumentata del 9,9%.

Il grafico evidenzia come l'incremento ha riguardato sostanzialmente **la fascia degli ultraottantenni**: più del 34 % negli stessi anni, a fronte di un +1% della fascia 65-79 anni.

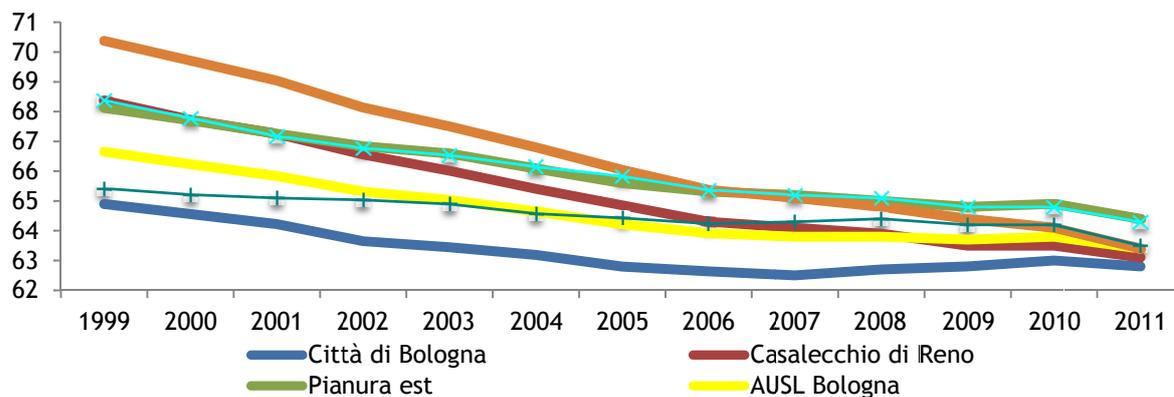
Grafico 1.4 famiglie unipersonali nei distretti Azienda USL di Bologna all' 1/1/ 2011. fonte RER



In parallelo si osserva che sono in crescita le **famiglie composte da una sola persona**: a livello aziendale all'1/1/2011 sono il 41,6%, la percentuale più alta in Regione, seguita dall'AUSL di Parma (38%), con un picco nel Distretto di Bologna e con il valore più basso osservato nella Pianura Ovest. Il valore medio regionale è invece del 35,6%, cresciuto del 1,7% rispetto all'anno precedente (crescita analoga a quella registrata nell'Azienda di Bologna). La maggior parte di famiglie unipersonali è rappresentata da persone anziane che vivono sole.

Analogamente è il più basso in Regione il numero medio di componenti per famiglia: 2,08

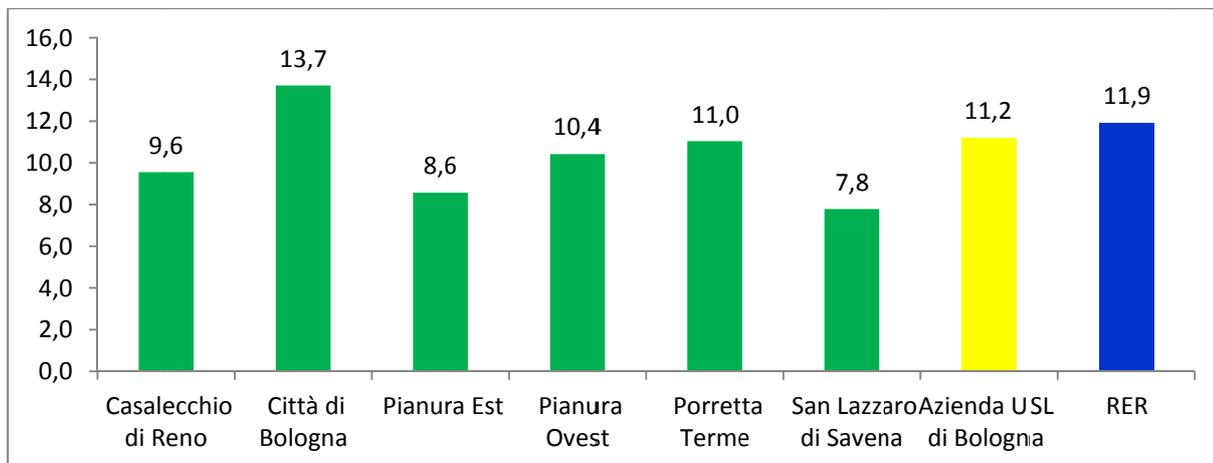
Grafico 1.5 Percentuale di popolazione residente in età lavorativa per Distretto in Azienda USL di Bologna - periodo 1999-2011. Fonte RER



Il trend della popolazione in età lavorativa è in netto calo negli ultimi 12 anni, in modo particolare dal 1999 al 2011 in tutta l'area aziendale. Tuttavia dal 2007 si osserva un decremento meno importante, ma soprattutto una tendenza opposta nel Distretto di Bologna, dove la percentuale di popolazione residente tra i 15 e i 64 anni è in leggero aumento.

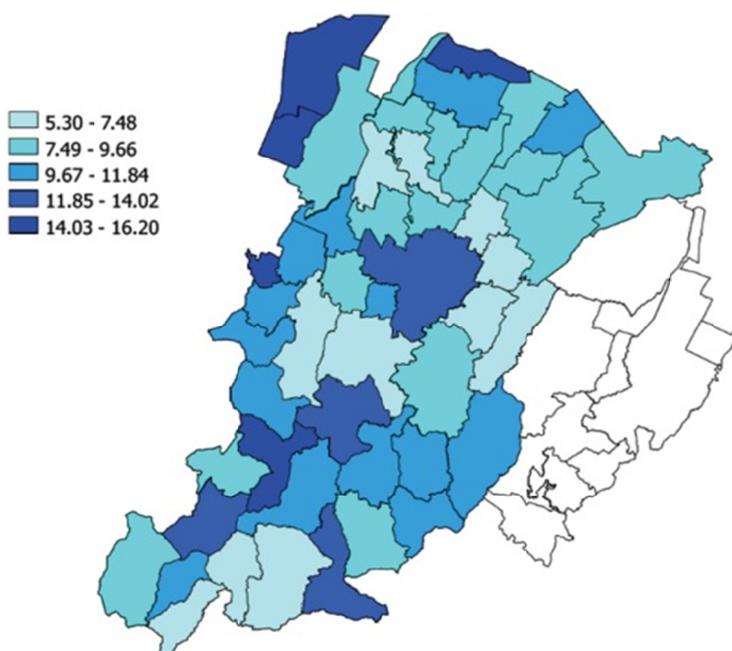
I CITTADINI STRANIERI RESIDENTI

Grafico 1.6 Percentuale di cittadini stranieri residenti all'1/1/2012 per distretto .Fonte RER



Il trend dei **cittadini stranieri residenti** è in aumento (11,2% all'1/1/2012 vs 10,6% all'1/1/2011), ma la percentuale rimane inferiore a quella regionale. I Distretti che ne registrano la maggior percentuale sono Città di Bologna (che supera il valore regionale) e Porretta Terme, quella inferiore è a San Lazzaro di Savena.

Figura 1.1 Percentuale di cittadini stranieri residenti nei comuni dell'Azienda USL di Bologna all'1/1/2012. Fonte RER



L'età media dei residenti stranieri si sta progressivamente innalzando (32,3 all'1/1/2012 vs 30,1 nel 2005) soprattutto legata all'aumento dell'età media nella popolazione femminile. Dal 2007 la popolazione residente straniera è in maggioranza femminile: all'1/1/2012 le donne rappresentano il 53% del totale degli stranieri residenti in azienda.

Complessivamente il rapporto fra maschi e femmine nella popolazione straniera aziendale (rapporto di mascolinità) è di 88,8 maschi ogni 100 femmine mentre nella popolazione italiana è 92,3.

Tabella 1.3 Numerosità e distribuzione percentuale delle prime cittadinanze sul totale degli stranieri nella Provincia di Bologna al 1/1/2012 .Fonte RER

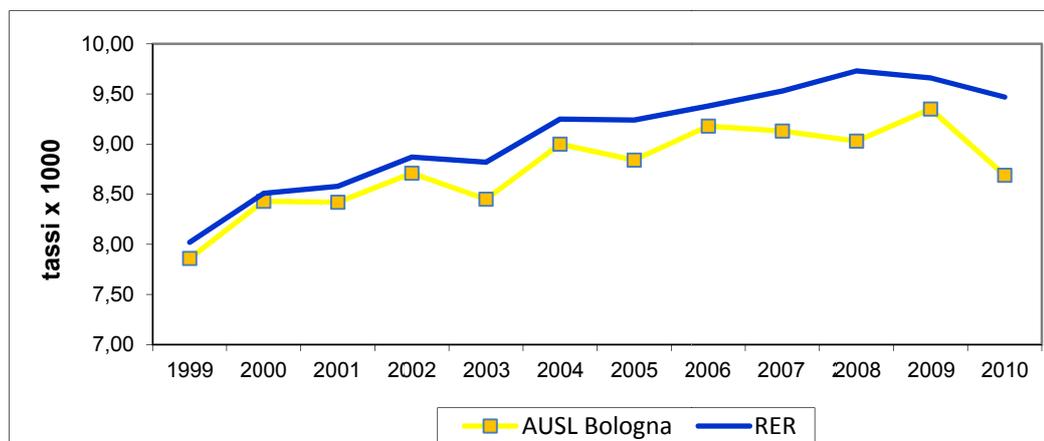
	Cittadinanze	N° assoluto	% su tutte le cittadinanze
1°	Romania	19.400	17,7
2°	Marocco	15.292	13,9
3°	Albania	7.926	7,2
4°	Moldova	7.108	6,5
5°	Pakistan	5.975	5,4
6°	Ucraina	5.855	5,3
7°	Filippine	5.790	5,3
8°	Bangladesh	5.636	5,1
9°	Cinese, Rep. Popolare	4.726	4,3
10°	Tunisia	4.257	3,9
	Totale	109.698	100

SOGGETTI IN CONDIZIONI DI MARGINALITÀ

Risultano 1.085 al 31/12/2011 i detenuti nella casa circondariale di Bologna, più di un quarto di tutta la Regione (4.000), in gran maggioranza maschi (1.014). L'indice di sovraffollamento, presenze su 100 posti, è di 218,3, tra i più alti della regione, che ha un valore medio di 163.

FLUSSI NATURALI. I NATI E I MORTI

Grafico 1.6 Tassi grezzi di natalità per 1000 residenti Azienda USL di Bologna e Regione Emilia Romagna. Anni 1999-2010.



Il tasso di natalità della popolazione aziendale che presentava un trend in aumento fino al 2009 mostra invece nel 2010 un decremento (8,69 ‰ vs 9,35%). Questo determina un aumento del differenziale con il tasso medio regionale (9,47 ‰).

1.2. CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE E TENORE DI VITA. CARATTERISTICHE DEL TESSUTO PRODUTTIVO E DEL MERCATO DEL LAVORO

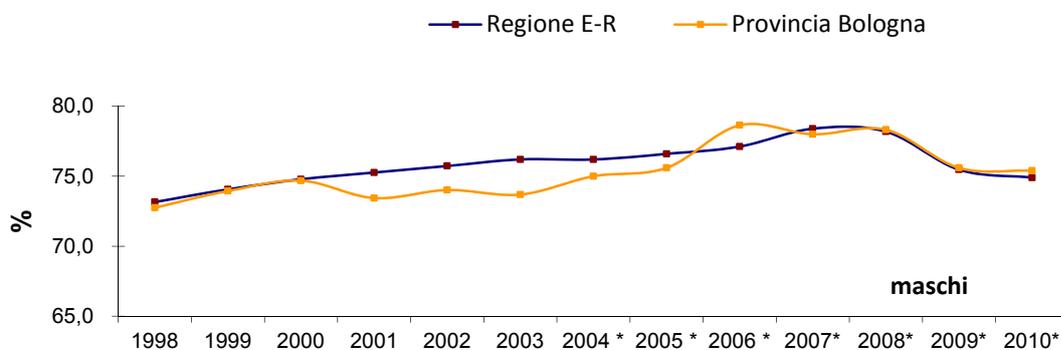
LIVELLO DI ISTRUZIONE

Come noto il livello di istruzione è un buon indicatore delle condizioni socio-economiche di una popolazione. Dall'indagine PASSI per l'Italia risulta che la popolazione dell'Azienda USL di Bologna nel periodo 2008-2011 ha un più alto livello di istruzione rispetto alla media regionale (63,1% vs 58,8% dei cittadini hanno un titolo di

studio di licenza media superiore o laurea). La differenza tra l’Azienda USL di Bologna e la regione è andata leggermente diminuendo nel tempo: nel 2006, infatti, tale percentuale era rispettivamente del 63% e del 56%.

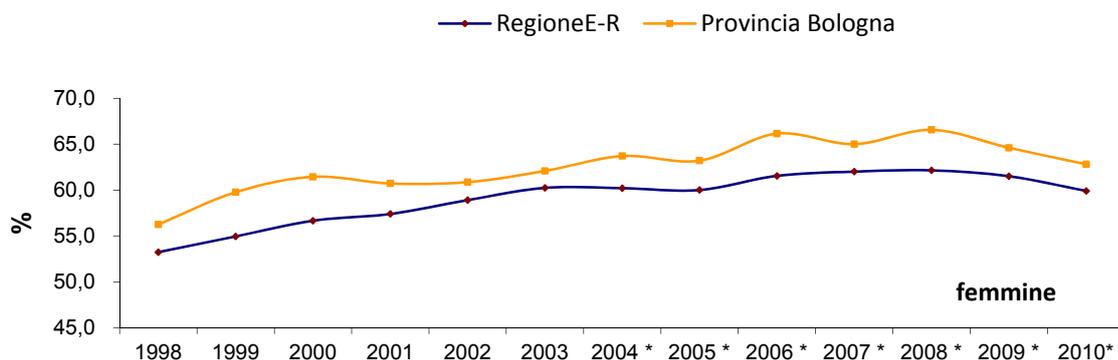
TASSI DI ATTIVITÀ, OCCUPAZIONE E DISOCCUPAZIONE

Grafico 1.7 Tasso d’occupazione (maschi): periodo 1998-2010 - Provincia di Bologna e Regione Emilia Romagna



*I dati relativi non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti in quanto l'Istat ha significativamente cambiato il sistema di rilevazione.

Grafico 1.8 Tasso d’occupazione (femmine): periodo 1998-2010 - Provincia di Bologna e Regione Emilia Romagna



Nella provincia di Bologna il tasso di occupazione, già diminuito nel 2009, diminuisce ancora nel 2010 nel sesso femminile (62,8%) e rimane stabile nei maschi (75,4%). Entrambi si mantengono comunque leggermente superiori a quelli regionali (rispettivamente 59,9% e 74,9%). Il tasso di disoccupazione che nel 2010 è del 4,6% nei maschi e 7% nelle femmine, ha visto un’importante aumento (+49% rispetto al 2008 nei maschi e + 39% nelle femmine). Come noto, tale fenomeno è una conseguenza della crisi economica internazionale che ha investito anche il nostro territorio, in particolare nel settore dell’occupazione.

Dall’indagine PASSI per l’Italia 2008-2011 risulta che nella popolazione dell’Azienda USL di Bologna il 61,4% degli intervistati lavora in modo continuo, percentuale inferiore a quella regionale (65,7%).

DISTRIBUZIONE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE PER SETTORE

Nel 2010 il numero di occupati nel settore industriale nella provincia di Bologna è diminuito, proseguendo il trend in discesa evidenziato già nel 2008 (-4%). E’ in diminuzione anche il numero di occupati nel settore delle costruzioni (-12%), nel commercio (-8%) e in misura inferiore nel Terziario e nell’Agricoltura.

LAVORATORI CON CONTRATTO INTERINALE

Nel 2010 i lavoratori assunti con contratto interinale, dopo la riduzione registrata nel 2009, sono nuovamente aumentati (27.817 vs 21.147 pari a + 24%), tornando a valori più vicini a quelli del biennio 2007-2008. Anche a livello regionale il numero di lavoratori interinali ha registrato un aumento (84.710 vs 63.396 pari a + 25%), in quanto l'aumento si è registrato in tutte le province.

LAVORATORI STRANIERI

Prosegue nella Provincia di Bologna l'aumento, già evidenziato nel 2009, del numero dei lavoratori non comunitari regolarmente occupati.

Tale aumento (1.866 unità in più rispetto al 2009) è dovuto essenzialmente alla componente femminile

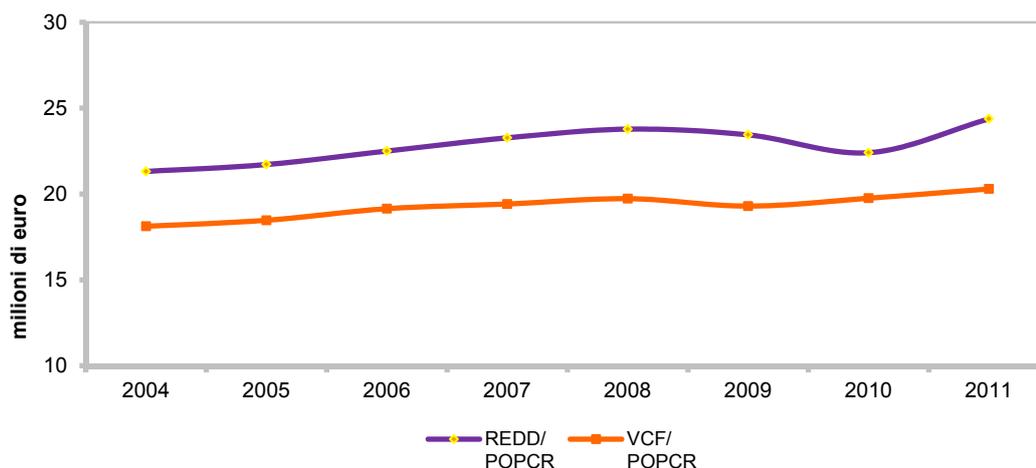
TENORE DI VITA

Per quanto riguarda il tenore di vita della popolazione bolognese, i dati relativi all'anno 2011 mostrano una ripresa con un aumento del reddito medio pro-capite dopo la riduzione registrata negli anni 2009 e 2010.

Quella di Bologna si conferma come la provincia a più alto reddito di tutta la regione.

La spesa per i consumi finali delle famiglie nel 2011 continua lievemente a crescere, su valori vicini a quelli registrati nel 2007, a differenza del valore medio regionale che resta inferiore e stabile rispetto al 2010.

Grafico 1.9 Reddito medio pro-capite e consumi familiari medi. Provincia di Bologna



POPCR: popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: ISTAT ;
REDD: reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP). Valori a prezzi correnti, milioni di euro;
VCF: spesa per consumi finali delle famiglie. Valori a prezzi correnti, milioni di euro

DIFFICOLTÀ ECONOMICHE RIFERITE

Dai risultati del sistema di sorveglianza PASSI 2008-2011, si evidenzia che il 51% dei cittadini residenti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna riferisce di non avere difficoltà economiche, il 36,5% di averne qualcuna e il 12,8% di avere molte difficoltà economiche. A livello regionale la quota di cittadini che dichiara di non avere difficoltà economiche è del 56,3%, quella di coloro che ne hanno qualcuna è del 33,6, il 10,1% dichiara molte difficoltà.

FRAGILITÀ

La fragilità, sanitaria e sociale, la sua identificazione e quantificazione, rappresenta un fenomeno particolarmente importante perché contiene ed esprime il core della domanda e del bisogno socio-sanitario a cui risponde l'Azienda USL. Definire livelli di fragilità in termini di differenti gradi di complessità risponde quindi alle necessità di pianificare, programmare e perciò ottimizzare i servizi forniti all'utenza che più di altri

vi accede. E' stata studiata la **fragilità nel territorio aziendale**, attraverso procedure di record-linkage tra varie banche: dati aziendali, tra cui le esenzioni farmaceutiche, gli elenchi di fragili per il sistema di sorveglianza "Ondate di calore", gli elenchi di assistenza domiciliare, gli assistiti e-Care, gli elenchi delle dimissioni protette, i soggetti in carico agli infermieri di famiglia e i frequent users.

La popolazione fragile risultante è composta al 31/12/2010 di **241.981 persone**, come si può osservare nella tabella seguente. A fronte di un aumento di popolazione tra l'anno 2009 e il 2010 di meno dell'1% (+0,78%) l'aumento della popolazione fragile è risultato pari al 10,7% nell'intera AUSL, passando dal 26% circa del 2009 al 28% della popolazione residente.

La fragilità, come ci si attendeva, aumenta al crescere dell'età. Le classi di età che contengono il maggior numero di fragili sono quelle tra i 50 ed i 84 anni, che da soli rappresentano oltre il 60% di tutta la fragilità. Interessante è il fatto che oltre un quinto della fragilità è concentrata nella fascia 50-64 anni, popolazione ancora attiva.

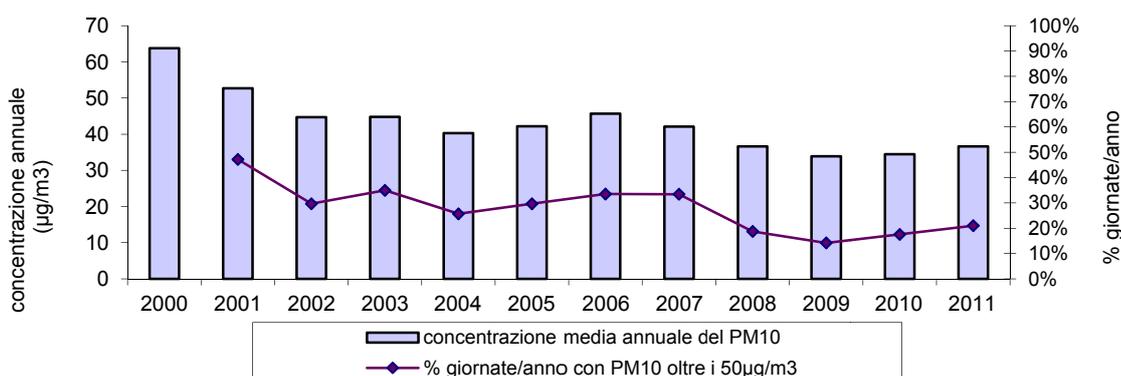
Tabella 1.4 Distribuzione della popolazione fragile per distretto di residenza

Distretto	pop tot al 31/12/2010	pop fragile	% su pop distretto	% su pop fragile	età mediana pop fragile
Città di Bologna	380.181	112.606	29,6	46,5	69
Casalecchio di Reno	109.621	30.244	27,6	12,5	67
San Lazzaro di Savena	76.051	21.829	28,7	9,0	65
Pianura Est	154.574	40.739	26,4	16,8	65
Pianura Ovest	81.782	20.693	25,3	8,6	65
Porretta Terme	57.828	15.870	27,4	6,6	66
AUSL di Bologna	860.037	241.981	28,1	100,0	67

1.3. AMBIENTE

L'inquinamento atmosferico è un importante determinante di salute con effetti sanitari sia acuti che cronici. Gli studi epidemiologici hanno mostrato che l'inquinamento atmosferico incrementa la mortalità e la morbosità, soprattutto per malattie cardiovascolari e respiratorie ed aumenta il ricorso ai servizi sanitari e alle ospedalizzazioni. Tra i vari inquinanti, il PM₁₀ rappresenta un buon indicatore di potenziali effetti sanitari. Nel corso degli ultimi anni, le sue concentrazioni medie annuali si sono ridotte in modo significativo con una diminuzione più marcata fino al 2004. Negli ultimi due anni si è notato invece un aumento, seppur lieve, delle concentrazioni medie di questo inquinante che comunque dal 2008 si mantiene al di sotto dei limiti previsti dalla normativa vigente per quanto riguarda il valore limite della concentrazione media annuale (40 µg/m³).

Grafico 1.10 Andamento delle concentrazioni medie annuali del PM10 e percentuale delle giornate/anno con valori oltre i 50µg/m3 – Centralina Porta San Felice, Bologna – anni 2000-2011 – Fonte dati: ARPA Regione Emilia Romagna

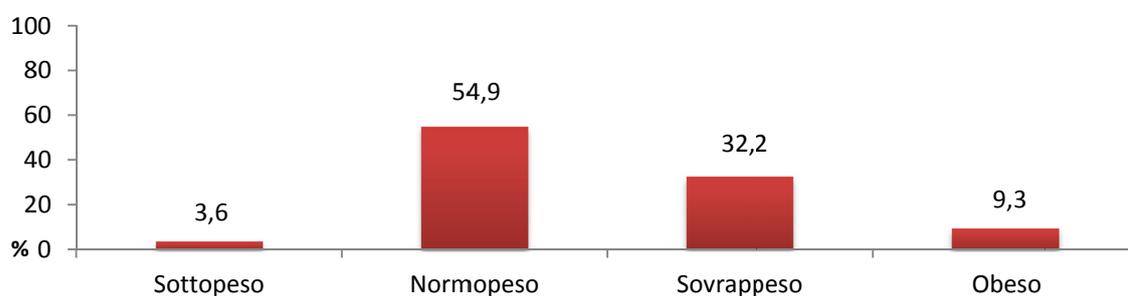


Analizzando l'altro valore limite e cioè la concentrazione di 50 µg/m³ da non superare più di 35 volte all'anno, si osserva un trend in riduzione del numero di superamenti di questo valore anche se dal 2010 si osserva una lieve perdita dei miglioramenti acquisiti. Negli ultimi undici anni i superamenti annui sono comunque sempre stati più di 35, con una percentuale superiore al 10% di giornate con PM10 oltre i 50 µg/m³. Per quanto riguarda l'andamento temporale negli ultimi anni del biossido di azoto e l'ozono, altri inquinanti con effetti negativi sulla salute, non si osserva un chiaro trend in riduzione. L'impatto sanitario di questi inquinanti oltre che del PM10 e del PM2,5 resta quindi da monitorare nel tempo.

1.4. STILI DI VITA. RISULTATI 2008-2011 DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI PER L'ITALIA¹

SITUAZIONE NUTRIZIONALE NELLA POPOLAZIONE

Grafico 1.11 Situazione nutrizionale Azienda USL di Bologna – Stima indagine PASSI anno 2008-2011



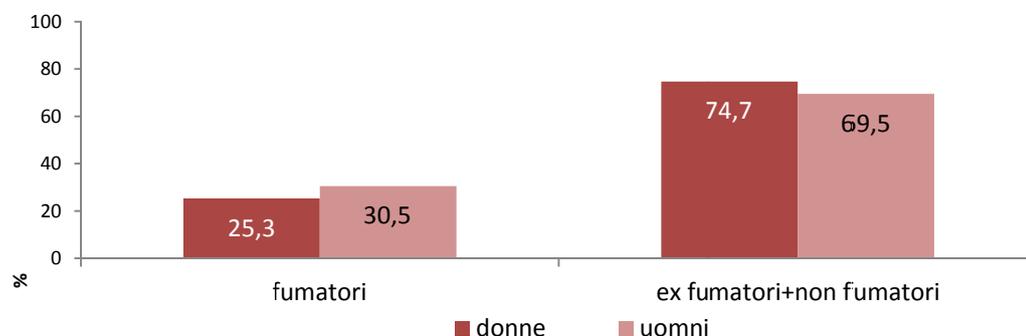
L'eccesso ponderale è molto diffuso nella nostra popolazione: il 32,2 % delle persone risulta in sovrappeso, il 9,3 % obeso (per un totale del **41,5%**, verso un 43,5 % regionale), mentre il 3,6% è in sottopeso

ATTIVITÀ FISICA

Risulta che tra i cittadini residenti nell'area dell'Azienda USL di Bologna il 33,5% aderisce alle linee guida sulla attività fisica, svolge cioè una attività regolare intensa o moderata verso un 30,8% a livello regionale; il 22,5% non pratica alcun tipo di attività fisica.

ABITUDINE AL FUMO

Grafico 1.12 Abitudine al fumo Azienda USL di Bologna – Stima indagine PASSI anno 2008-2011



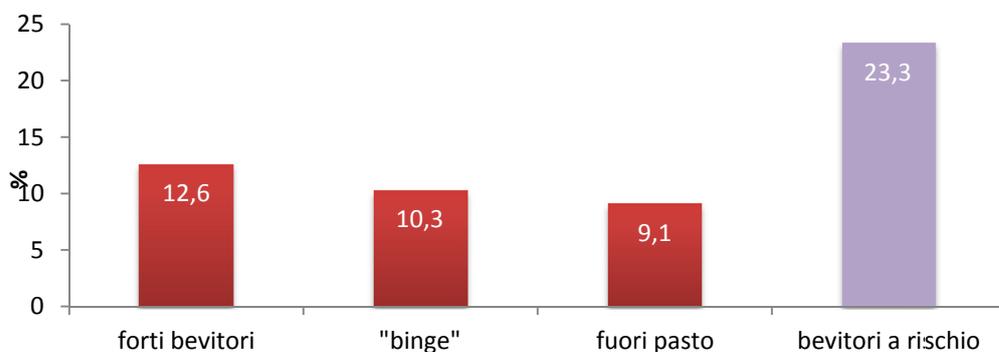
¹ Lo studio PASSI si inserisce tra le attività finalizzate alla promozione della salute ed è un sistema di sorveglianza sulla salute dei cittadini ed in particolare sui loro comportamenti a rischio.

L'indagine, iniziata in via sperimentale negli anni 2005 e 2006 ed entrata a regime nel 2007, viene condotta ogni anno tramite interviste telefoniche, su un campione di persone residenti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna e di età compresa tra i 18 e 69 anni.

I fumatori abituali rappresentano il 27,9% degli intervistati (verso un 29,3% in Regione), gli ex fumatori il 20,7% e i non fumatori il 51,4%. Rispetto al periodo 2007-2009 la percentuale di fumatori tra le donne è aumentata di circa due punti percentuale (25,3% vs 23%). La percentuale più alta di fumatori si ha nella classe di età 35-49 anni (33%) seguita dalla classe 18-34anni (29,7%). Del totale dei fumatori attuali, il 26% ha dichiarato di aver fatto, nell'ultimo anno, almeno un tentativo per smettere di fumare.

CONSUMO DI ALCOL

Grafico 1.13 Consumo di alcol Azienda USL di Bologna – bevitori a rischio - Stima indagine PASSI anno 2008-2011



I bevitori ritenuti a rischio corrispondono ad un 23,3% degli intervistati (percentuale simile a quella regionale), con una differenza significativa tra gli uomini (29,4%) e le donne (17,3%). Anche tra i bevitori "binge" (10,3% della popolazione), ovvero coloro che consumano più di 6 unità di bevande alcoliche in un'unica occasione, la differenza tra i generi risulta significativa. Tra i bevitori a rischio sono compresi i forti bevitori, i bevitori "binge" e coloro che bevono soprattutto fuori pasto.

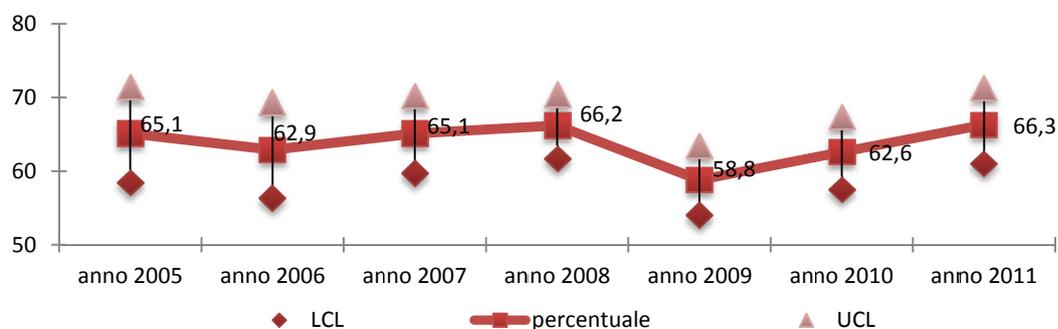
SALUTE MENTALE

Nella nostra popolazione la percentuale di soggetti che riferisce sintomi associabili alla depressione è pari al 7,4%, in linea con quella regionale (7,4%).

STATO DI SALUTE PERCEPITO

Complessivamente la maggioranza dei cittadini residenti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna percepisce come buono o molto buono il proprio stato di salute. Tale condizione risulta nel tempo relativamente stabile. Nel 2011 il 66,3% di cittadini dichiara di sentirsi bene o molto bene.

Grafico 1.14 Percentuale di cittadini (con intervallo di confidenza:LCL e UCL) Azienda USL di Bologna che dichiarano di sentirsi bene o molto bene. Anni 2005 – 2011



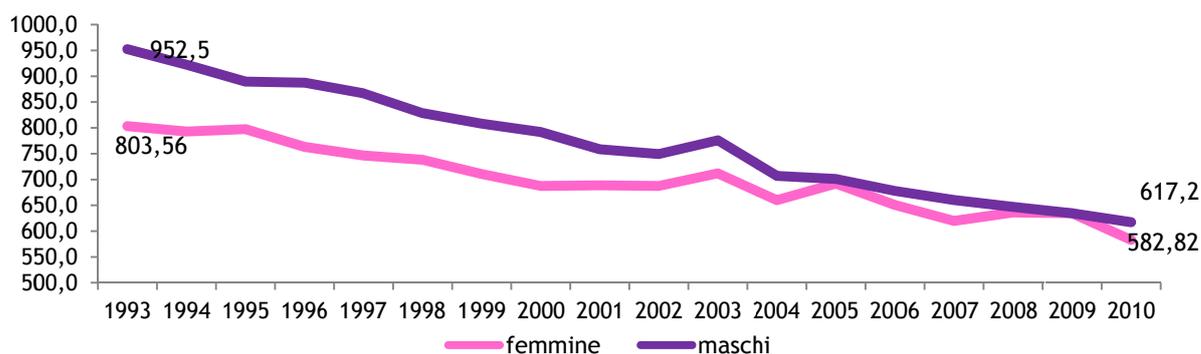
Nel periodo 2008-2011 il 63,8 % di cittadini dichiara di sentirsi bene o molto bene, percentuale leggermente inferiore alla media regionale dello stesso periodo (67,9%).

1.5. OSSERVAZIONI EPIDEMIOLOGICHE

MORTALITÀ GENERALE

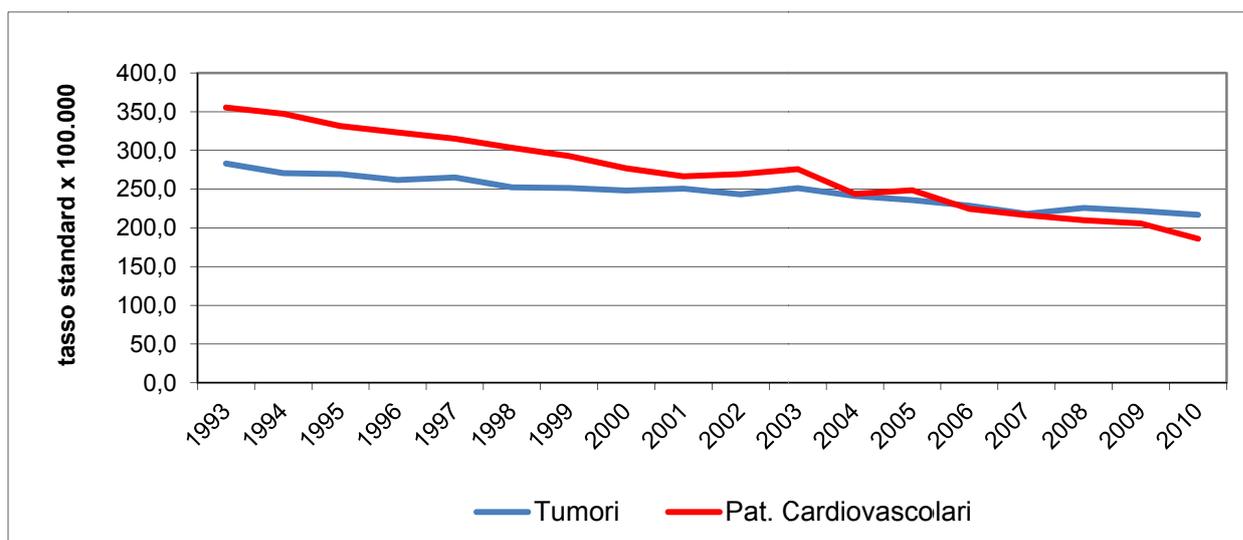
La mortalità, indicatore principe nella valutazione dello stato di salute di una popolazione, nel corso del periodo 1993-2010 ha presentato un **andamento in costante e continua diminuzione**, soprattutto per il sesso maschile, segnale di un miglioramento complessivo delle condizioni di salute locali. Rispetto a tale andamento fa eccezione l'anno 2003, già noto per gli effetti consistenti sulla mortalità dell'estate torrida che lo ha caratterizzato. Questo positivo andamento è confortato da una sistematica lieve crescita della speranza di vita in entrambi i generi.

Grafico 1.15 Andamento tassi standardizzati di mortalità generale (maschi vs femmine - anni 1993-2010 - Azienda USL di Bologna - Pop. Standard Italia 1991).



Nel periodo 1993-2010, si osserva una costante diminuzione della **mortalità per patologie cardiovascolari e per tumori** in entrambi i generi, tuttavia tale riduzione è molto più marcata negli uomini rispetto alle donne. Confrontando i tassi di mortalità standardizzati (ovvero dopo aver eliminato l'effetto confondente età e sesso) per i due gruppi di patologie si conferma quanto già osservato a partire dal 2008: la mortalità per tumore risulta più alta di quella per patologie cardiovascolari. In pratica su una popolazione standard di 100.000 abitanti i morti per tumore sono 217 mentre quelli per malattie cardiovascolari 186.

Grafico 1.16 Andamento tassi standardizzati di mortalità per tumori e per patologie cardiovascolari * 100.000 abitanti (anni 1993-2010) - Azienda USL di Bologna - Pop. Standard Italia 1991).



Confrontando il dato tra i due generi si conferma che la patologia tumorale rappresenta la prima causa di morte fra i maschi mentre nelle donne la causa di morte più frequente è quella per patologie cardiovascolari. Complessivamente la **mortalità per tumori** è in costante diminuzione negli ultimi anni, soprattutto per gli uomini (-28,4%, verso -16,4% delle donne): questo riflette sia gli effetti delle attività di diagnosi precoce presenti nel territorio che i progressi diagnostici e terapeutici raggiunti in molte patologie oncologiche.

Tra i tumori più frequenti vanno ricordati quelli del polmone, della mammella, della prostata, del colon-retto, del pancreas e della vescica.

MORTALITÀ PRECOCE

Gli Anni Potenziali di Vita Persi (PYLL) sono un indicatore spesso usato per esprimere in modo sintetico il peso delle morti precoci in una popolazione

Si calcola come differenza tra la speranza di vita alla nascita e l'effettiva età del paziente appartenente a quella popolazione o gruppo all'epoca del decesso.

Considerando i dati medi del triennio 2008-2010, la mortalità prematura, così come quella generale, colpisce maggiormente il sesso maschile (12,1 anni persi in media rispetto a 10,6 nelle donne).

Le patologie che maggiormente contribuiscono alla mortalità prematura sono i traumatismi, in particolare nei maschi (25,9 anni di vita persi), e i tumori, soprattutto nelle femmine dove incide molto il tumore della mammella con 18,1 anni medi di vita potenzialmente persi. I valori dell'indicatore registrati nell'AUSI di Bologna non si discostano in generale da quelli della Regione Emilia Romagna se non per i traumatismi nelle femmine dove l'indicatore è più alto nella Regione rispetto all'AUSL

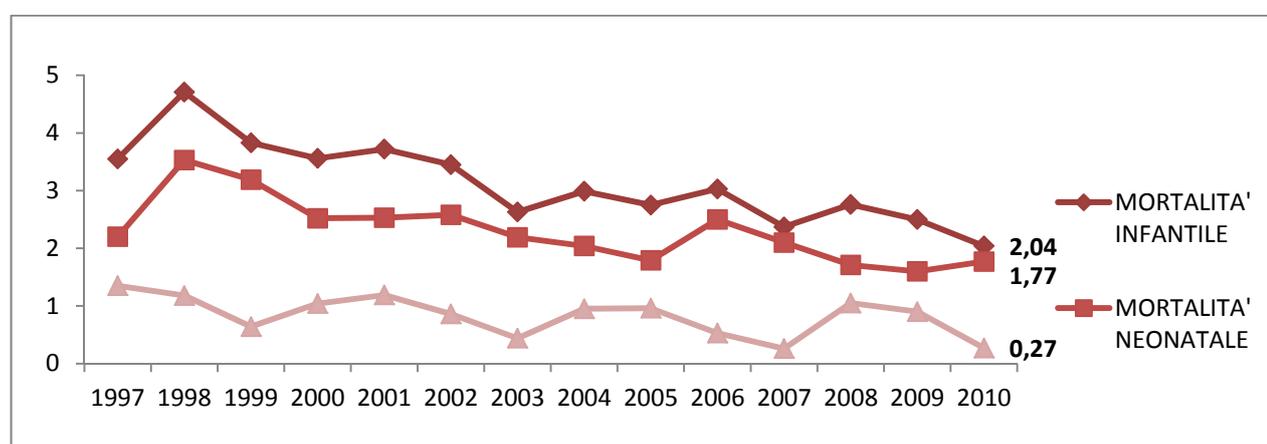
MORTALITÀ INFANTILE E NEONATALE

Nel periodo 1997-2010 la mortalità infantile (ovvero nel primo anno di vita) nella Azienda USL di Bologna ha avuto un andamento prevalentemente in diminuzione con due lievi inversioni del trend nel 2006 e nel 2008, attribuibili nel primo caso all'aumento della quota di mortalità neonatale, cioè quella avvenuta nei primi 28 giorni di vita, e nel secondo caso alla quota di mortalità post-neonatale, cioè quella avvenuta dopo il primo mese di vita. Nell'analisi delle cause le malformazioni congenite rappresentano anche nel 2010 la causa principale di morte. La frequenza di mortalità infantile nel 2010 (pari a 2,04 per mille nati vivi) è inferiore a quella regionale (3.09‰), analogamente alla mortalità neonatale (1,77‰ verso 2,27‰). La quota di mortalità neonatale mostra un lieve incremento rispetto agli anni precedenti. La mortalità postneonatale continua invece a scendere dopo un incremento verificatosi nel 2008.

La più importante causa di mortalità perinatale risulta essere la prematurità, che rappresenta anche il principale determinante della morbosità neonatale e infantile e del basso peso alla nascita.

Nel 2010 il tasso di incidenza dei nati con peso inferiore a 2500 gr. è stato del 6.7% sul totale dei nati vivi, quasi in linea con la media regionale (7%); la quota dei neonati con peso estremamente basso (<1500 gr) è stato del 1,07% (1.1% a livello regionale).

Grafico 1.17 MORTALITA' INFANTILE NELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA (RESIDENTI). ANNI 1997-2010



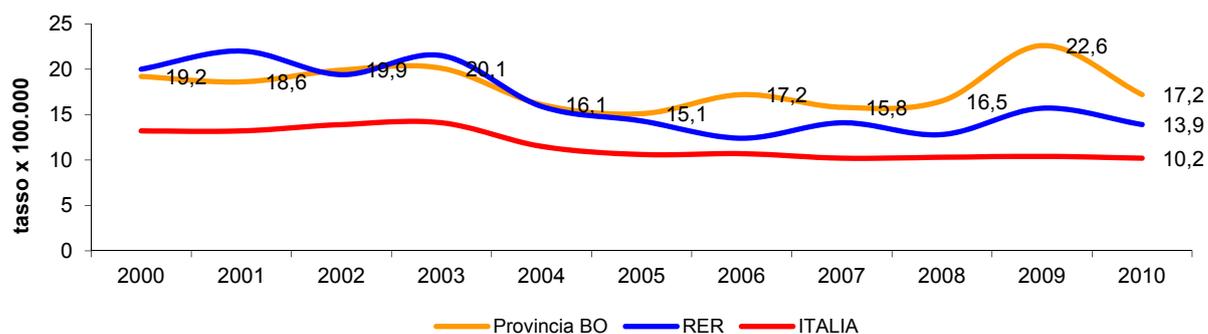
SUICIDI

Tabella 1.8 Tassi di suicidi e tentativi di suicidio nella provincia di Bologna a confronto con RER e Italia anno 2010. (fonte ISTAT)

	Suicidi per 100.000 abitanti	Tentativi di suicidio per 100.000 abitanti	Suicidi e tentativi per 100.000 abitanti
provincia BO	10,0	7,2	17,2
RER	6,3	7,6	13,9
Italia	5,1	5,1	10,2

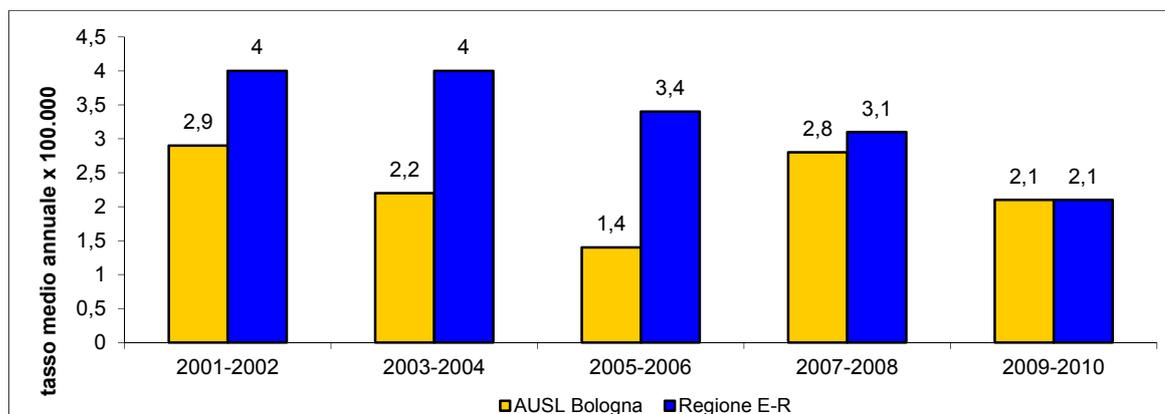
I tassi di suicidi e tentativi di suicidio nella provincia di Bologna nel 2010 subiscono un decremento rispetto al 2009, riduzione che si è verificata anche a livello regionale il cui valore medio risulta sempre inferiore a quello della provincia di Bologna. Il dato regionale è a sua volta superiore a quello nazionale.

Grafico 1.18 Tassi di suicidi e tentativi di suicidio nella provincia di Bologna a confronto con RER e Italia. Anni 2000- 2010 (fonte ISTAT)



MORBOSITÀ

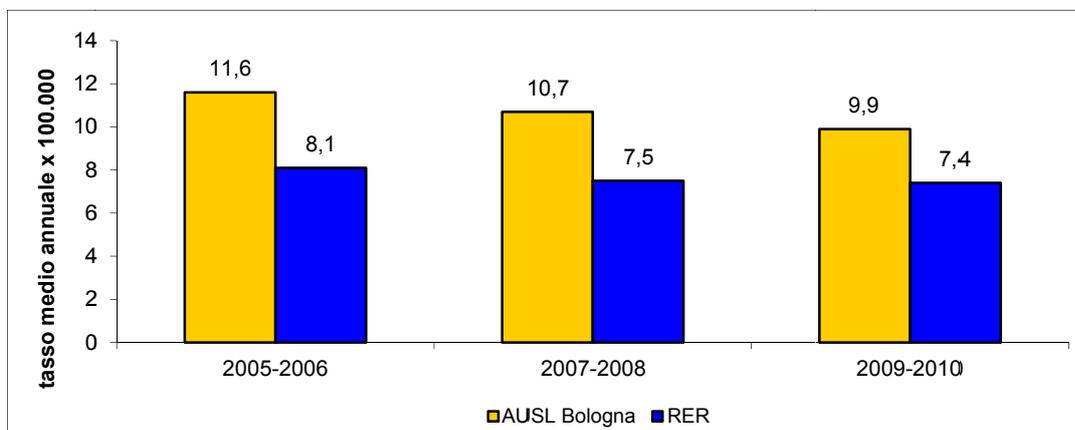
Grafico 1.19 Tasso medio annuale di incidenza di AIDS x 100.000 abitanti residenti Azienda USL Bologna e RER



I tassi medi annuali di incidenza di AIDS mostrano una tendenza alla riduzione che è più marcata nell'intero territorio regionale rispetto a quello dell'AUSL tanto che nell'ultimo biennio considerato il tasso aziendale, prima inferiore, è uguale a quello medio regionale.

Per quanto riguarda la prevalenza, invece, c'è un graduale aumento, dovuto alla diagnosi precoce e all'efficacia delle terapie. Il tasso di prevalenza nell'AUSL è passato dal 31,6 per 100.000 abitanti (al 31/12/2002) al 36,2 per 100.000 alla data del 31/12/2010.

Grafico 1.20 Tasso medio annuale di incidenza di TBC x 100.000 abitanti Azienda USL di Bologna e Regione Emilia-Romagna



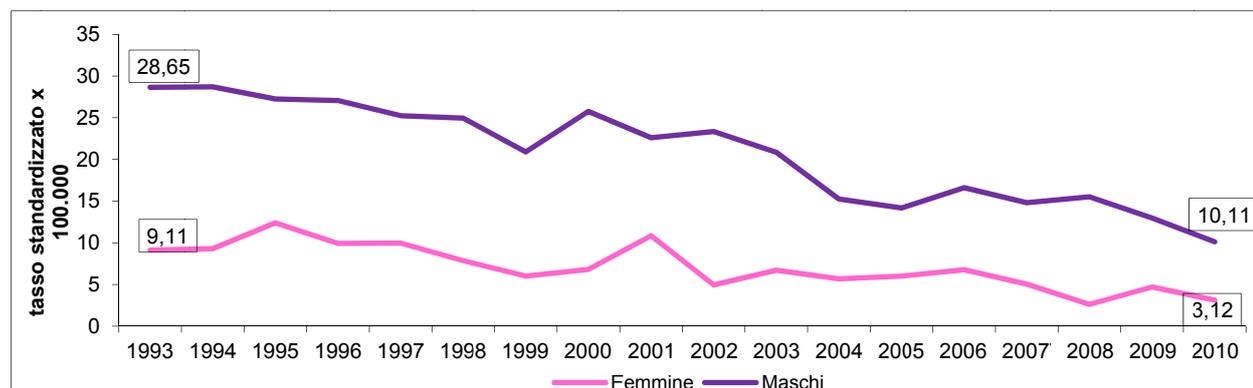
Anche i tassi medi annuali di incidenza di TBC risultano in lieve decremento dal 2005 al 2010 anche se si mantengono sempre superiori alla media regionale. Il numero di casi notificati è passato da 190 nel biennio 2005-2006 a 168 negli anni 2009-2010.

1.6. SICUREZZA

INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti stradali, anche nel territorio dell'Azienda USL di Bologna, rappresentano una delle cause di mortalità e morbosità evitabili a più alto impatto sociale.

Grafico 1.21 Andamento tassi standardizzati (Pop standard Italia 1991) di mortalità per incidente stradale Azienda USL di Bologna 1998-2010.



Il tasso di mortalità ha registrato un notevole decremento negli anni, più marcato nel sesso maschile (-65% dal 1993 al 2010 vs -59% nel sesso femminile).

Esistono, comunque differenze territoriali significative: nel periodo 1993-2010 la mortalità per incidente stradale è stata significativamente più alta nei due distretti della pianura rispetto alla provincia mentre nei

Distretti Città di Bologna e Casalecchio di Reno il tasso di mortalità nel periodo in questione è significativamente più basso.

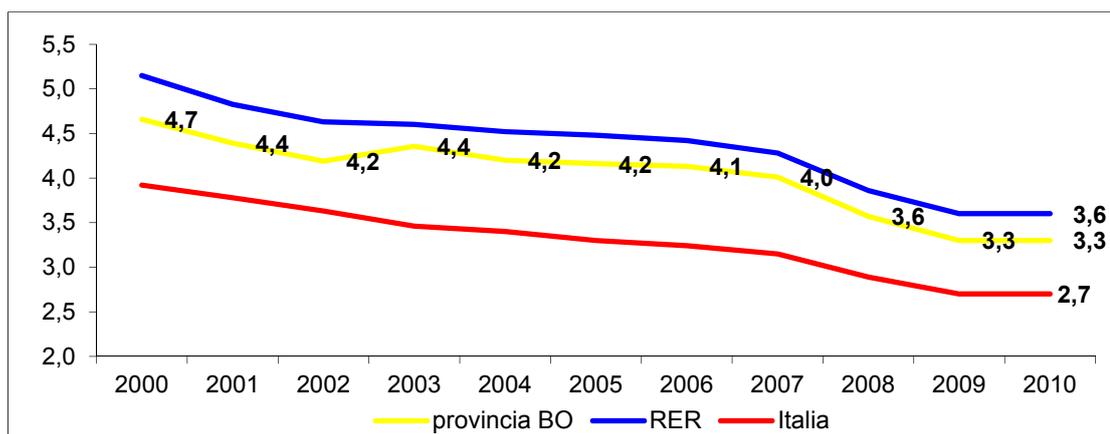
Nel corso degli ultimi anni (2003-2010) in Provincia di Bologna si è osservata una tendenza alla diminuzione del numero di incidenti, di eventi mortali e di feriti. Nel 2010 si sono avuti 4.261 incidenti (-22% rispetto al 2003) con 86 morti (-36%) e 5934 feriti (-23%), dati in riduzione anche rispetto al 2009.

Il rapporto di mortalità (rapporto tra numero di morti e numero di incidenti), l'indice di lesività (rapporto tra numero di feriti e numero di incidenti) e il rapporto di pericolosità (rapporto fra il numero dei morti e la somma dei morti e feriti negli incidenti) hanno valori in linea con quelli medi regionali, mentre fino al 2008 i primi due indici avevano valori sempre inferiori.

INFORTUNI SUL LAVORO

Sempre più spesso l'andamento del fenomeno infortunistico è messo in rapporto sia al mutamento delle attività e delle modalità produttive, sia alla sensibilità nei confronti della prevenzione da parte di datori di lavoro, preposti e lavoratori. Nel grafico viene riportato, sulla base di dati INAIL, l'andamento del fenomeno infortunistico in Provincia di Bologna, relativo agli anni 2000-2010. Il tasso di incidenza è dato dal rapporto tra numero di infortuni e numero di lavoratori per 100. Sono esclusi dai dati gli infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni come i casi denunciati all'INAIL ma non riconosciuti come infortuni.

Grafico 1.22 Andamento dei tassi di Incidenza di infortuni sul lavoro provincia Bologna vs RER (tassi standardizzati) e Italia (tassi grezzi). Anni 2000-2010 (fonte INAIL)



Nel 2010 l'incidenza nella Provincia di Bologna è stabile rispetto a quella dell'anno precedente dopo il progressivo decremento registrato a partire dal 2000.

Un confronto tra i tassi di incidenza registrati nel 2010 nelle varie province della Regione Emilia Romagna evidenzia come l'area bolognese presenta un indice tra i più bassi. Il valore medio regionale appare invece superiore a quello nazionale.

2. PROFILO AZIENDALE

2.1. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Vengono descritte le principali attività relative ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), distinti in:

- assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Vengono poi presi in considerazione:

- indicatori di qualità dell'assistenza;
- costi per livello di assistenza

PRINCIPALI VARIAZIONI DEI LEA RISPETTO AL BILANCIO di MISSIONE 2010

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- si registra una riduzione nel 2011 delle adesioni allo **screening per il tumore della mammella** nella fascia 50-69 anni, da attribuire principalmente a questioni tecniche (alto numero di primi inviti e di inviti a donne che non avevano mai aderito)
- la campagna 2010/2011 per la **vaccinazione antinfluenzale** nella popolazione anziana ha evidenziato una sensibile flessione della copertura (da 72,4% a 65,7% degli ultrassantacinquenni), comunque superiore alla media regionale

Assistenza distrettuale

- si è ridotto il numero di utenti assegnatari di **assegno di cura** (da 6.193 del 2010 a 4.060 del 2011)
- si rileva un ulteriore aumento del numero di pazienti non autosufficienti con **Gravissime Disabilità Acquisite** in età adulta (da 206 del 2010 a 247 del 2011)
- lieve riduzione del numero di episodi di **Assistenza Domiciliare Integrata** nel 2011 rispetto al 2010: si sono ridotte le prestazioni ANT (Associazione Nazionale Tumori) mentre sono aumentate le prestazioni infermieristiche occasionali
- lieve riduzione nel 2011 di utenti e nuovi utenti **tossicodipendenti e alcol dipendenti** in carico
- ulteriore riduzione nel 2010 della percentuale di donne seguite dai **consultori familiari nell'area dell'ostetricia ginecologia**, anche se supera sempre la media regionale; è invece aumentata rispetto al 2009 la percentuale di **donne in gravidanza seguite dai consultori**. Aumentati anche numero e percentuale di **immigrate** (53,3%) fra le donne gravide seguite
- La **spesa farmaceutica** totale nel territorio metropolitano si è ridotta del 3,2% nel 2011 rispetto al 2010; in particolare l'assistenza farmaceutica convenzionata ha subito un decremento di più dell'8% (riduzione peraltro inferiore a quella media regionale)
- aumento dell'1,2% della **produzione specialistica ambulatoriale** nel 2011, principalmente a carico delle prestazioni erogate nelle strutture private accreditate; lieve aumento rispetto al 2010 dell'**indice di consumo standardizzato** di prestazioni specialistiche ambulatoriali, sempre superiore a quello regionale

Assistenza ospedaliera

- continua nel 2011 il **decremento dei ricoveri e degli interventi chirurgici in regime ordinario** nelle strutture pubbliche aziendali mentre aumentano quelli in day hospital e day service
- sono **aumentati i parti** nelle strutture pubbliche aziendali con ulteriore **riduzione della percentuale di cesarei** (25%)

- ulteriore riduzione del **tasso di ospedalizzazione** standardizzato della popolazione residente (170,45 ricoveri per mille residenti), anche se leggermente superiore alla media regionale
- dal 2010 al 2011 si registra un calo degli accessi dei residenti in tutti i **PS metropolitani** con l'eccezione dell'AOU e di Bazzano in cui sono aumentati
- aumento del 4.1 % nel 2011 rispetto all'anno precedente delle chiamate alla Centrale Operativa **118 Bologna Soccorso**
- in riduzione le **donazioni di organi e di cornee** presso le strutture aziendali
- riduzione del 3,5% nel 2011 rispetto al 2010 del **consumo provinciale di unità di sangue**

Indicatori di qualità dell'assistenza

- Sono stati inseriti, rispetto agli anni precedenti, **nuovi indicatori** di processo e di esito clinico:
 - interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero
 - proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica
 - tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici
 - proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione
 - proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke e per infarto del miocardio.
- Relativamente agli indicatori di qualità già riportati nelle precedenti edizioni, si segnalano l'ulteriore riduzione della proporzione di parti con **taglio cesareo** nelle strutture pubbliche aziendali, la persistenza di **tassi di ospedalizzazione** per complicanze a breve e lungo termine in pazienti diabetici e di ospedalizzazione per cause evitabili superiori alla media regionale nei residenti nel territorio aziendale, mentre quelli per polmonite e influenza negli anziani permangono inferiori.

Costi pro-capite

- si rileva un incremento aziendale del **costo complessivo pro capite** del 2,1% nel 2010 rispetto al 2009 a fronte dell'1,2% medio regionale, incremento prevalentemente a carico del livello di **Assistenza Distrettuale**

2.1.1. Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

SVILUPPO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO, DELLA MAMMELLA E DEL COLON RETTO

Lo screening per il tumore del collo dell'utero, attivo dal 1996, si rivolge alle donne di età compresa fra i 25 e i 64 anni, alle quali viene offerto con periodicità triennale il pap-test quale test di 1° livello.

Le donne positive a questo test hanno l'opportunità di accedere alla colposcopia quale esame di 2° livello e agli eventuali ulteriori trattamenti terapeutici. La popolazione femminile interessata dal programma è costituita da circa 245.300 donne. Nel 2011 la popolazione invitata è stata 85.336 pari al 104,4% della popolazione da invitare.

Tabella 2.1 Percentuale di avanzamento del programma° nello screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero nella popolazione target. Fonte dati Regione Emilia-Romagna *Fonte dati Azienda USL di Bologna

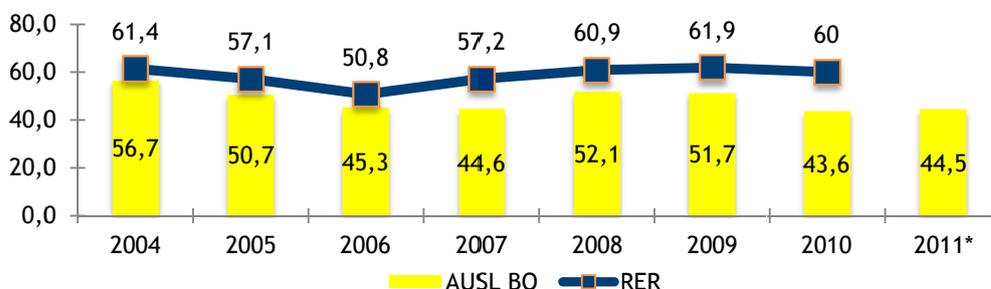
	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
Azienda USL BO	75,8	77,8	104,4	97,6	96,3	106,7	126,3**
RER	79,4	94,6	101,1	105,4	101,2	106,4	

° % persone invitate / persone da invitare nell'anno – escluse prima dell'invito per pap-test recente o altro motivo

**al numeratore sono state considerate anche le donne escluse prima dell'invito per pap-test recente documentato

L'avanzamento del programma è sempre stata buona (ampiamente superiore al 90% che viene considerato come valore standard) con l'eccezione degli anni 2005 e 2006.

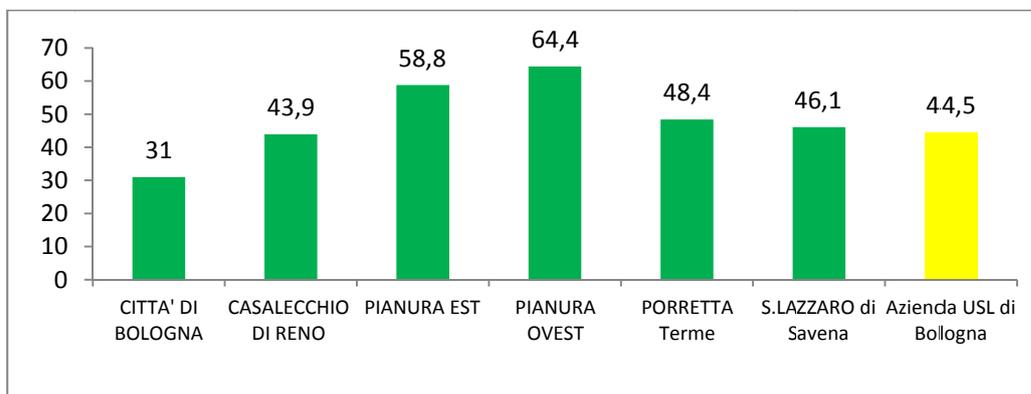
Grafico 2.1 Percentuale di adesione[°] allo screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero nella popolazione target. Fonte dati Regione Emilia-Romagna
*Fonte dati Azienda USL di Bologna



° % persone esaminate / persone invitate - escluse prima dell'invito per pap-test recente o altro motivo

Il dato annuale di adesione evidenzia una variabilità che dipende della popolazione femminile interessata nell'anno, che risponde in maniera diversa a seconda dell'età, della residenza e della adesione o meno ai precedenti inviti di screening. Tale dato, che è sempre stato inferiore a quello medio regionale, è sicuramente sottostimato in quanto esiste, soprattutto nel Distretto di Bologna Città, una percentuale consistente di popolazione che effettua il test presso liberi professionisti. Infatti dall'indagine Passi 2008-2011, si rileva nell'Azienda USL di Bologna, che l'85,4% delle donne di età compresa fra 25 e 64 anni ha eseguito un pap-test negli ultimi tre anni (87,2% a livello regionale).

Grafico 2.2 Percentuale di adesione allo screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero nella popolazione bersaglio annuale dei distretti dell'Azienda USL di Bologna classi di età 25-64. Anno 2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna (GISCI-ONS)



standard: accettabile >=50% desiderabile >= 60% Aderenti all'invito/invitate – inusitate – escluse dopo invito

Lo screening per il tumore della mammella, attivo dal 1997, si rivolge alle donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni, alle quali viene offerta con periodicità biennale la mammografia quale test di 1° livello. Le donne positive a questo test hanno la possibilità di accedere agli approfondimenti di 2° livello ed agli eventuali trattamenti terapeutici.

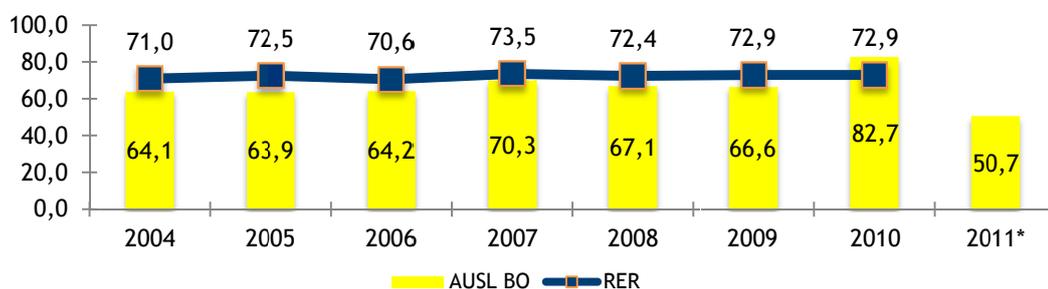
A partire dal 1/01/2010 è stata ampliata la popolazione bersaglio di screening con l'estensione dell'invito alle classi di età 45-49 e 70-74 anni. Le donne che il programma deve coinvolgere ogni anno sono complessivamente circa 118.000.

Tabella 2.2 Percentuale di avanzamento del programma° nello screening per la prevenzione del tumore della mammella nella popolazione target (50-69 anni). Fonte dati Regione Emilia-Romagna *Fonte dati Azienda USL di Bologna (dati GISMA-ONS)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Azienda USL BO	98,6	90,9	96,9	102,1	124,5	61,7	158,2
RER	88,7	90,2	97,8	99,2	102,8	90,4	

° % persone invitate / persone da invitare nell'anno - escluse prima dell'invito per mammografia recente o altro motivo

Grafico 2.3 Percentuale di adesione allo screening per la prevenzione del tumore della mammella nella popolazione target (50-69 anni) nell'Azienda USL di Bologna vs Regione Emilia Romagna anni 2004-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna *Fonte dati Azienda USL di Bologna (dati GISMA-ONS)



% persone esaminate / persone invitate - escluse dopo l'invito per mammografia recente o altro motivo

La riduzione delle adesioni nel 2011 nella fascia 50-69 anni è determinata dalla bassa adesione delle utenti che sono state invitate allo screening per la prima volta (39,5%) e dalla numerosità degli inviti (23.749) fatti nel corso dell'anno a donne che non avevano mai aderito nei precedenti round e che hanno aderito in quest'occasione per il 10% circa. Le donne che già hanno aderito agli inviti precedenti presentano una adesione dell'80% circa che dimostra una buona fidelizzazione.

Dall'indagine PASSI 2008-2011 risulta, nella AUSL di Bologna, che l'82% delle donne intervistate tra 50 e 69 anni ha eseguito una mammografia preventiva negli ultimi due anni (85 % a livello regionale).

Tabella 2.3 Percentuale di avanzamento e di adesione allo screening per la prevenzione del tumore della mammella nella popolazione target per le nuove fasce di età 45-49 e 70-74 anni. Fonte dati Regione Emilia-Romagna *Fonte dati Azienda USL di Bologna

Aziende USL	% avanzamento del programma		% adesione all'invito	
	fascia 45 - 49 anni	fascia 70 - 74 anni	fascia 45 - 49 anni	fascia 70 - 74 anni
Azienda USL BO anno 2011*	75,6	140,7	70,2	52,8
Azienda USL BO anno 2010	60,8	83,1°	58,4	83,3
RER anno 2010	66,5	49,0	62,7	65,6

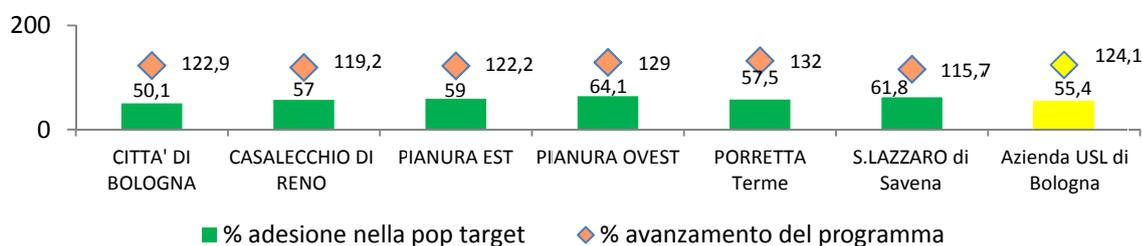
% avanzamento del programma: % persone invitate/persone da invitare nell'anno – escluse prima dell'invito

% adesione all'invito: % persone esaminate/persone invitate - escluse prima dell'invito

°° Dato GISMA-ONS, non corrispondente con quello pubblicato sul sito regionale

Considerando l'intera popolazione bersaglio di screening (fascia 45-74 anni) l'adesione media all'invito è stata del 55,4%, con l'adesione più alta nel Distretto di Pianura Ovest e quella più bassa nel Distretto Bologna Città.

Grafico 2.4 Percentuale di avanzamento e di adesione* allo screening per la prevenzione del tumore della mammella nella popolazione target complessiva per Distretti nell'Azienda USL di Bologna. Fonte dati Azienda USL di Bologna (classi di età 45-74 anni), anno 2011 (GiSMA-ONS)



*standard :accettabile >=60% desiderabile >= 75%

Lo screening per il tumore del colon retto è stato attivato nel marzo del 2005 e si rivolge ad uomini e donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni con l'offerta di un esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT) con intervallo biennale. Anche in questo screening, in caso di positività del test vengono proposti accertamenti di 2° livello ed eventuali trattamenti terapeutici. Le persone interessate da questo screening sono circa 213.700. Nel 2011 la popolazione invitata è stata 112.351 pari al 98,8% della popolazione da invitare.

Tabella 2.4 Percentuale di avanzamento del programma nello screening per la prevenzione del tumore del colon retto nella popolazione target. Fonte dati Regione Emilia-Romagna *Fonte dati Azienda USL di Bologna (dati GISCOR-ONS)

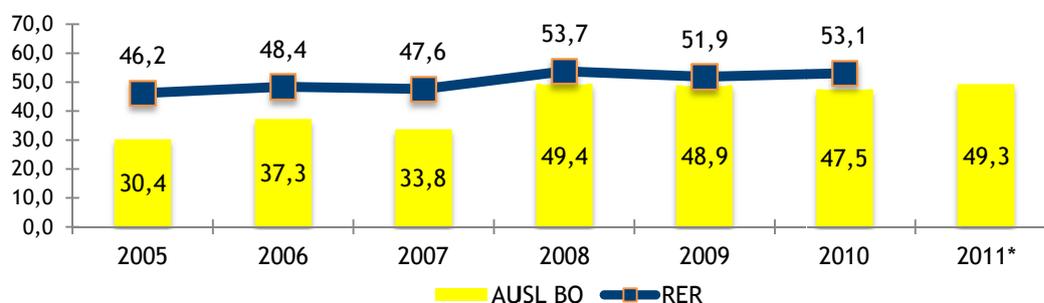
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Azienda USL di Bologna	25,8	159,4	116,3	102,3	97,6	95,5	98,8
RER	61,4	124,1	92,8	101,0	90,4	102,6	

% persone invitate / persone da invitare nell'anno – escluse prima dell'invito

N.B.: il programma è iniziato in marzo 2005, pertanto i dati 2005 si riferiscono solo ai primi 9 mesi di attività

L'avanzamento si è mantenuto negli anni ad un ottimo livello, essendo stato recuperato nel 2006 il ritardo di invito dell'anno precedente, dovuto all'attivazione graduale del programma.

Grafico 2.5 Percentuale di adesione allo screening per la prevenzione del tumore del colon retto nella popolazione target. Fonte dati Regione Emilia-Romagna *Fonte dati Azienda USL di Bologna (dati GISCOR-ONS)



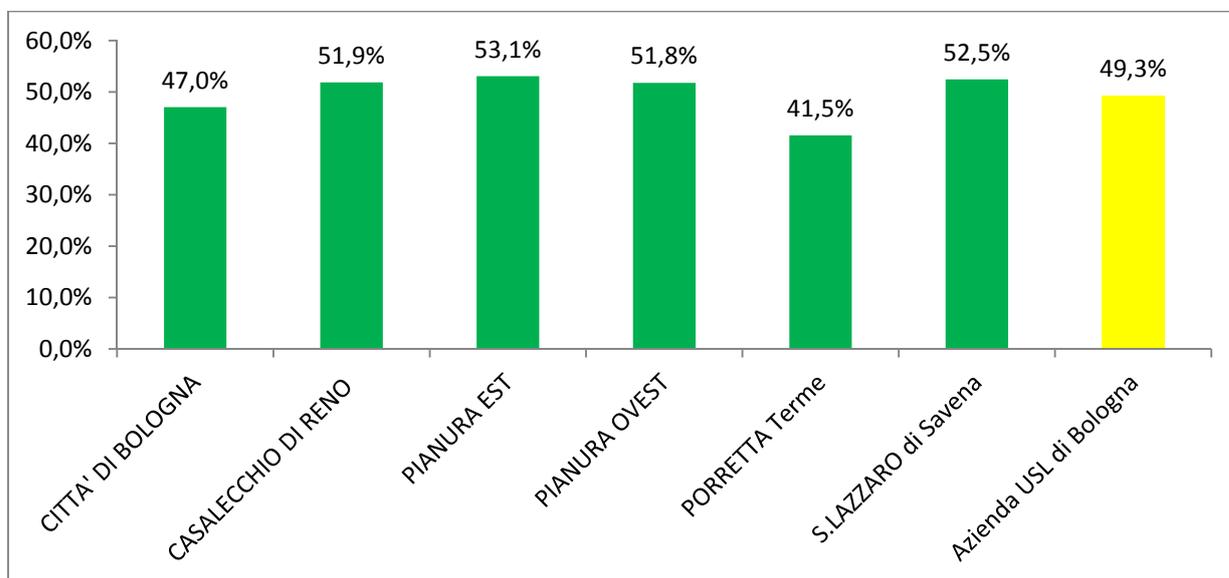
% persone esaminate/ persone invitate – escluse prima dell'invito

N.B.: il programma è iniziato in marzo 2005, pertanto i dati 2005 si riferiscono solo ai primi 9 mesi di attività

Anche l'adesione all'invito ha avuto un notevole incremento negli anni, soprattutto nel 2008, anno in cui si è superato il valore del 45% che viene indicato come standard accettabile, e si è ridotta progressivamente negli

anni la differenza con il valore di adesione regionale. Dall'indagine PASSI 2008-2011 risulta, per l'AUSL di Bologna, che il 68 % delle persone intervistate ha effettuato un esame per la ricerca sangue occulto negli ultimi 2 anni, copertura superiore a quella regionale (63,9%).

Grafico 2.6 Percentuale di adesione allo screening per la prevenzione del tumore del colon retto nella popolazione dei distretti dell'Azienda USL di Bologna anno 2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna



standard :accettabile >=45%

COPERTURA VACCINALE DEI BAMBINI E ADOLESCENTI

Tabella 2.5 Copertura vaccinale nei bambini di 24 mesi. Fonte dati Regione Emilia-Romagna. * Fonte dati Azienda USL di Bologna

Anno	Azienda USL Bologna				RER			
	Hib	Polio	Morbillo	Pertosse	Hib	Polio	Morbillo	Pertosse
2000	78,2	98,2	88,8	96,4	81	98,6	90,4	96,7
2001	92,1	98,3	90,6	96,5	90,6	98,4	90,7	96,8
2002	95,6	98,1	93,1	96,5	95,2	98	92,3	96,8
2003	94,6	97,2	91,4	95,9	95,8	98	92,5	96,9
2004	96,2	98	92	96,9	96,7	97,9	92,9	97,3
2005	96,7	97,9	92,3	97,6	96,7	97,7	92,9	97,2
2006	96,6	97,7	92,7	97,5	96,8	97,7	93,7	97,3
2007	96,7	97,6	92,8	97,4	96,7	97,6	93,5	97,3
2008	96,5	97,4	93,2	97,1	96,5	97,4	93,6	97,1
2009	96,4	97,2	92,8	97,1	96,5	97,3	93,7	97,1
2010	95,6	96,6	91,9	95,7	96	96,7	92,9	96,4
2011*	95,7	96,7	92,4	96,4			93	

Dall'anno 2000 si è verificato un trend incrementale per tutte le vaccinazioni tranne che per quella antipoliomielitica che ha registrato un lieve calo fino al 2010 e nel 2011 si è attestata sui valori dell'anno precedente. La vaccinazione contro le malattie infettive da emofilo B (Hib) a partire dal 2004 si attesta

intorno a valori stabili, superiori al 95%. La copertura complessiva per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate al 24° mese risulta del 96,2%, a fronte di un valore atteso locale $\geq 95\%$ (verifica PRP).

La copertura per morbillo nel 2011 risulta del 92,4%, a fronte di un valore atteso locale del 94% (verifica PRP). Inferiori alla media aziendale i distretti di Bologna città e Casalecchio di Reno.

Grafico 2.7 Copertura vaccinale per il morbillo nei bambini di 24 mesi nei distretti Azienda USL di Bologna anni 2008-2010. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

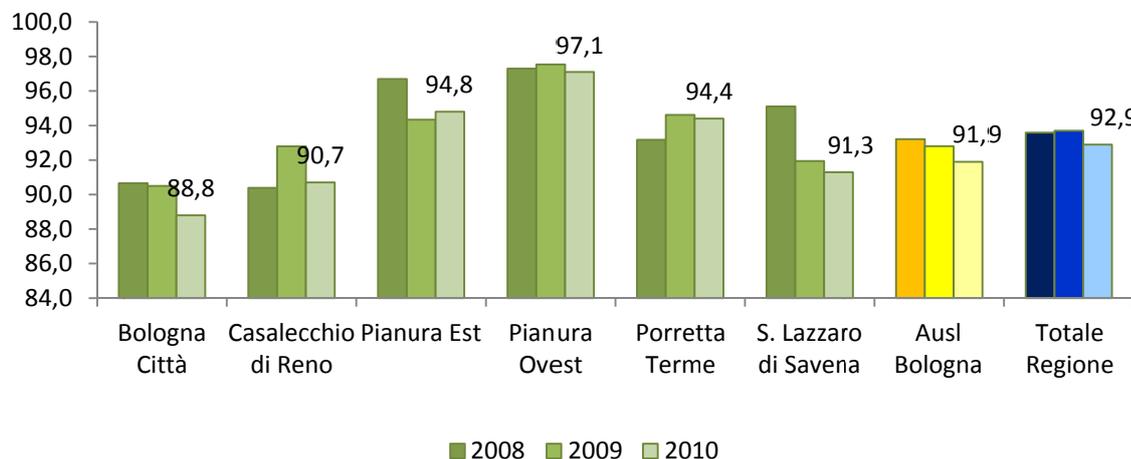
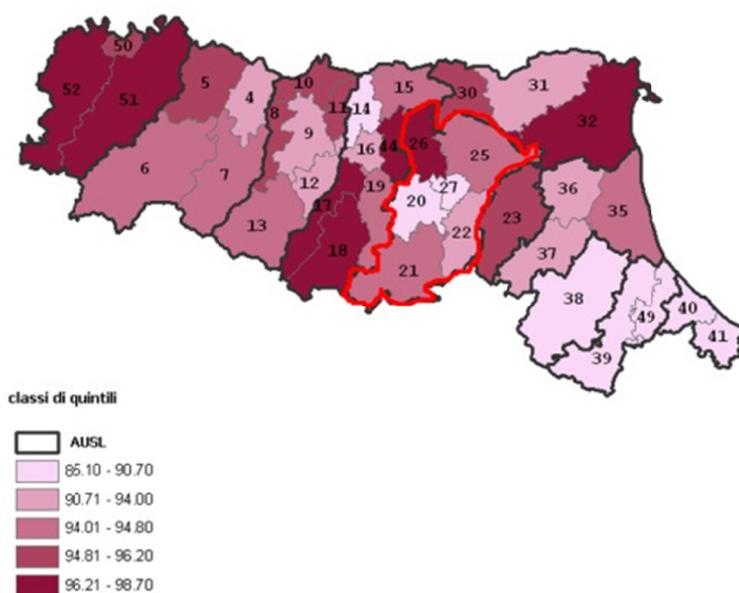


Figura 2.1 Percentuale di vaccinati contro il morbillo a 24 mesi di età sulla popolazione target per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2010. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



Si riportano di seguito le coperture vaccinali per pneumococco, meningococco e HPV nell'Azienda USL di Bologna a confronto con la media regionale.

Tabella 2.6 Copertura vaccinale pneumococco al 12° mese. Fonte dati Regione Emilia-Romagna

	Copertura vaccinale al 12° mese				
	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011*
AUSL BOLOGNA	92,8%	95,7%	95,6%	95,1%	94%
Regione	94,2%	95,7%	95,9%	95,5%	94,1%

La copertura per pneumococco nel 2011 risulta del 94%, a fronte di un valore atteso locale $\geq 95\%$ (fonte PRP).

Tabella 2.7 Copertura vaccinale meningococco al 24° mese e a 16 anni. Fonte dati Regione Emilia-Romagna *
Fonte dati Azienda USL di Bologna

	Copertura vaccinale al 24° Mese					Copertura vaccinale a 16 anni				
	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011*
AUSL BOLOGNA	85,6%	91,6%	91,1%	91,3	91,8	74,2%	81,0%	79,2%	78,3	75,2
RER	88,5%	92,4%	93,2%	92,3	92,5	68,7%	74,4%	74,8%	76,3	

Tabella 2.8 Copertura vaccinale HPV (virus del papilloma umano) per le coorti di nascita 1997-1999 nell'Azienda USL di Bologna vs Regione Emilia Romagna al 30/06/2011.
Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

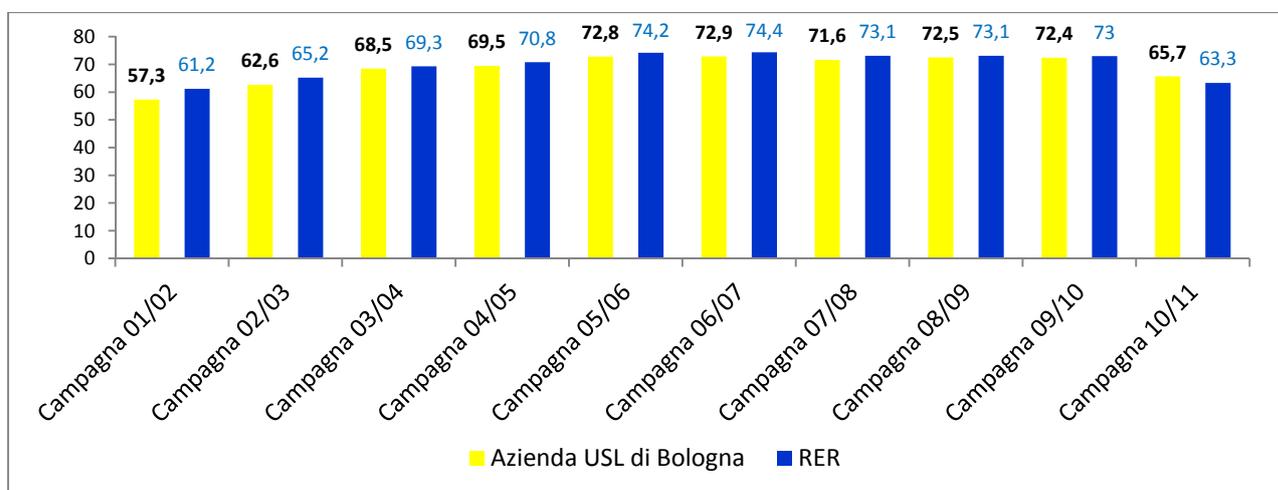
	Coorte 1997		Coorte 1998		Coorte 1999	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi
AUSL BOLOGNA	71,8	68,9	71,2	66,2	66,8	61,0
RER	77,9	74,5	76,3	71,9	72,0	52,4

Già dal 2010 è stata inoltre incrementata la vaccinazione per le donne in età fertile per la prevenzione della rosolia congenita e della varicella in gravidanza. La copertura per vaccinazione contro la rosolia a 13 anni, riferita all'anno 2011, (maschi+femmine) è stata del 93,9%.

La % di donne residenti che hanno partorito suscettibili alla rosolia tra le cittadine straniere risulta nel 2011 del 13,5%, in netta riduzione rispetto al 2010 (25,2%), ma ancora superiore al valore regionale (8,3%) e a quello atteso locale ($\leq 8\%$) (verifica PRP).

COPERTURA VACCINALE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Grafico 2.8 Tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana nell'Azienda USL di Bologna vs Regione Emilia Romagna. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



La popolazione di riferimento è quella al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale

Tabella 2.9 Numero di soggetti vaccinati per vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana nell'Azienda USL di Bologna. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

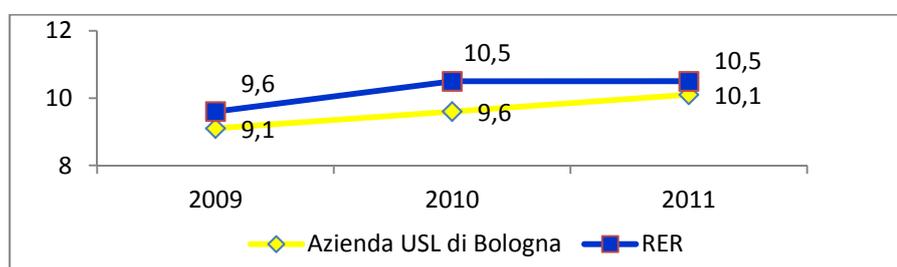
	Campagna 2000/01	Campagna 2001/02	Campagna 2002/03	Campagna 2003/04	Campagna 2004/05	Campagna 2005/06	Campagna 2006/07	Campagna 2007/08	Campagna 2008/09	Campagna 2009/10	Campagna 2010/11
AUSL BOLOGNA	98.751	109.206	120.581	133.580	177.494	204.128	198.908	195.125	202.996	194.711	133.154

La campagna 2010/2011 per la vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana ha evidenziato una sensibile flessione, ottenendo tuttavia una copertura superiore alla media regionale. E' stato vaccinato il 65,7% dei 202.785 anziani (ultrassantacinquenni). Ci si interroga sulle possibili motivazioni di tale flessione: da ricondurre secondo alcuni al calo di attenzione riservato dai media superato il clamore sollevato per la pandemia del 2009, secondo altri al clamore stesso per la pandemia del 2009.

CONTROLLO SUGLI AMBIENTI DI LAVORO

La tabella seguente riporta il trend dell'attività di controllo sugli ambienti di lavoro, espressa in termini di percentuale di aziende controllate, oggetto cioè di ispezione almeno una volta nel corso dell'anno, sul totale delle aziende con più di un dipendente - Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) - nell'ambito territoriale di riferimento fornite dall'INAIL. Dal 2009 lo standard regionale di questo indicatore, che rientra nei livelli essenziali di assistenza (LEA) per l'attività di vigilanza sugli ambienti di lavoro, è stato definito dalla Regione Emilia Romagna pari al 9%. La valutazione del trend per l'intero periodo, 2009-2011, è stata effettuata con l'ultimo denominatore disponibile (PAT 2010 INAIL , pari a 41.836).

Gráfico 2.9 Percentuale di Unità Locali controllate nell'Azienda USL di Bologna vs Regione Emilia Romagna anni 2009-2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna, INAIL^{oo}



^{oo} dati non corrispondenti con quelli pubblicati sul sito regionale perché calcolati tutti con l'ultimo denominatore disponibile (PAT2010 INAIL , per l'Ausl bo pari a 41.836)

Tabella 2.10 Indicatori lavoro e salute dalla verifica PRP anno 2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

	Azienda USL di Bologna (osservato)	Azienda USL di Bologna (atteso)	RER (osservato)	RER (atteso)
N. aziende controllate nel reparto agricoltura e silvicoltura	48	50	624	600
N. cantieri controllati	931	806	5566	4662
N. iniziative di vigilanza coordinata nei cantieri	120	162	>100%	>=80%
N. verifiche di attrezzature nei cantieri e in agricoltura /numero richieste	100%	>=70%	86,6%	>=70%
N. aziende controllate per prevenzione patologie muscolo-scheletriche correlate al lavoro	26	25	333	200
N. aziende controllate quanto alla formazione/ N. aziende da controllare	122	210	74%	>=80%

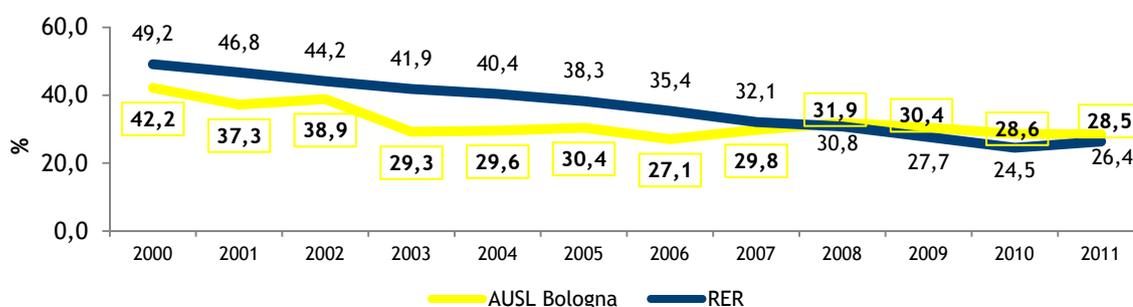
Nel 25,3% delle aziende complessivamente controllate nel 2011 si sono rilevate una o più infrazioni alla normativa di igiene e sicurezza sul lavoro: più del 90% delle carenze riscontrate è stata eliminata. Si è dimostrato rilevante, oltre all'attività di controllo sugli ambienti di lavoro, anche il volume di interventi di informazione ed assistenza: 738 le imprese raggiunte nel 2011 pari al 51,5% in più rispetto al 2010.

Sono stati realizzati tutti gli obiettivi programmati dalle azioni previste per il 2011 dall'Organismo Provinciale Sezione Permanente, in particolare è stato realizzato e concluso un accordo operativo di collaborazione con la Direzione Provinciale del Lavoro con effettuazione di alcuni sopralluoghi congiunti e consolidato il protocollo di interscambio di informazioni tra i Comandi di Polizia Locale di 14 Comuni, per la sorveglianza delle aziende di autotrasporto.

Si è riusciti a garantire il mantenimento dei livelli di attività delle Unità Operative Impiantistiche Antinfortunistiche, indirizzando l'attività stessa verso i settori a maggior rischio infortunistico e garantendo le azioni necessarie alla realizzazione degli interventi relativi al Piano regionale edilizia 2009-2011. Anche nel 2011 è stato raggiunto e superato l'obiettivo previsto dal piano: 931 i cantieri oggetto di vigilanza verso 806 cantieri previsti dal piano. Inoltre sono state controllate 465 gru a torre in attività e verificati 10.318 impianti ed apparecchiature in scadenza, soggette a controlli periodici.

CONTROLLO SULLE AZIENDE ALIMENTARI E SUGLI ALLEVAMENTI

Grafico 2.10 Percentuale di Aziende di ristorazione controllate. Fonte dati Regione Emilia Romagna.



Nel 2011, rispetto agli anni precedenti, si è mantenuto costante il numero delle aziende controllate nel comparto della produzione primaria, trasformazione, deposito, somministrazione e commercio di alimenti: inoltre è rimasto alto il livello di controllo per quanto riguarda la ristorazione collettiva, dove si è posta particolare attenzione alle utenze più a rischio (come quella scolastica), assicurando per esse le verifiche dei protocolli di fornitura e della appropriatezza nutrizionale delle diete utilizzate. Rimane sempre molto alto il livello di controllo laboratoristico su OGM, prodotti fitosanitari, additivi, micotossine e alimenti per celiaci, con un implemento di attività per quanto riguarda i controlli sugli oggetti destinati al contatto con alimenti.

Tabella 2.11 Percentuale di aziende di ristorazione con infrazioni. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
AUSL di Bologna	20,3	23,2	19,0	24,5	21,3	22,0	21,1	19,7	10,3	18,7	28,4	25,2
RER	22,0	24,2	21,3	24,9	32,5	29,1	30,6	28,6	32,8	27,5	30,4	34,3

La pianificazione e l'esecuzione dei controlli presso le aziende alimentari e degli allevamenti del territorio avvengono secondo l'approccio alle tecniche di ispezione dettato dalla legislazione comunitaria, che prevede l'adozione di criteri (categorizzazione del rischio) e di strumenti (ispezioni, verifiche ed audit), che risultano molto più complessi ed impegnativi rispetto ai precedenti sopralluoghi tradizionali. L'aumentata capacità nell'utilizzo dei sopraccitati strumenti ha consentito di incrementare il numero delle aziende controllate, portandolo al di sopra della media regionale, e di migliorare l'efficacia di tali controlli, come dimostra la percentuale di aziende in cui si sono riscontrate non conformità, in calo rispetto all'anno precedente e costantemente inferiore alla media regionale.

Gráfico 2.11 Percentuale di Aziende di trasformazione controllate. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

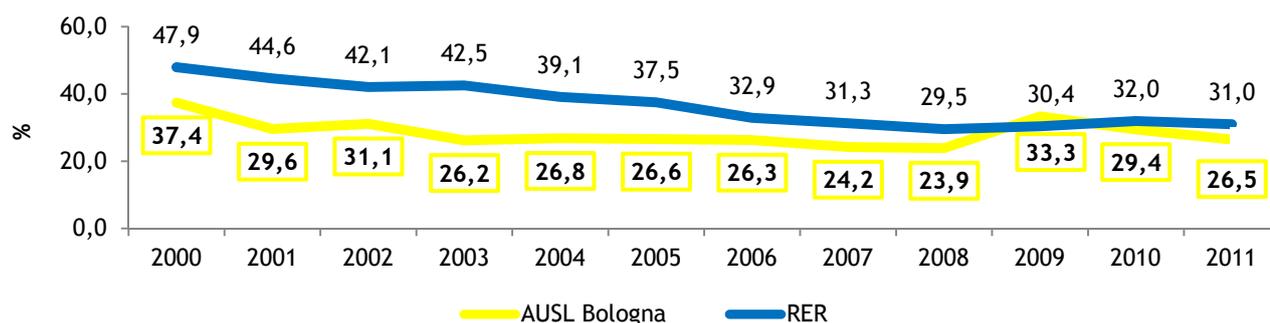


Tabella 2.12 Percentuale di aziende di trasformazione con infrazioni. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
AUSL di Bologna	18,9	19,1	27,3	20,4	16,3	18,2	18,5	15,0	16,3	27,2	36,3	28,7
RER	19,3	21,7	21,4	23,9	20,8	26,8	30,4	28,0	31,8	31,9	39,4	37,6

Di particolare rilevanza è l'attività di supervisione svolta presso importanti impianti, al fine di soddisfare le speciali garanzie sanitarie richieste per il commercio in paesi terzi (USA, Giappone, Russia, ecc.).

Tabella 2.13 Indicatori alimentazione e salute: sicurezza nutrizionale dalla verifica PRP anno 2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

	AUSL di Bologna (osservato)	AUSL di Bologna (atteso)	RER (osservato)	RER (atteso)
Verifiche condotte su OSA che producono alimenti senza glutine/verifiche programmate	377 (100%)	377	99%	>=90%
N. verifiche effettuate per la prevenzione della carenza iodica nella ristorazione pubblica e collettiva/ verifiche programmate	773 (62%)	938	100%	>=80%

Negli ultimi anni si sono intensificati inoltre gli incontri di informazione, assistenza e consulenza nei confronti degli OSA (acronimo comunitario che individua gli Operatori del Settore Alimentare), tesi ad evidenziare le principali novità delle normative comunitarie, chiarendo loro il ruolo sempre più carico di impegni e di responsabilità. Secondo la visione integrata della filiera agro-alimentare, in questa categoria di operatori rientra oggi anche tutto il settore agricolo; in particolare, il complesso delle attività di controllo svolte negli allevamenti nell'ambito della Sicurezza Alimentare è finalizzata ad assicurare sia salute e benessere agli animali, sia la conseguente salubrità degli alimenti da essi ottenuti.

Tabella 2.14 Percentuale di sopralluoghi per allevamento. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
AUSL di Bologna	201,3	248,6	193,8	294,1	316,9	309,4	269,9	227,5	183,2	191,5	193,1
RER	392,9	440,7	367,5	457,1	510,9	512,0	486,8	470,6	433,2	436,7	441,2

La percentuale dei sopralluoghi effettuati negli allevamenti è legata all'utilizzo dei nuovi strumenti di controllo ufficiale; lo stesso discorso è riferibile anche ai controlli che vengono effettuati anche in altri impianti come gli stabilimenti di trattamento e trasformazione dei sottoprodotti di origine animale, produzione mangimi, ambulatori veterinari, grossisti di farmaci veterinari, farmacie, ecc.

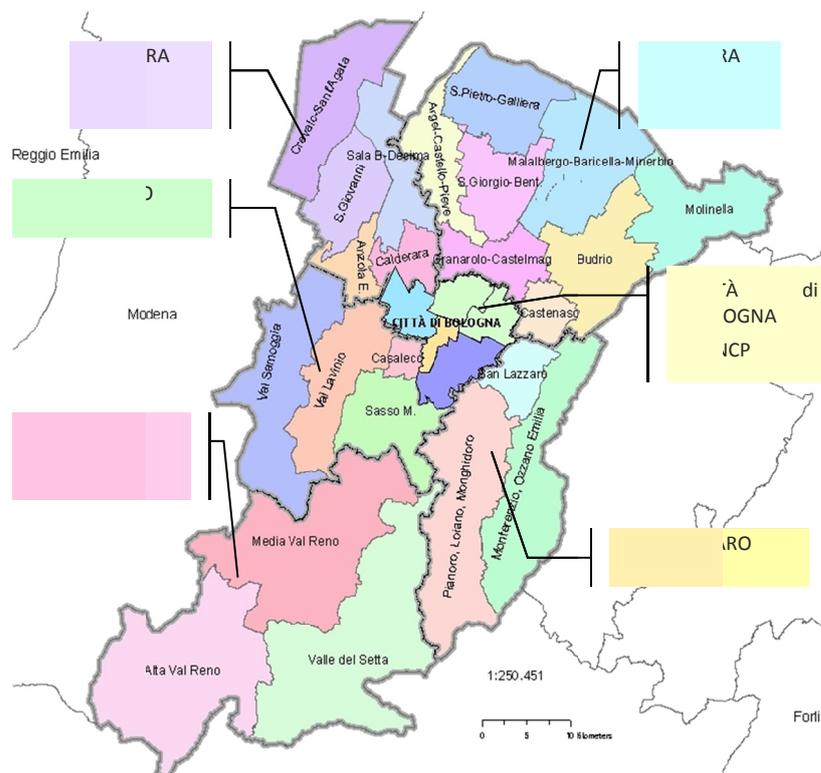
2.1.2. Assistenza distrettuale

ASSISTENZA DI BASE (MEDICINA GENERALE)

L'azienda è articolata in sei Distretti con responsabilità gestionale delle attività e delle funzioni relative all'assistenza primaria. Al loro interno sono comprese le Aree dipartimentali delle Cure Primarie e delle Attività sociali e sanitarie, che fanno riferimento ai rispettivi Dipartimenti funzionali.

E' stato attuato un processo di riorganizzazione che prevede, in linea con le indicazioni regionali, un ruolo di committenza e garanzia per i Direttori di Distretto, mentre la gestione delle attività ed il governo clinico sono stati affidati al Dipartimento delle Cure Primarie.

Figura 2.2 Dislocazione geografica dei NCP

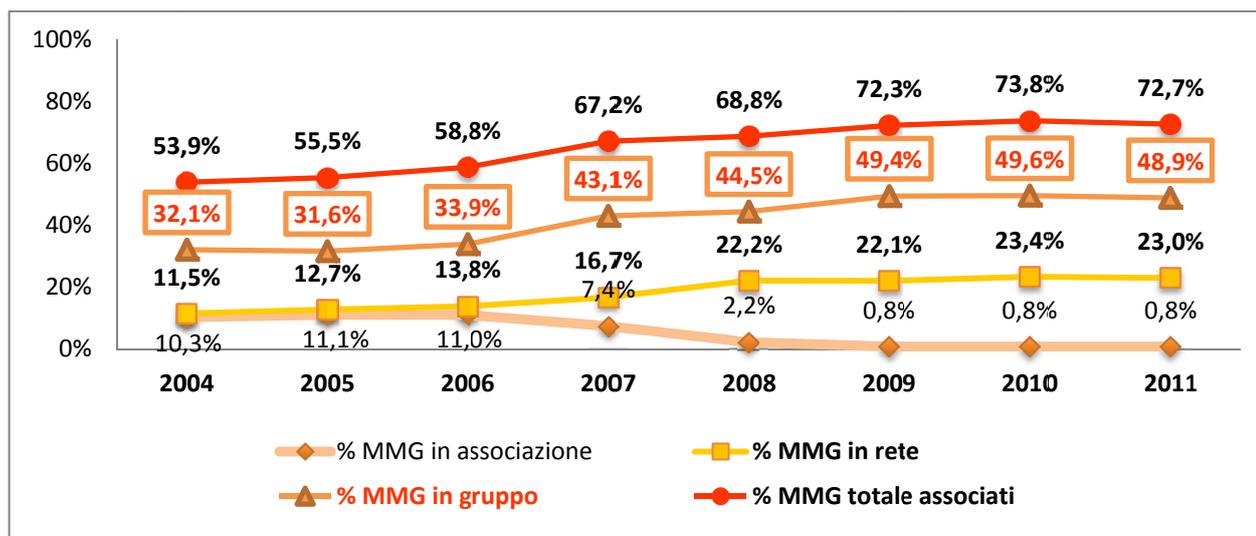


I 41 Nuclei di Cure Primarie (NCP) dei 6 Distretti aziendali rappresentano il fulcro dell'integrazione sanitaria e sociale per la promozione della salute, la continuità assistenziale e la condivisione delle informazioni. La popolazione media per NCP, al 31.12.2011, è pari a 21.129 residenti.

I Medici di Medicina Generale nei NCP sono 613, i Pediatri di Libera Scelta 118. Il rapporto di MMG e PdLS rispetto alla popolazione è superiore alla media regionale e nazionale².

²Fonte dati: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale Anno 2009. Ministero della Salute.

Grafico 2.12 MMG per tipologia di associazionismo. Anni 2004-2010. Fonte dati Azienda USL di Bologna



Negli anni è aumentata la percentuale di professionisti in varie forme di associazionismo: quella dei MMG nel 2011 è al 72,7%, con il 48,9% in gruppo; quella dei PLS è al 55,9%, di cui la maggior parte in associazioni in rete. Dal 2010 al 2011 le percentuali di associazionismo sono rimaste stabili. Il progressivo incremento dei MMG in gruppo ha creato le condizioni di base per l'evoluzione dei Nuclei in forme più strutturate che, peraltro, sono già in fase di sperimentazione, in linea con gli indirizzi regionali in materia. Nei distretti la composizione dei medici in associazionismo è diversificata. Il distretto Pianura Ovest presenta anche nel 2011 la maggior percentuale di MMG in associazione, gruppo o rete (89,5%), con l'84,2% in gruppo.

Tabella 2.15 Dati di offerta dei distretti aziendali. Popolazione al 31.12.2011. Anno 2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna

DATI DI OFFERTA	Casalecchio di Reno	Città di Bologna	Pianura Est	Pianura Ovest	Porretta Terme	S. Lazzaro di Savena	Azienda USL di Bologna
N° Nuclei di Cure Primarie	4	18	8	5	3	3	41
Residenti per NCP	27.657	21.266	19.536	16.450	19.244	25.538	21.129
N° NCP Avanzati	0	0	3	1	0	0	4
N° MMG	79	278	102	57	41	56	613
Disponibilità MMG (residenti >=14 aa/MMG)	1.216	1.232	1.324	1.239	1.239	1.195	1.243
% MMG totale associati	82,2%	62,3%	78,4%	89,5%	85,3%	75,0%	72,7%
% MMG in gruppo	39,2%	36,7%	59,8%	84,2%	39,0%	75,0%	48,9%
% MMG collegati SOLE	100,0%	98,9%	99,0%	96,5%	100,0%	98,2%	98,9%
% MMG aderenti al progetto diabete	72,2%	75,2%	84,9%	94,7%	97,6%	80,4%	80,2%
N° PLS	16	47	24	13	8	10	118
Disponibilità PLS (residenti <14 aa/PLS)	910	856	886	895	867	967	884
% PLS associati	68,8%	57,4%	50,0%	23,1%	100,0%	50,0%	55,9%
% PLS collegati SOLE	100,0%	95,7%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,3%
N° Punti di Continuità Assistenziale	5	2	5	2	5	4	23
Residenti per Punto di CA	22.125	191.392	31.258	41.125	11.546	19.154	37.665

La tabella riporta alcuni dati di offerta dei distretti relativamente ai MMG, PLS, NCP e Punti di continuità assistenziale, anche in rapporto alla popolazione residente, da cui emergono disomogeneità tra i distretti analoghe a quelle riscontrate negli anni scorsi.

La più alta percentuale di MMG associati nelle varie forme e in gruppo si trova nel distretto di Pianura Ovest, quella più bassa in quello di Città di Bologna.

Quasi la totalità dei MMG e dei PLS è collegata a Sole.

La percentuale di PLS associati è inferiore a quella dei MMG, ma a Porretta rappresentano il 100%.

Nella pianificazione dell'AUSL di Bologna, sono state individuate 18 proposte di **Case della Salute (CdS)**, di queste 7 sono state identificate come strutture effettivamente funzionanti con la modalità di CdS; in tutte queste il Servizio Infermieristico è informatizzato e sono attivate:

- funzioni di accoglienza, valutazione del bisogno e orientamento ai servizi,
- continuità assistenziale per piccole urgenze ambulatoriali,
- gestione integrata delle patologie croniche a più elevata prevalenza.

Sono inoltre state attivate iniziative rivolte a:

- formare gruppi multiprofessionali selezionati, (MMG, PLS, Medici DCP, Specialisti ambulatoriali, Infermieri) con obiettivi di miglioramento organizzativo.
- gestire la formazione di piccolo gruppo nei Nuclei delle Cure Primarie (Profili di nucleo -formazione in corso di accreditamento)
- implementare percorsi assistenziali integrati (nel 2011 scopenso cardiaco, rete oncologica, BPCO).

ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI E DISABILI

ASSISTENZA PER ANZIANI

La tabella riporta il numero di posti residenziali, semiresidenziali e degli assegni di cura per gli anni 2007-11.

Tabella 2.16 Offerta territoriale per gli anziani Azienda USL di Bologna anni 2007-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna *Fonte dati Azienda USL di Bologna

FRNA - ANZIANI	2007	2008	2009	2010	2011*
Posti in RSA	435	435	449	449	441
Posti in Case Protette	2.208	2.221	2.312	2.331	2.244
Totale POSTI RESIDENZIALI CONVENZIONATI AL 31/12	2.643	2.674	2.761	2.780	2.685°
POSTI SEMIRESIDENZIALI CONVENZIONATI AL 31/12	491	528	503	557	563
UTENTI CON ASSEGNO DI CURA*³	5.023	6.092	6.500	6.193	4.060

° cui vanno aggiunti 137 posti per sollievo/dimissioni protette

La principale variazione che si registra nel 2011 è la diminuzione del numero di utenti con assegno di cura, ridotti globalmente del 34%.

³ Dal 2009 è stato attivato il Sistema di Monitoraggio degli Assegni di Cura (SMAC), flusso informativo regionale su base individuale. I dati degli anni 2009, 2010 e 2011 sono comprensivi dei record scartati nella banca dati regionale, mentre i dati precedenti all'anno 2009 potrebbero essere leggermente sovrastimati.

STRUTTURE RESIDENZIALI (RSA E CASE PROTETTE)

Gráfico 2.13 Indice di copertura dei posti residenziali⁴ per 100 residenti ultra 75 anni. Anni 2000-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna *Fonte dati Azienda USL di Bologna

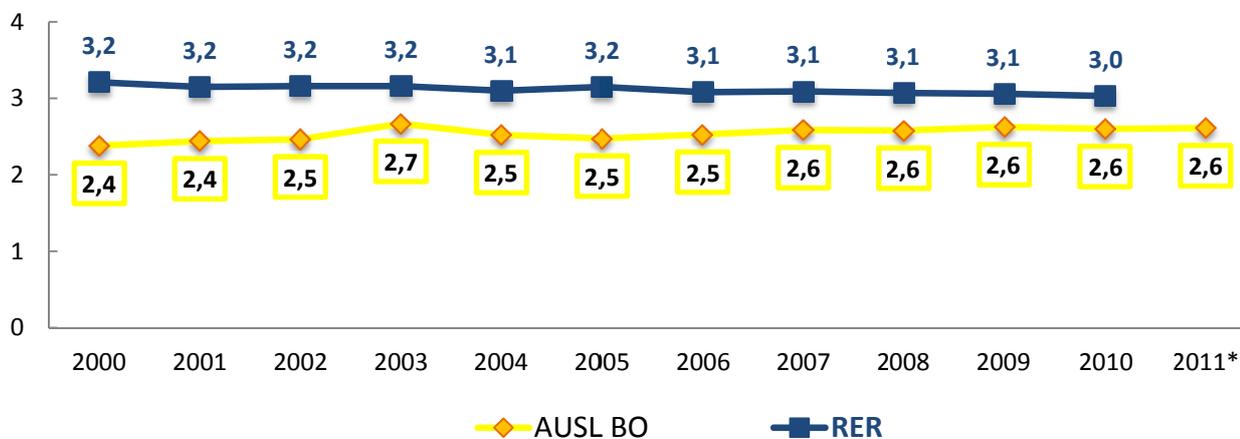
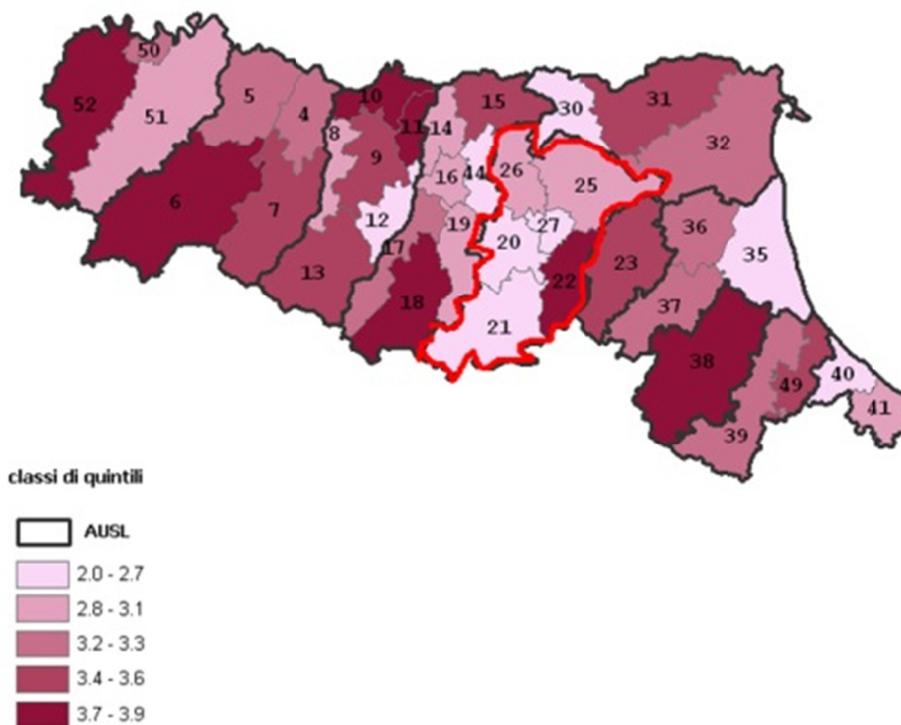


Figura 2.3 Indice di posti letto disponibili per anziani in strutture residenziali * 100 anziani (≥75 anni) residenti, per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2010. Fonte dati Regione Emilia-Romagna

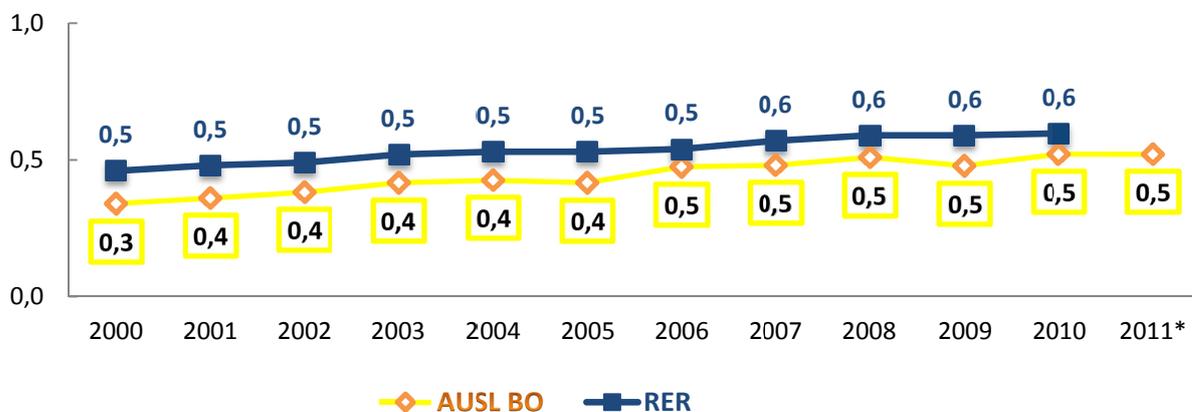


Nel 2011 risultano 4.772 ospiti nelle strutture residenziali, l'età media è 85 anni, più del 57% è ultraottantacinquenne. Gli inserimenti nell'anno sono stati 5.382. La degenza media effettiva risulta di due anni.

⁴ I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 31.12 dell'anno di riferimento.

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI

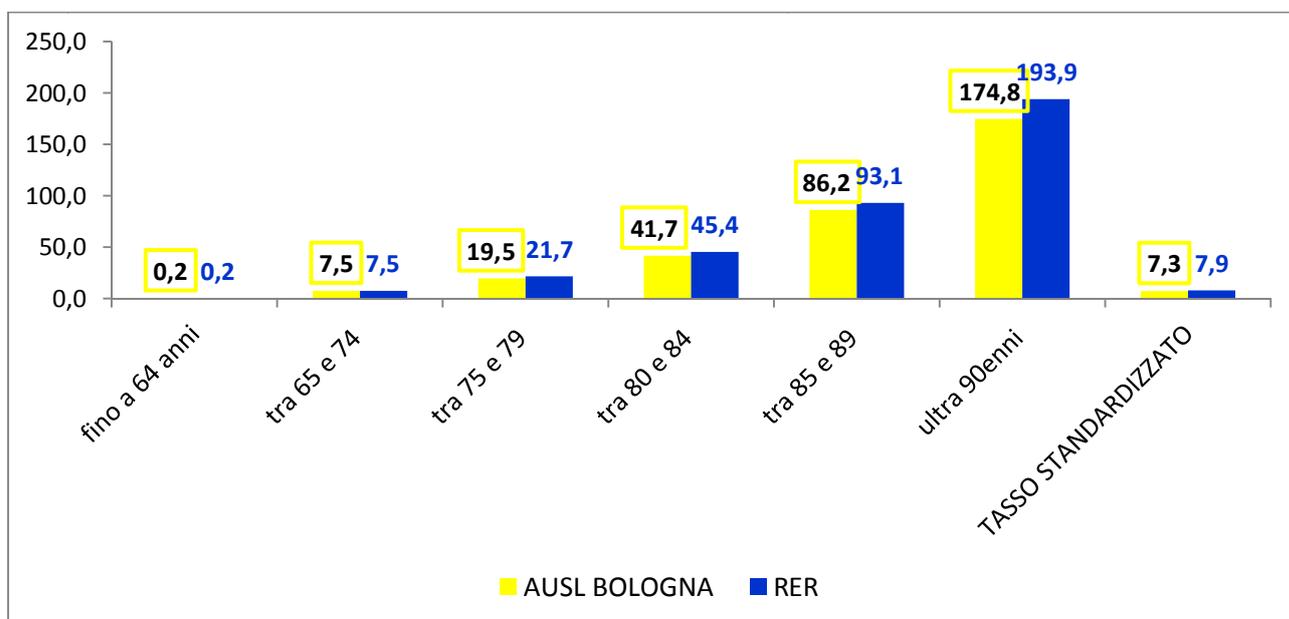
Grafico 2.14 Indice di copertura⁵ dei posti in Centri Diurni per 100 residenti ultra 75 enni. Anni 2000-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna e * Azienda USL di Bologna.



Nel 2011 risultano 1.078 ospiti nelle strutture residenziali, l'età media è 82 anni, il 44% è ultraottantacinquenne. Gli inserimenti nell'anno sono stati 1.376. La degenza media effettiva risulta di 1,3 anni.

I tassi di assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali nel territorio aziendale sia specifici per età sia standardizzati sono inferiori alla media regionale

Grafico 2.15 tassi specifici e standardizzati per età di assistenza per 1000 residenti in strutture residenziali e semiresidenziali anno 2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna (FAR)



⁵ I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 31.12 dell'anno di riferimento.

ASSISTENZA PER DISABILI

Il progressivo aumento dei posti letto per disabili ha portato ad una offerta sulla popolazione residente sempre superiore alla media regionale. Vi è una grossa variabilità nell'offerta distrettuale.

Grafico 2.16 Posti letto per portatori di handicap in strutture residenziali e copertura per 1.000 abitanti. Fonte dati: Regione Emilia-Romagna (Anagrafe regionale Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie).

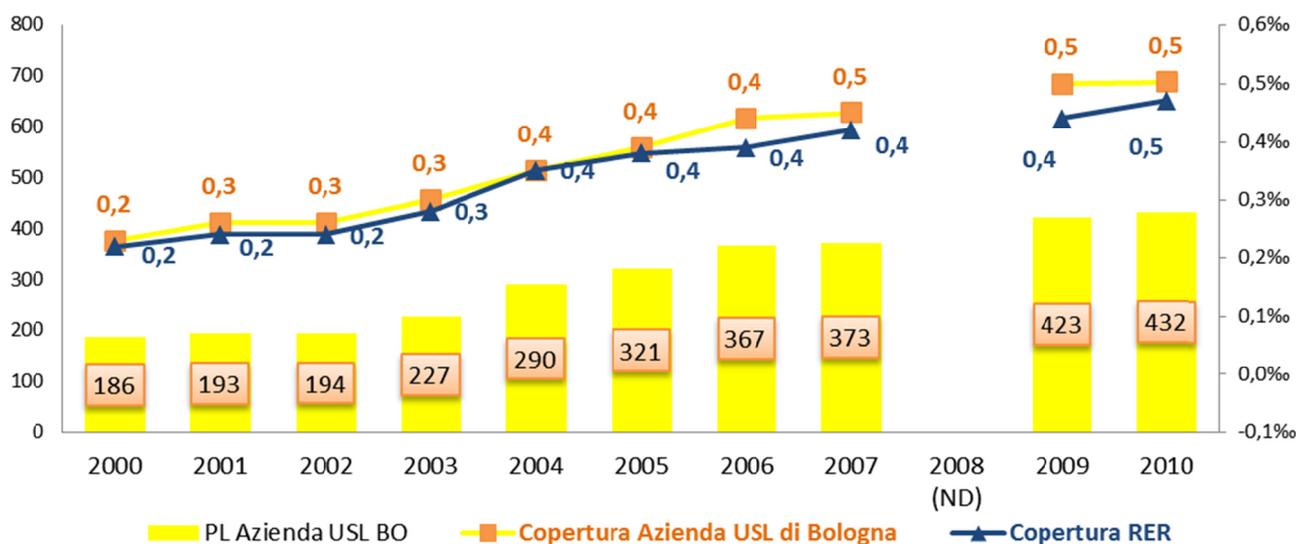


Grafico 2.17 Posti letto per portatori di handicap in strutture semiresidenziali e copertura per 1.000 abitanti. Fonte dati: Regione Emilia-Romagna (Anagrafe regionale Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie).

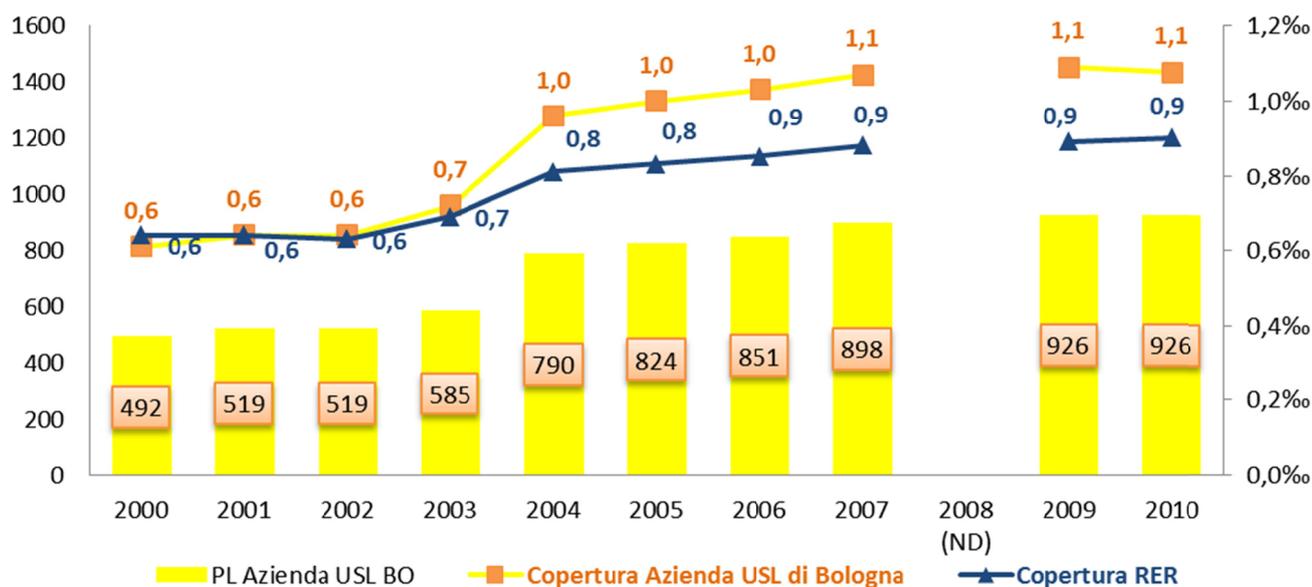


Figura 2.4 Indice di posti disponibili per disabili in strutture semiresidenziali *1.000 residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2010.

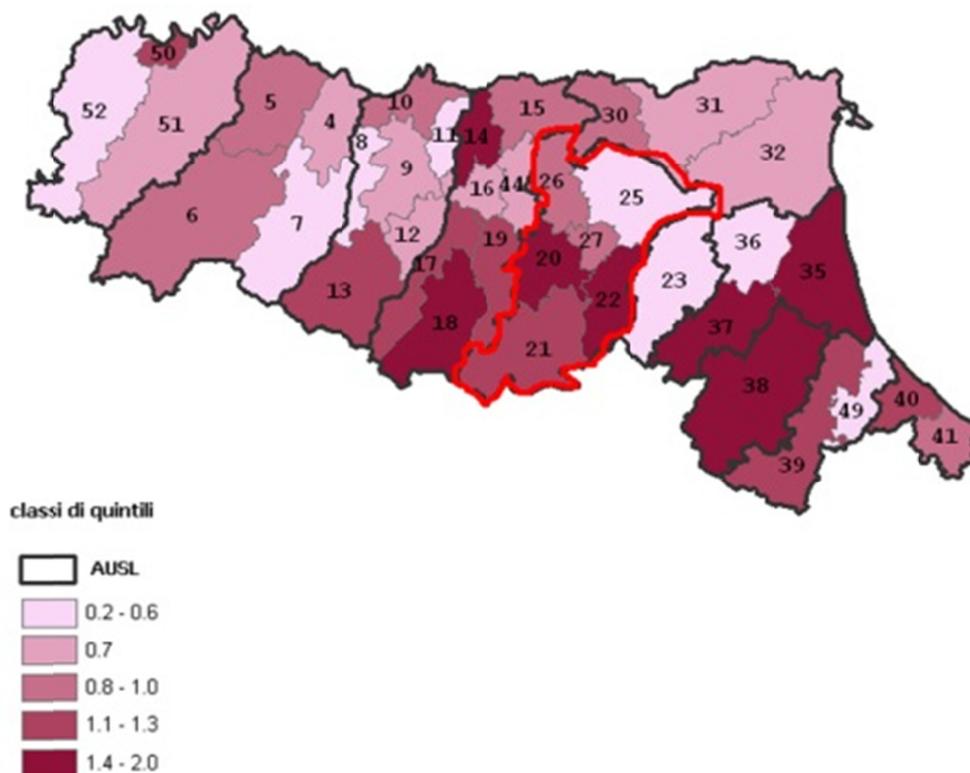


Tabella 2.17 Utenti disabili in carico. Anni 2004-2011.

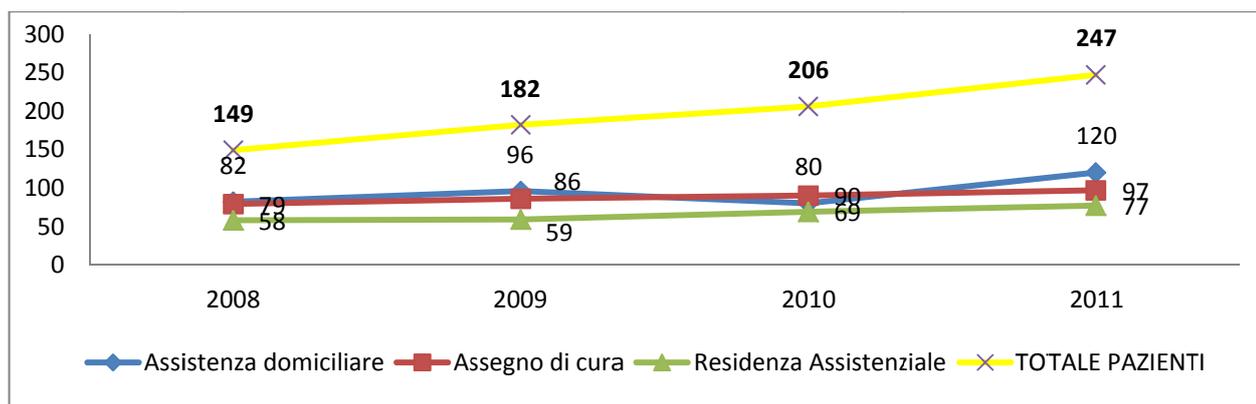
Fonte dati: Azienda USL di Bologna

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Utenti disabili in carico	2.679	2.760	2.873	2.940	3.064	3.131	3.242	3.227
- di cui inseriti in strutture residenziali	342	351	370	404	414	442	443	394
- di cui inseriti in strutture semi-residenziali	656	695	698	733	751	850	846	841
- di cui in borsa lavoro	371	364	388	401	426	481	508	472
Utenti disabili in carico *1.000 abitanti 18-64aa	5,2‰	5,4‰	5,6‰	5,7‰	5,8‰	6,0‰	6,2‰	6,1‰

ASSISTENZA AI PAZIENTI CON GRAVISSIME DISABILITÀ ACQUISITE

I pazienti non autosufficienti con Gravissime Disabilità Acquisite in età adulta (DGR 2068/2004) seguiti nel 2011 sono stati 247 (in ulteriore aumento rispetto al 2010), dei quali 110 con gravissima cerebrolesione, 33 con gravissima mielolesione e 104 con patologia neurologica. 42 utenti sono deceduti durante l'anno. Quasi la metà presenta alterazioni dello stato di coscienza. Si tratta di pazienti simili nell'età alla media regionale: il 27% è compreso nella fascia 0-44 anni, il 41% in quella 45-64 e il 32% è ultrasessantacinquenne.

Grafico 2.18 N° di pazienti in carico GRAD per tipologia di Assistenza (DGR 2068/2004). anni 2008-2011. Fonte dati: Regione Emilia Romagna (GRAD e ADI)



Nel 2011, 120 utenti sono stati presi in carico al domicilio, perlopiù con TAD di Medicina Generale, 97 hanno beneficiato di assegno di cura e 77 sono stati ospitati in residenze.

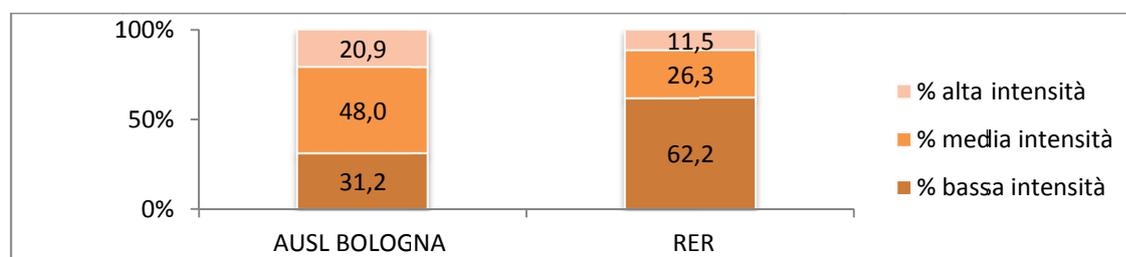
ASSISTENZA DOMICILIARE

Tabella 2.18 Episodi di Assistenza Domiciliare Integrata suddivise in Tipologie nell'Azienda USL di Bologna anni 2004-2011. Fonte dati Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna e * Azienda USL di Bologna (corretti rispetto a dati RER)

TIPOLOGIE DI ASSISTENZA (escluso TAD sociale e residenze protette)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Assistenza di medicina generale	11.156	10.848	11.952	13.313	14.877	17.721	16.206
Assistenza infermieristica	5.071	6.755	7.515	7.925	9.733	13.783	13.432
Assistenza svolta da associazioni no profit con medici specialisti	1.085	1.084	1.225	1.297	1.314	1.378	1.325
Totale	17.312	18.687	20.692	22.535	25.924	32.882	30.963

Negli ultimi anni, in Azienda, vi è stato un forte impulso dell'Assistenza Domiciliare⁶. Nel 2011 si assiste ad una lieve riduzione del numero di episodi rispetto al 2010, ma il trend complessivo dal 2005 si conferma in aumento, specie nell'assistenza infermieristica.

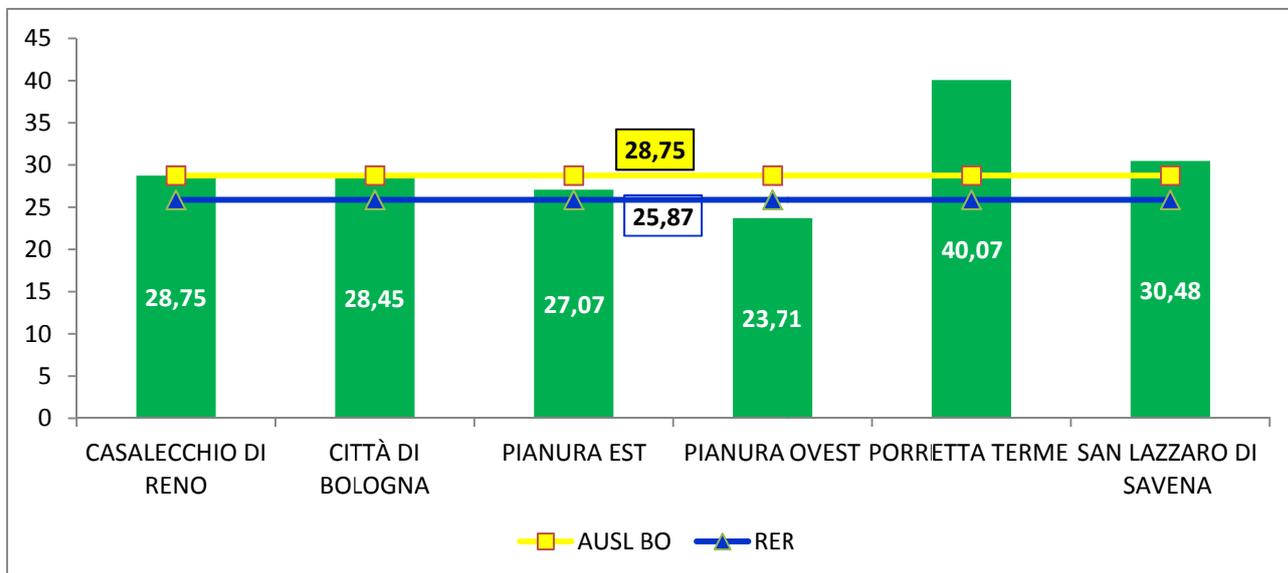
Grafico 2.19 Assistenza Domiciliare. DISTRIBUZIONE DEGLI EPISODI DI ASSISTENZA DOMICILIARE, per intensità. Anno 2011. Fonte dati Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna



⁶ Per analizzare l'attività erogata in Assistenza Domiciliare in un'ottica regionale è necessario prendere in esame le tipologie di Assistenza Domiciliare (TAD) secondo la classificazione indicata nel flusso informativo Repetto SI-ADI regionale dove la TAD è definita come episodio di cura in relazione all'apertura di contratti amministrativi di MMG o in alternativa della figura che prevalentemente assiste il paziente (responsabile dell'assistenza). Gli episodi di cura si distinguono principalmente in TAD di Assistenza di Medicina Generale, Assistenza Volontariato/Assistenza Associazioni no profit, Assistenza Infermieristica, Assistenza Sociale. Da segnalare che nell'Azienda USL di Bologna l'assistenza tutelare o di base garantita dai Comuni non è inviata nel Flusso Regionale.

Tra gli episodi di Assistenza Domiciliare erogati è meno rilevante, rispetto alle altre Aziende della Regione, la quota di quelli a bassa intensità, mentre maggiormente rappresentate sono quelli a media e alta intensità (complessivamente 69% vs 38%).

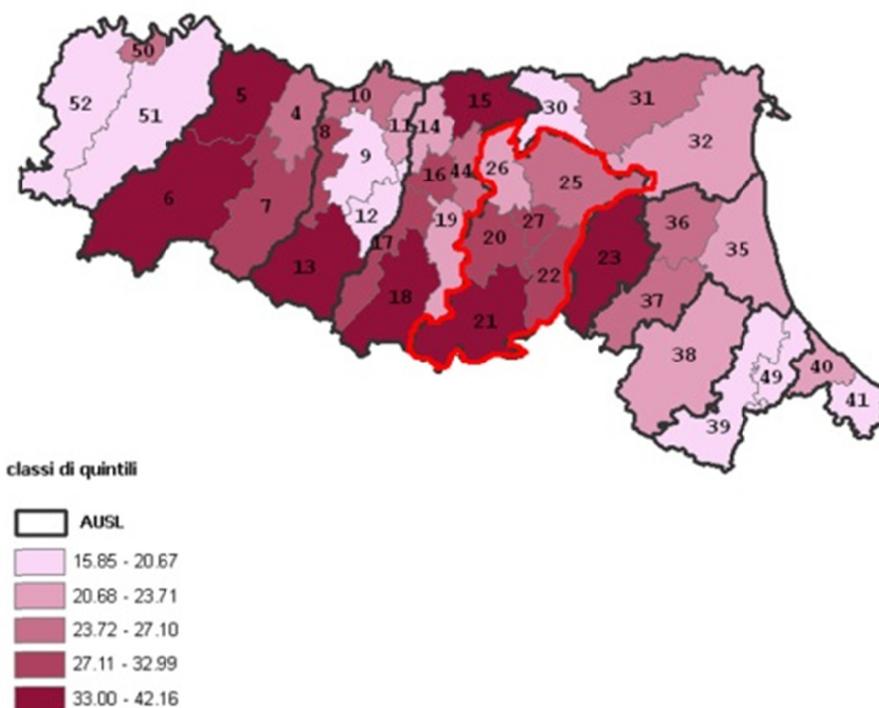
Grafico 2.20 Assistenza Domiciliare. Pazienti per 1.000 residenti (tasso grezzo) anno 2011. Fonte dati Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna.



Il numero di pazienti assistiti per 1.000 residenti è nettamente superiore alla media regionale.

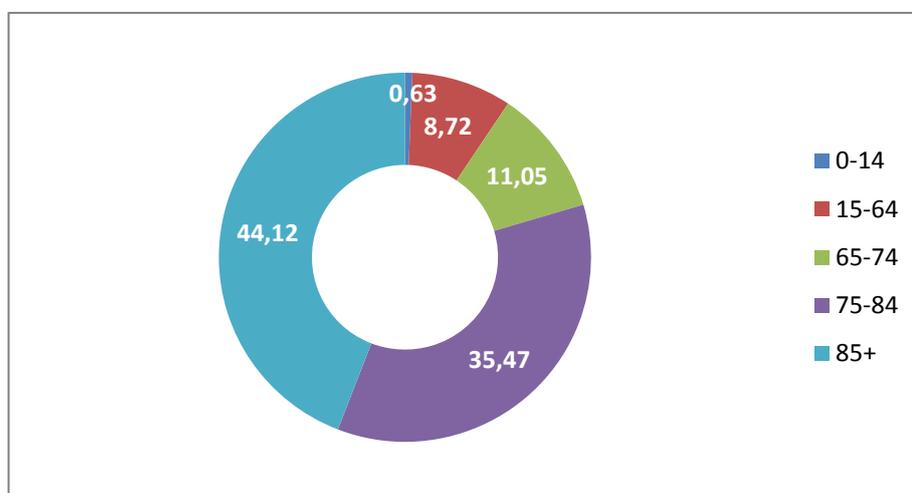
Relativamente ai distretti, il tasso è superiore alla media aziendale e regionale nei distretti di Porretta Terme e S.Lazzaro di Savena, inferiore nel distretto di Pianura Ovest.

Figura 2.5 Tasso grezzo di persone seguite in assistenza domiciliare integrata *1.000 residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



I pazienti seguiti sulla popolazione residente, relativamente ai livelli di media e alta intensità, sono superiori nei distretti di Città di Bologna e Pianura ovest.

Grafico 2.21 Assistenza Domiciliare. Pazienti in ADI per classi di età (%) nell'azienda USL di Bologna. Anno 2011. Fonte dati Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna.



Dei 23.295 pazienti assistiti in ADI nel 2011 nel territorio aziendale, gli ultrasessantacinquenni rappresentano complessivamente quasi l'80%, gli ultraottantacinquenni più del 44%.

Tabella 2.19 Pazienti in Assistenza Domiciliare per tipologia di assistenza. Anni 2010-2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna

	Anno 2010	Anno 2011
ADI 1	620	625
ADI 2	1.544	1.554
ADI 3	621	654
Totale ADI	2.785	2.833
ADP	7966	7.584
ADR	2.433	2.566
Totale ADP-ADR	10.399	10.150
Totale ANT	1.447	1.166
INF continuativa	8.871	8.890
INF occasionale	7.452	8.491
Totale INF	16.323	17.381
TOTALE AZIENDA USL BO	30.954	31.530

Utilizzando la classificazione delle TAD mediche in ADI-Assistenza Domiciliare Integrata a bassa, media, alta intensità assistenziale, ANT-Assistenza Domiciliare erogata in convenzione ANT, ADP-Assistenza Domiciliare Programmata e ADR-Assistenza Domiciliare Residenziale si evidenzia nel 2011 una lieve riduzione dei pazienti in convenzione ANT rispetto al 2010 ed una stabilità di tutti gli altri.

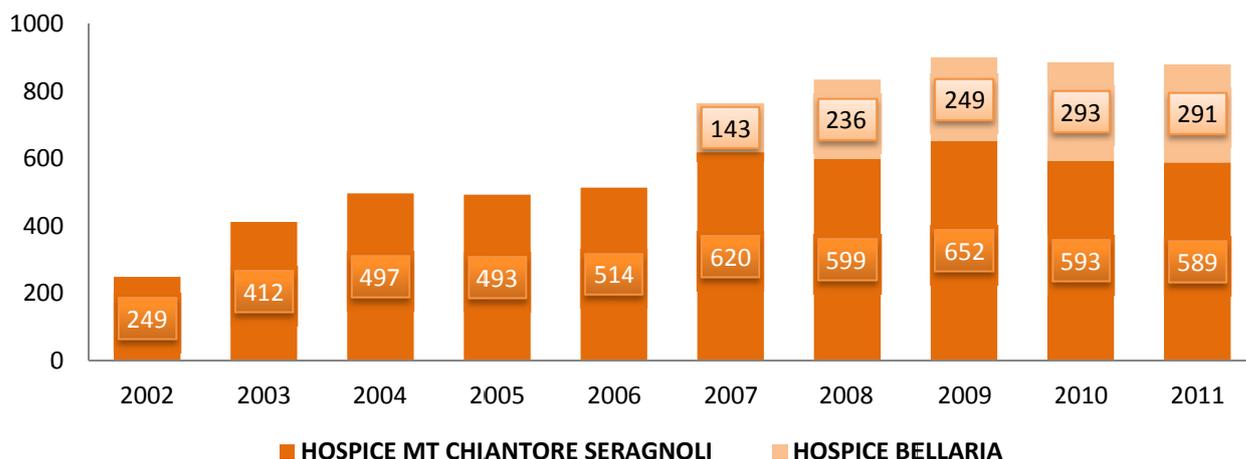
Vengono conteggiate in questa tabella, a differenza che nella banca ADI regionale, le prestazioni infermieristiche dette occasionali in quanto si concludono con una sola prestazione, che risultano in aumento nel 2011.

HOSPICE - RETE DELLE CURE PALLIATIVE

Anche l'assistenza presso Hospice è stata potenziata negli anni.

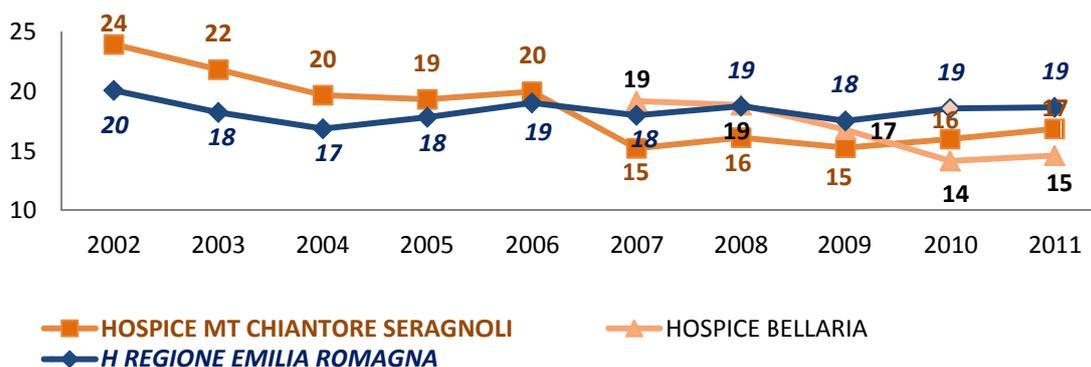
I posti letto di Hospice sono 43: 30 presso l'Hospice territoriale M.T. Chiantore Seragnoli, aperto nel 2002, e 13 presso l'Hospice Bellaria, aperto nel 2007.

Grafico 2.22 Numero di pazienti dimessi dagli Hospice M.T.C. Seragnoli e Hospice Bellaria dell'Azienda USL di Bologna. Anni 2003-2010. Fonte dati: Regione Emilia – Romagna (Hospice)



Dal 2002 al 2011 il numero totale dei dimessi è più che raddoppiato (da 249 a 880), anche grazie all'apertura dell'H. Bellaria. Si registra una sostanziale stabilità dal 2010 al 2011.

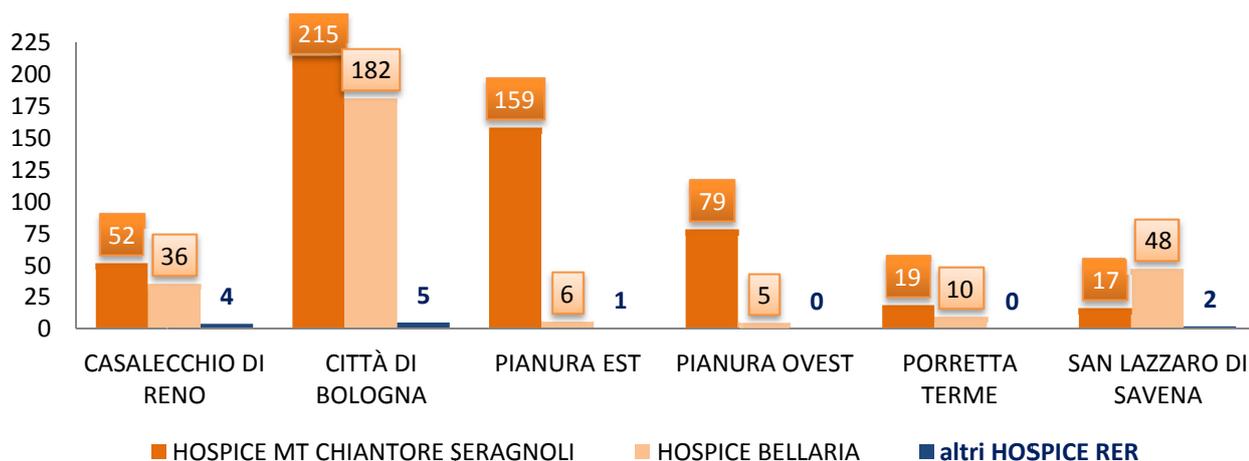
Grafico 2.23 Degenza media dei pazienti dimessi dagli Hospice. Anni 2003-2011. Fonte dati: Regione Emilia – Romagna (Hospice)



Si osserva una diminuzione progressiva della degenza media negli anni in entrambi gli hospice, su valori inferiori alla media regionale, con un lieve aumento nell'ultimo anno. La percentuale di deceduti sul totale dei dimessi (intorno all'80%) è superiore a quella regionale (75%).

I residenti nell'AUSL di Bologna hanno effettuato 840 ricoveri presso hospice nel 2011 (10 in meno rispetto al 2010), per il 98,6% nei due hospice aziendali: 64,4% presso H MTC Seragnoli e 34,2% presso H Bellaria.

Grafico 2.24 Numero di pazienti dimessi da hospice per distretto di residenza. Anno 2011



Si prevede che la prossima apertura di un hospice a Casalecchio possa rendere maggiormente omogeneo l'accesso a hospice nei diversi distretti aziendali.

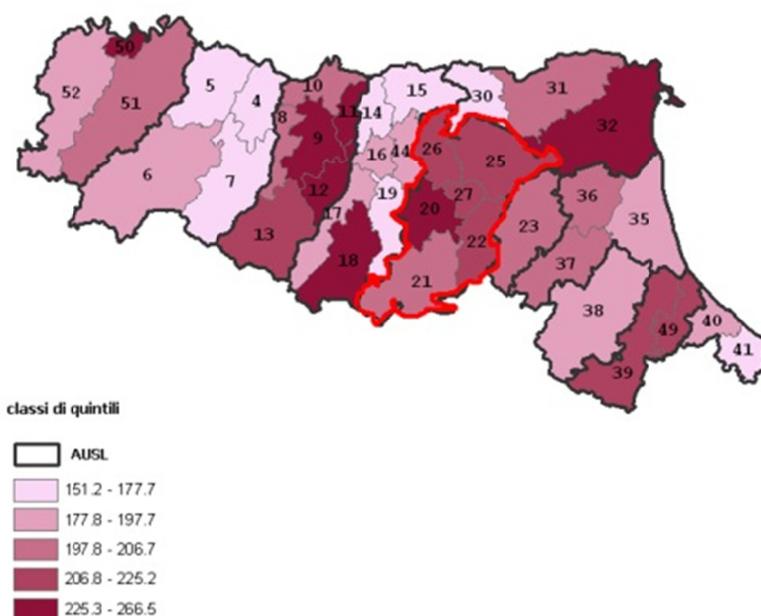
ASSISTENZA A UTENTI CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE

Area Psichiatria Adulti

Gli utenti seguiti dal Dipartimento di Salute Mentale nel 2011 sono stati 16.2897, con un rapporto rispetto alla popolazione maggiorenne pari a 22,25‰⁸, superiore a quello regionale (20,8‰ adulti).

I residenti in Azienda assistiti per problemi di salute mentale nei DSM sono stati 15.742 (21,5‰ vs. 20,1‰ regionale). Vi è una certa variabilità nella copertura distrettuale, superiore a Casalecchio di Reno e Pianura Ovest e inferiore a Porretta Terme.

Figura 2.6 Tasso grezzo di persone trattate dai Dipartimenti di salute mentale *10.000 abitanti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna

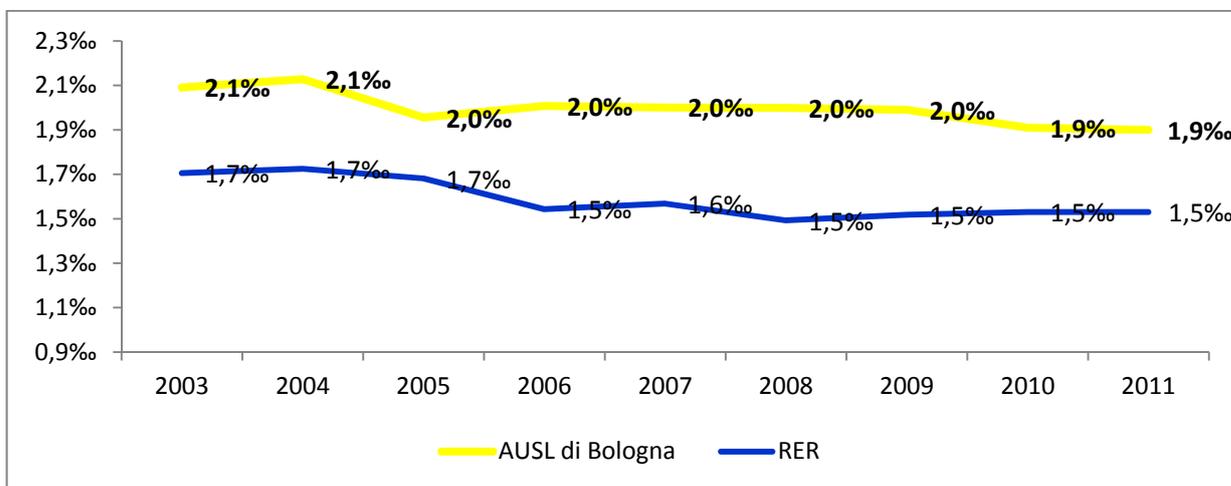


⁷ Fonte: Flusso Regionale Salute Mentale-Banca Dati SISM.

⁸ Popolazione all'01/01

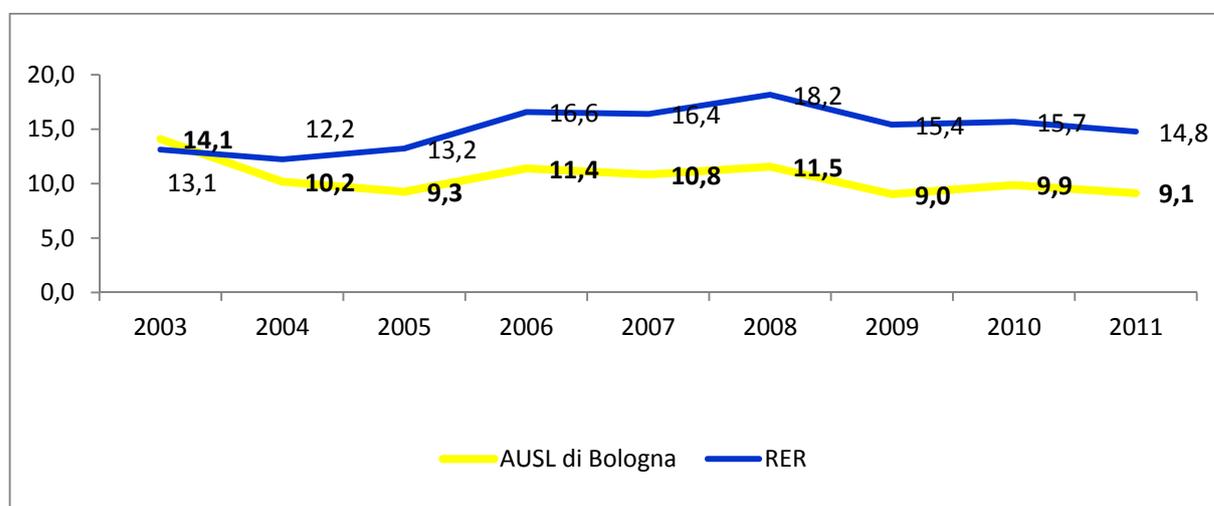
Dagli **SPDC** (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) aziendali pubblici sono stati dimessi 2.180 pazienti di cui 1.637 residenti, dato in linea con gli anni precedenti.

Grafico 2.25 Tasso d'ospedalizzazione in SPDC per 1.000 abitanti⁹. Anni 2003-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna (SDO-escluso mobilità passiva).



I tassi di dimissione dagli SPDC dell'Emilia Romagna dei residenti nell'Azienda USL di Bologna sono mediamente superiori a quelli regionali con un trend in lieve riduzione negli anni.

Grafico 2.26 Trattamenti sanitari obbligatori (%TSO/Ricoveri). Anni 2003-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna (SDO).

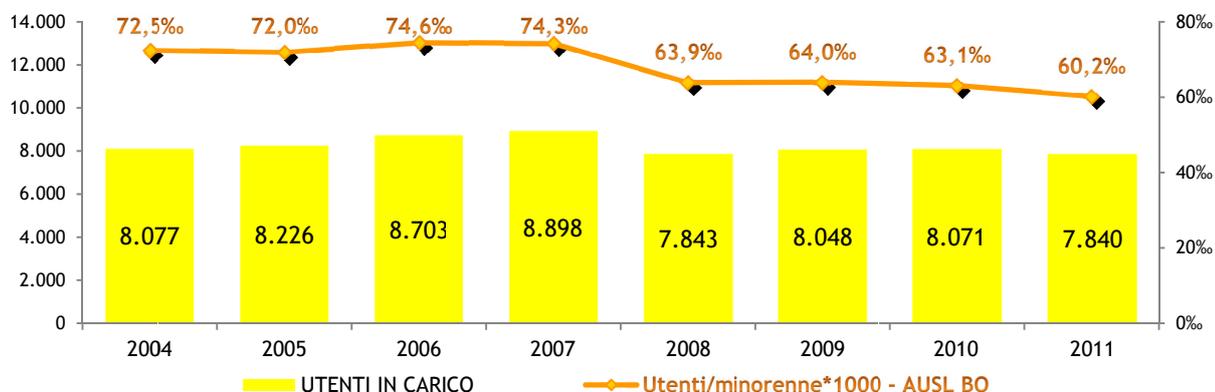


La percentuale di trattamenti sanitari obbligatori (TSO) sul totale dei dimessi dagli SPDC pubblici aziendali è inferiore al 10% e, come avviene dal 2004, si mantiene molto al di sotto del valore regionale.

⁹ Per il calcolo del tasso di ospedalizzazione si è utilizzata la popolazione residente all'1/1 di ciascun anno.

Area Neuropsichiatria e Psicologia dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA)

Grafico 2.27 Utenti in carico alla NPIA. Anni 2004-2011. Popolazione al 31/12. Fonte dati Azienda USL di Bologna (Cruscotto)

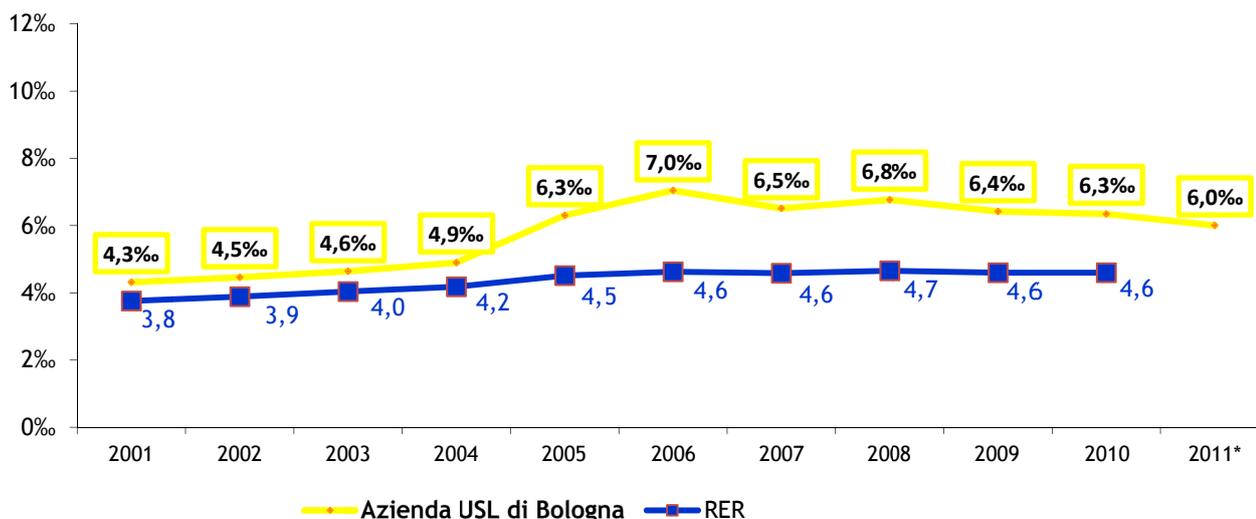


I minori in carico nei servizi di NPIA sono stati 7.840 (60‰ minorenni), di cui 2.010 seguiti da oltre 5 anni; i nuovi utenti sono 2.303. Complessivamente sono state erogate 118.418 prestazioni. Presso il Centro Clinico Prima Infanzia sono stati trattati 455 pazienti.

Assistenza per pazienti con dipendenze patologiche

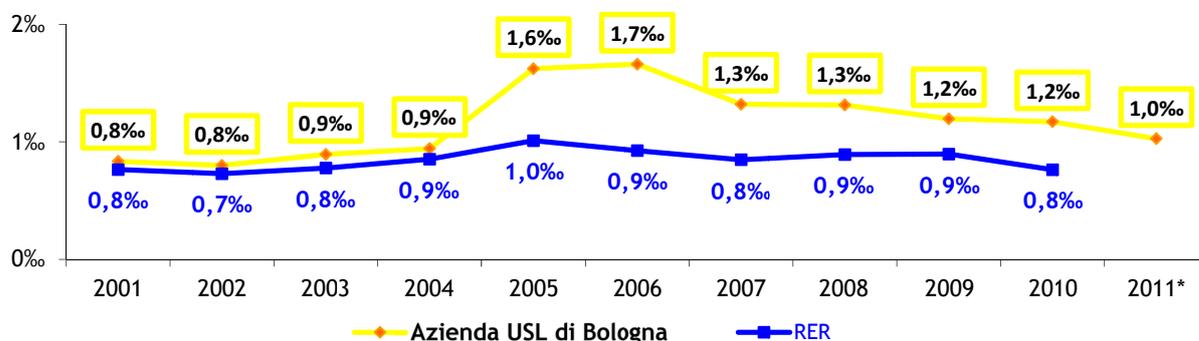
L'offerta dei servizi per soggetti con problemi di dipendenza è strutturata sul sistema dei servizi dove pubblico (SerT e Enti Locali) e privato accreditato (profit e non profit) raccordano progetti, risorse e interventi. In Azienda sono presenti 8 Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), con 9 sedi, una per distretto sanitario tranne che nel Distretto Pianura Est dove sono due e Città di Bologna dove sono tre.

Grafico 2.28 Utenti in carico tossicodipendenti *‰ 15-64enni¹⁰. Anni 2001-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna e *Azienda USL di Bologna (Osservatorio Metropolitan Dipendenze Patologiche).



¹⁰ Popolazione al 01.01 dell'anno di riferimento

Grafico 2.29 Nuovi utenti in carico tossicodipendenti *‰ 15-64enni. Anni 2001-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna e *Azienda USL di Bologna (Osservatorio Metropolitano Dipendenze Patologiche)

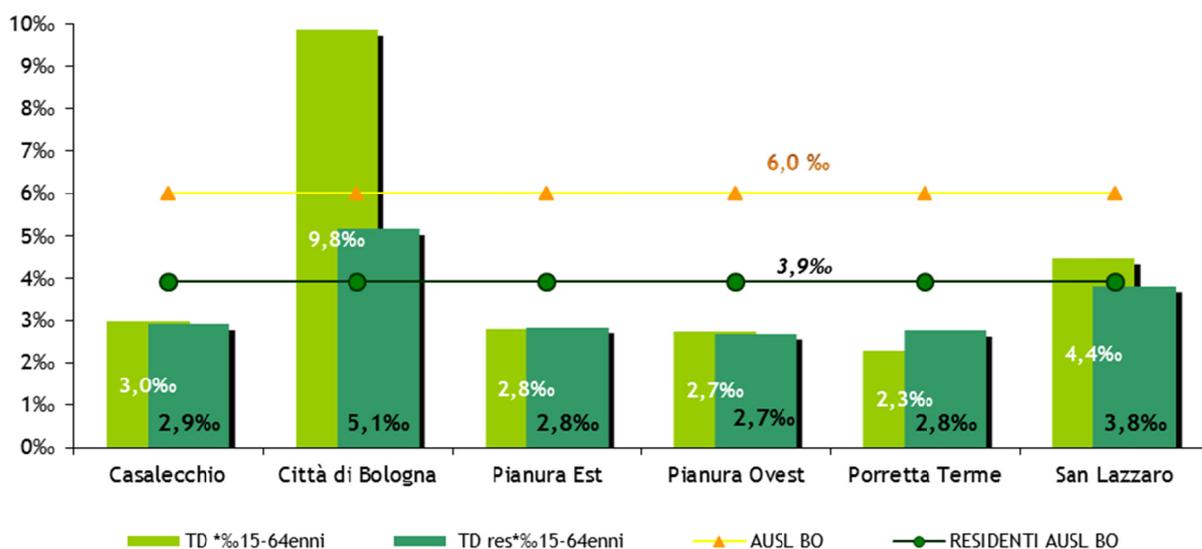


I **tossicodipendenti** in carico¹¹ ai SERT (3.449 nel 2010) nel 2011 rappresentano il 6,0‰ della popolazione 15-64enne con un tasso di nuovi utenti (636 nel 2010) pari a 1,0‰. I due tassi, in lieve riduzione negli ultimi due anni, si mantengono nettamente superiori a quelli medi regionali. All’utenza in carico si aggiungono 694 soggetti temporaneamente trasferiti dai Sert di residenza per continuità assistenziale (cosiddetti “appoggiati”).

Mentre in regione il trend ha un andamento più costante, per l’Azienda USL di Bologna vi è stata un’accentuazione della crescita negli anni 2005-2006 seguita da un calo dei nuovi utenti a partire dal 2007.

Questi indicatori si riferiscono all’utenza che si rivolge ai servizi e pertanto comprendono anche i non residenti che, per le tossicodipendenze, rappresentano più di un terzo (35%) dell’utenza.

Grafico 2.30 Utenti in carico tossicodipendenti *‰15-64enni per distretto e utenti residenti. Anno 2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna (Osservatorio Metropolitano Dipendenze Patologiche).



¹¹ Per carico utenza si intende il totale metropolitano degli utenti. Quindi un soggetto può essere conteggiato anche più volte se è stato in carico in più Sert

I **tossicodipendenti residenti** in carico rappresentano, infatti, il 3,9% della popolazione target residente. I non residenti sono maggiormente rappresentati nei distretti di Città di Bologna (anche per effetto dell'utenza in carico all'Unità Mobile e al Carcere) e San Lazzaro, nei quali si trova anche la maggior quota di residenti tossicodipendenti.

Una piccola parte degli utenti tossicodipendenti residenti nel distretto di Porretta Terme si rivolge a Sert di altri distretti.

L'attività dei SerT Ovest prevede anche l'**Unità Mobile**, con 155 utenti in carico nel 2011: si tratta di un servizio a bassa soglia diretto a popolazioni che per diversi motivi non si rivolgono ai servizi tradizionali. L'Unità Mobile lavora in connessione con un Pronto Soccorso Sociale che fornisce una risposta residenziale temporanea ad utenti che sono disponibili ad una tregua rispetto alla vita di strada. Il SerT Navile presta la propria attività anche presso il **Carcere di Bologna**, tramite l'equipe Carcere (709 tossicodipendenti in carico e 30 alcolisti), sia in regime di continuità assistenziale sia per i nuovi utenti.

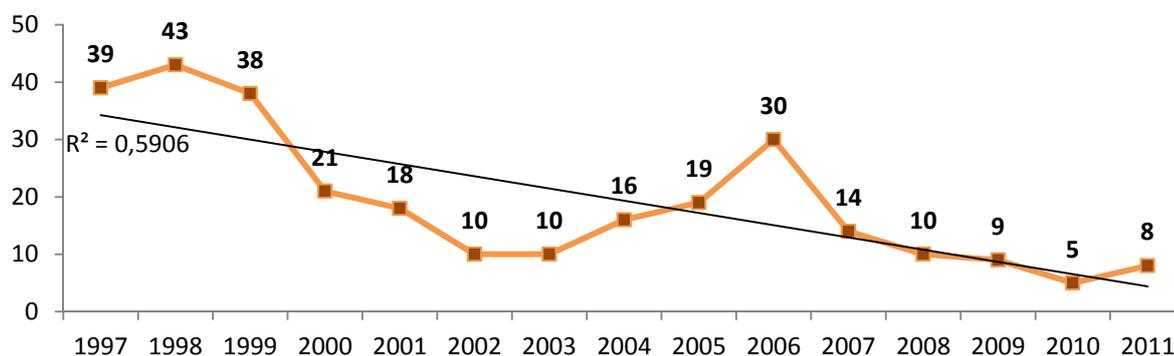
Vi sono infine 187 posti residenziali e 55 posti semiresidenziali gestiti da privato sociale e accreditati RER per il trattamento dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso (fonte dati: Regione Emilia-Romagna). In calo rispetto al 2010 il numero di soggetti presi in cura nelle Comunità Terapeutiche, 382 nel 2011.

Tabella 2.20 Utenti in Comunità Terapeutiche. Anni 2007-2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna (Osservatorio Metropolitano Dipendenze Patologiche).

COMUNITÀ	Asat	Quadrifoglio	La Rupe	Rupe Fresatore	Rupe Ozzano	Sorgente	Arcoveggio	Pettrosso	Sorriso	TOTALE UTENTI	TOTALE SOGGETTI
2007	22	61	70	-	-	20	15	143	Np	331	323
2008	32	-	84	50	61	17	20	158	Np	422	384
2009	36	-	93	51	44	23	17	178	Np	442	408
2010	35	-	106	42	56	10	13	164	Np	426	403
2011	34	-	99	44	45	13	22	148	Np	405	382

NB: Il totale utenti è la somma degli utenti che può essere superiore al n. di soggetti in quanto un utente può essere stato inserito in più di una struttura

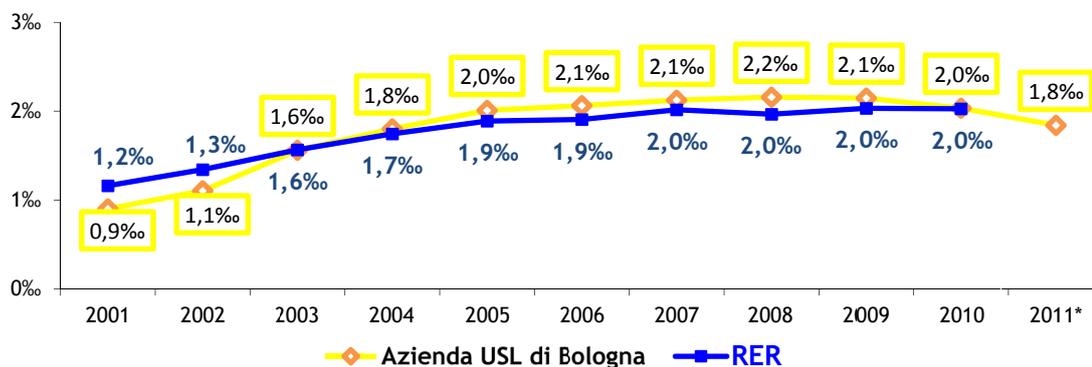
Grafico 2.31 Decessi per overdose nell'area metropolitana: andamento anni 1997- 2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna (Osservatorio Dipendenze Patologiche).



In netta riduzione dal 1997 il trend di decessi per overdose nel territorio aziendale.

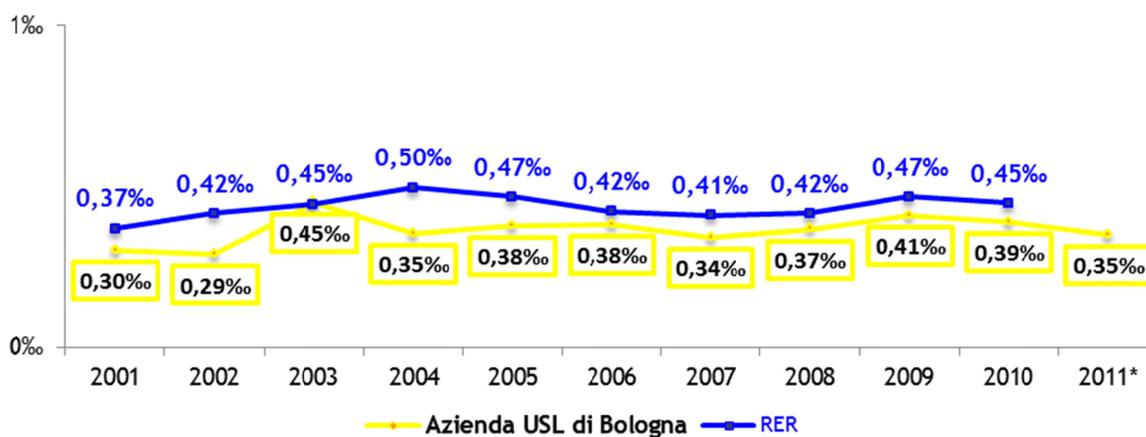
Nel 2011 i deceduti sono stati 8, tutti maschi, uno di nazionalità straniera, 4 residenti fuori regione, età media 36 anni. I ricoveri effettuati presso gli ospedali dell'area metropolitana di Bologna per problemi collegati all'uso di sostanze stupefacenti sono stati, nel 2011, 442; il trend si è mantenuto stabile negli ultimi 10 anni.

Grafico 2.32 Utenti in carico alcolisti *‰ 15-64enni¹². Anni 2001-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna e *Azienda USL di Bologna (Osservatorio Dipendenze Patologiche).



Gli **alcolidipendenti** in carico¹³ ai SerT (1.105 nel 2010) rappresentano nel 2011 l'1,8‰ della popolazione di età 15-64anni. Mentre negli anni 1996-2006 il tasso di utenti in carico è stato sempre in aumento, dal 2006 si mantiene stabile e vicino a quello regionale.

Grafico 2.33 Nuovi utenti in carico alcolisti *‰ 15-64enni. Anni 2001-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna e *Azienda USL di Bologna (Osservatorio Dipendenze Patologiche).

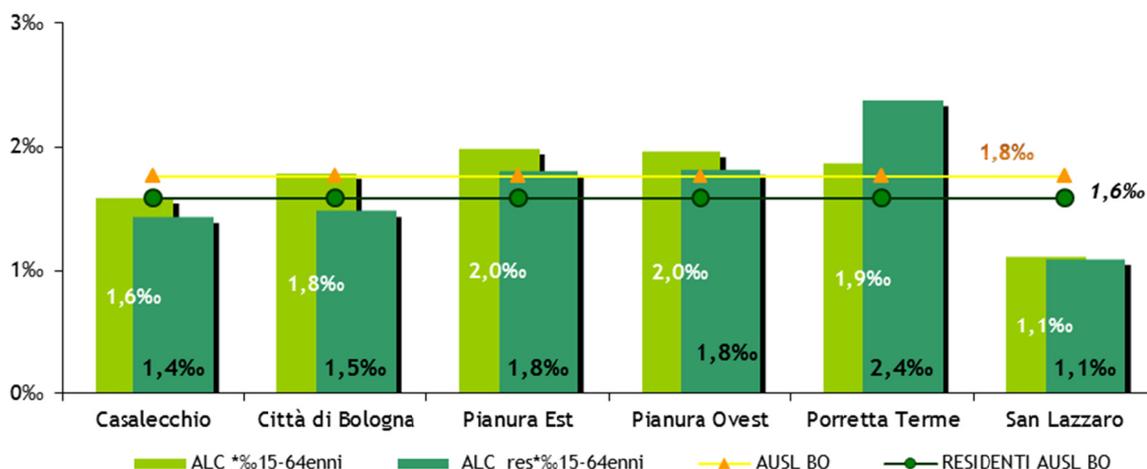


Il tasso di nuovi utenti alcolidipendenti (210 nel 2010) è in diminuzione negli ultimi anni e sempre al di sotto della media RER.

¹² Popolazione al 01.01 dell'anno di riferimento

¹³ Per carico utenza si intende il totale metropolitano degli utenti. Quindi un soggetto può essere conteggiato anche più volte se è stato in carico in più SerT

Grafico 2.34 Utenti alcoolisti*1.000 15-64enni per distretto e dettaglio utenti residenti. Anno 2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna (Osservatorio Dipendenze Patologiche)

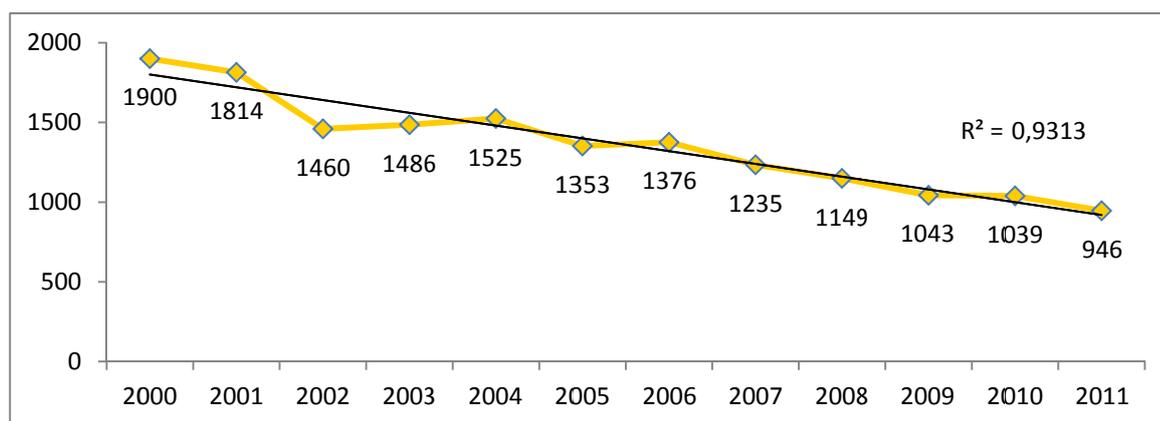


Il 10% degli utenti in carico è non residente. Gli **alcoldependenti residenti** in carico¹⁴ ai SerT nel 2011 rappresentano l'1,6‰ della popolazione di età 15-64anni.

Se consideriamo l'utenza totale, residente e non residente, in carico ai Sert dei distretti rapportata alla popolazione target residente, questa è più alta nei distretti Pianura Est e Pianura Ovest. Ai Sert di Città di Bologna, e in minor misura a quelli dei distretti di Casalecchio e di Pianura Est e Ovest, si rivolge una certa quota di alcoldependenti dipendenti non residenti.

Se invece consideriamo l'utenza residente in carico ai Sert aziendali rapportata alla popolazione target residente, questa è maggiormente rappresentata nel distretto di Porretta Terme. Una parte di utenti alcol dependenti di Porretta Terme (circa il 28%) non si rivolge ai Sert del distretto ma ad altri Sert aziendali.

Grafico 2.35 Andamento ricoveri ospedalieri per problemi alcol correlati nel territorio aziendale: periodo 2000-2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna (Osservatorio Dipendenze Patologiche)



In riduzione, dal 2000 al 2011, il numero di ricoveri ospedalieri per problemi alcol correlati nel territorio aziendale.

¹⁴ Per carico utenza si intende il totale degli utenti dei Sert. Quindi un soggetto può essere conteggiato anche più volte se è stato in carico in più Sert

ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA

L'implementazione del sistema informativo aziendale ha consentito di migliorare notevolmente l'utilizzo del magazzino aziendale ausili in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

L'applicazione di percorsi di fornitura specifici ha inoltre consentito di ridurre i tempi per ottenere la fornitura, evitando al cittadino inutili passaggi. Particolare attenzione è stata dedicata all'accesso e alla presa in carico del cittadino.

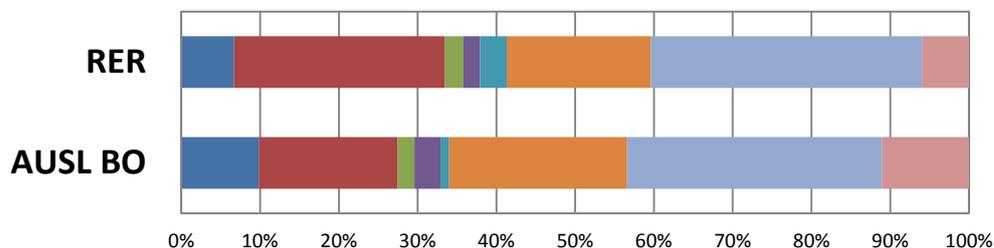
Tabella 2.21 Utenti con fornitura di ausili anno 2010 e 2011

	2010	2011
utenti con fornitura tramite acquisto da fornitore	12.651	11.577
utenti con fornitura tramite magazzino aziendale	7.124	8.425
Totale utenti	19.775	20.002

Nel 2011 è aumentato il numero complessivo di utenti cui sono stati forniti ausili, con un aumento delle forniture di ausili ricondizionati tramite magazzino aziendale e conseguente riduzione di quelli acquistati tramite fornitore esterno.

CONSULTORI FAMILIARI

Grafico 2.36 Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari dell'Azienda USL di Bologna vs Regione Emilia – Romagna . Anno 2010. Fonte dati RER



	AUSL BO	RER
■ % Contraccezione	9,9	6,7
■ % Gravidanza	17,6	26,8
■ % IVG	2,1	2,4
■ % Menopausa	3,3	2,1
■ % Puerperio	1,1	3,4
■ % Specialistica ginecologica	22,6	18,3
■ % Prevenzione tumori femminili	32,4	34,4
■ % Psicologia	11,1	6,0

Nel 2010 sono state erogate complessivamente 164.250 prestazioni (23.000 in più rispetto al 2009), di cui l'11,1% nell'area psicologica e l'88,9% nell'area di ostetricia e ginecologica, suddivise nelle varie tipologie di prestazioni. Come negli anni passati, si evidenzia una percentuale di attività superiore rispetto alla media regionale per specialistica ginecologica, psicologia e contraccezione e inferiore per le restanti attività.

Rispetto al 2009 sono aumentate le percentuali di attività per prevenzione tumori e per gravidanza, ridotta quella per specialistica ginecologica.

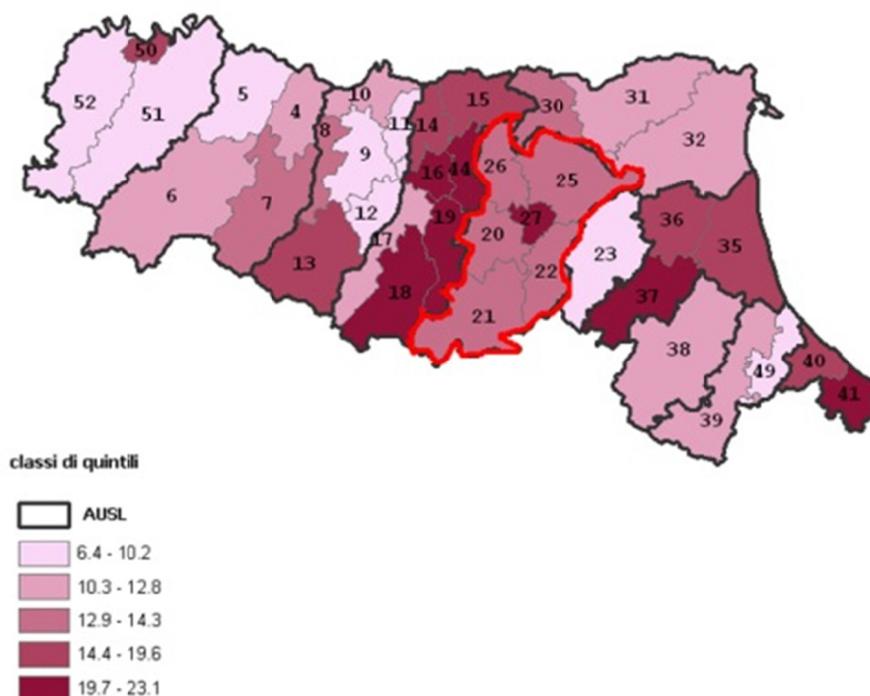
Grafico 2.37 Attività ostetricia ginecologia. Donne in carico ai Consultori Familiari. Anni 2000-2010. Fonte dati RER



Nell'area dell'attività ostetricia ginecologia il numero delle donne seguite dai consultori familiari nel 2010 è stato di 45.005 utenti, con un trend in continua diminuzione a partire dal 2006.

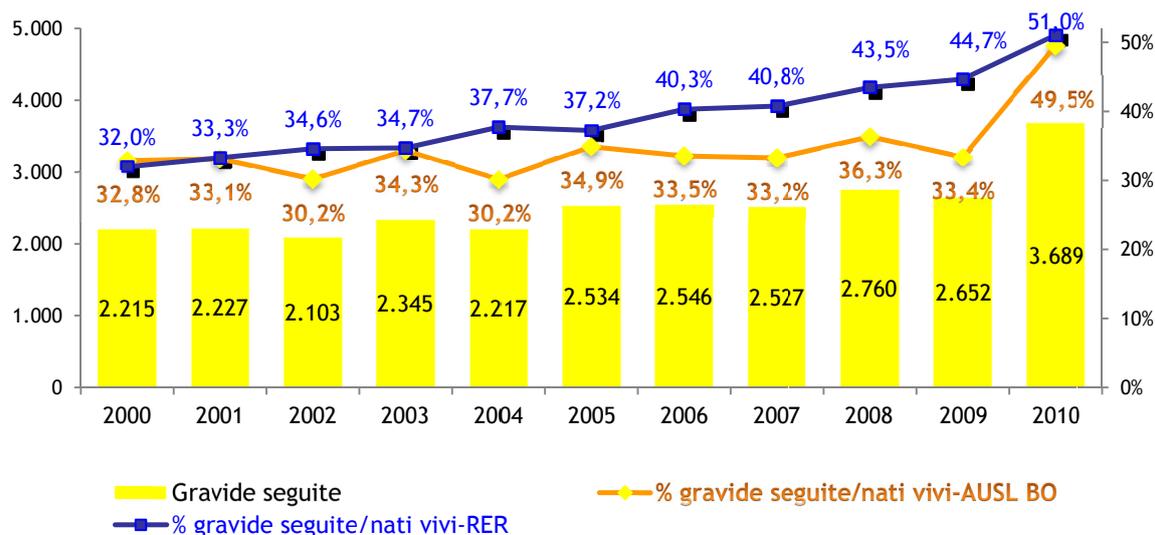
La percentuale di donne seguite rispetto alla popolazione femminile di 15-64 anni, del 16,3%, si mantiene comunque superiore alla media RER.

Figura 2.7 Percentuale di donne seguite dai Consultori familiari (ostetricia-ginecologia) sulla popolazione target per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2010.. Fonte dati RER



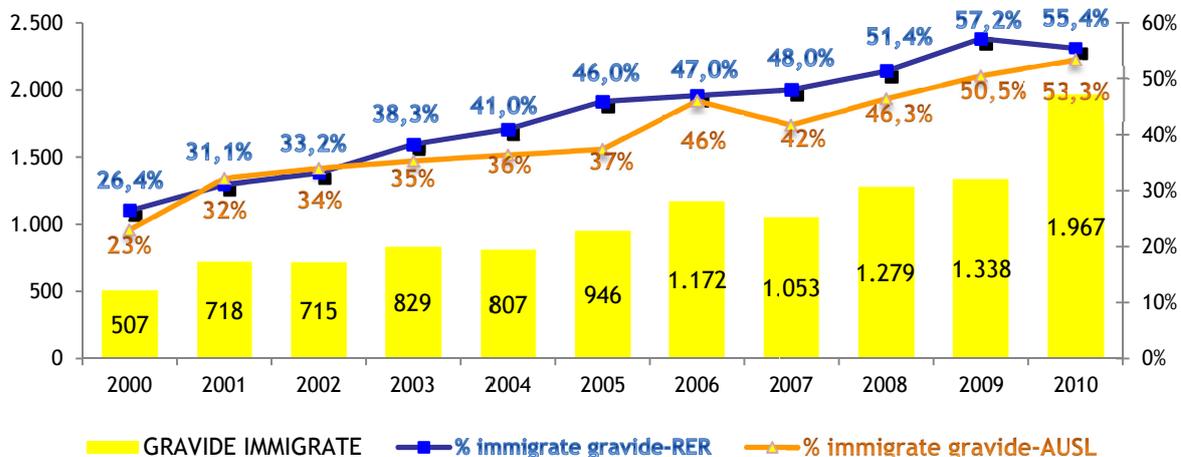
Il distretto che registra il maggiore accesso ai consultori nell'area dell'attività ostetricia ginecologia è quello della Città di Bologna (19,8%).

Grafico 2.38 Donne seguite in gravidanza e percentuale sui nati vivi. Anni 2000-2010. Fonte dati RER



La percentuale di donne in gravidanza seguite nel 2010 dai consultori, rispetto ai nati vivi, è invece aumentata rispetto al 2009 avvicinandosi alla media regionale, in netto aumento anch'essa.

Grafico 2.39 Donne immigrate gravide in carico ai consultori. Anni 2000-2010. Fonte dati RER



Aumentati anche numero e percentuale di immigrate fra le donne gravide seguite dai consultori. La percentuale, più che raddoppiata rispetto al 2000, resta ancora al di sotto della media regionale.

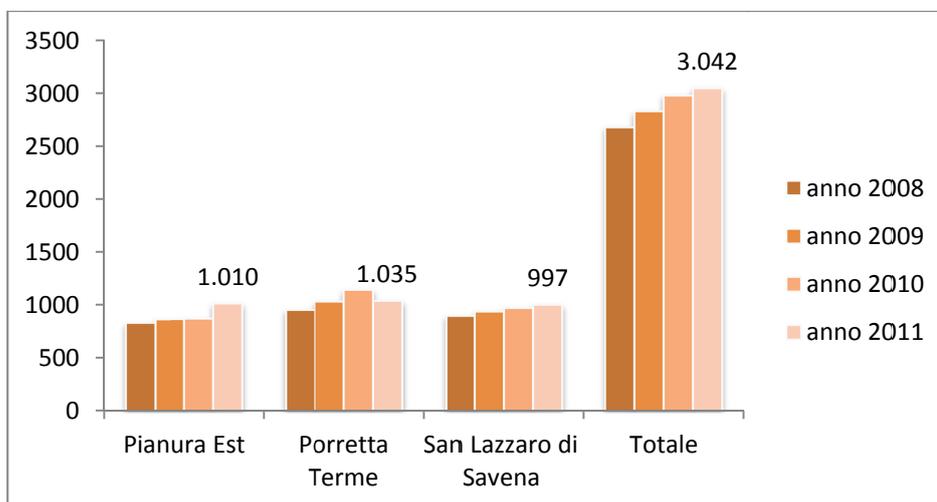
Nell'area dell'attività psicologica il numero di donne seguite nel 2010 è in lieve aumento rispetto al 2009 (2.606 vs 2.418), con una percentuale rispetto alla popolazione target sempre superiore alla media RER (0,9% vs 0,5%).

I distretti che registrano il maggiore accesso ai consultori nell'area psicologica sono, come negli anni passati, quelli di Pianura ovest e Casalecchio di Reno.

AREA MINORI

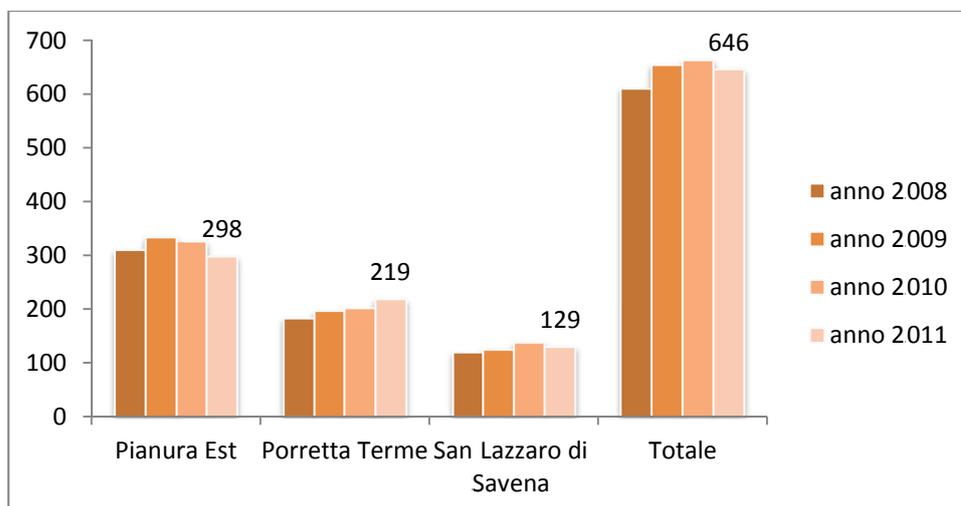
In riferimento all'Area Minori l'Azienda USL di Bologna esercita per conto dei Comuni, limitatamente ai Distretti di **Pianura Est**, **San Lazzaro di Savena** e **Porretta Terme**, le funzioni sociali e socio/sanitarie di tutela e di sostegno, verifica e recupero delle funzioni genitoriali.

Grafico 2.40 Utenza in carico area minori suddivisa per distretto anni 2008 - 2011. Fonte dati: Cruscotto territoriale Azienda USL Bologna.



I minori in carico alle USSI Minori distrettuali nel 2011 sono aumentati del 14% rispetto al 2008 e del 2% rispetto al 2010.

Grafico 2.41. Minori soggetti a decreto di limitazione della potestà genitoriale suddivisi per distretto anni 2008 - 2011. Fonte dati: Cruscotto territoriale Azienda USL Bologna.

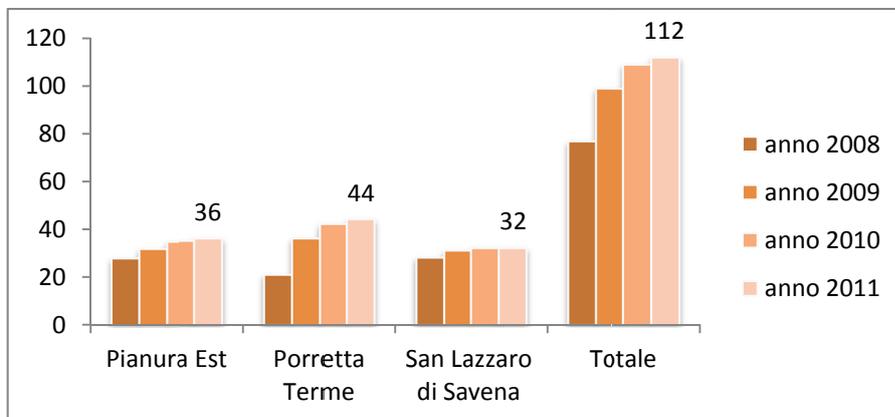


Nell'ambito delle funzioni di Tutela dei Minori delegate ai Distretti è compresa anche la gestione dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria, la valutazione, il sostegno ed il recupero delle capacità genitoriali. Tali interventi sono gestiti dalle USSI Minori distrettuali che operano in un contesto di forte integrazione di tipo professionale, tecnico ed istituzionale con i servizi consultoriali dell'Azienda e con gli Enti Locali. Nel triennio 2008/2011 le situazioni di limitazione della potestà genitoriale sono aumentate di 36 unità, si sono invece ridotte di 17 unità nell'ultimo anno.

Sono minori soggetti a provvedimenti di tutela, affidamento o vigilanza ai Servizi Sociali distrettuali.

Si ritiene opportuno fornire un approfondimento sui minori che, a seguito di decreto di limitazione dell'autorità giudiziaria sono stati allontanati dal nucleo familiare d'origine: si tratta indubbiamente delle situazioni più complesse sul piano tecnico e più onerose sul piano economico.

Grafico 2.42. Minori in affido eterofamiliare e inseriti in comunità suddivisi per distretto anni 2008 - 2011. Fonte dati: Cruscotto territoriale Azienda USL Bologna.



Nel 2011 i minori collocati in situazione extrafamiliare sono stati complessivamente 112, in progressivo aumento dal 2008.

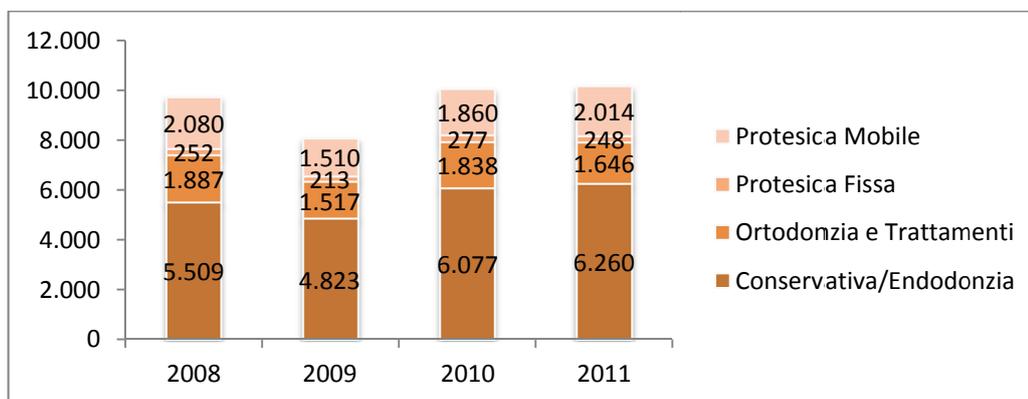
Tabella 2.22 Minori stranieri in carico suddivisi per distretto anno 2011. Fonte dati: Cruscotto territoriale Azienda USL Bologna.

	Pianura Est	Porretta Terme	San Lazzaro di Savena	Totale
Minori stranieri in carico	225	702	427	1.354
% su minori in carico	22,3%	67,8%	42,8%	44,5%

La percentuale di minori stranieri in carico sul totale dei minori nel 2011 ha superato il 44% (percentuale stabile rispetto al 2010) e varia tra il 67,8% di Porretta Terme e il 22,3% di Pianura Est.

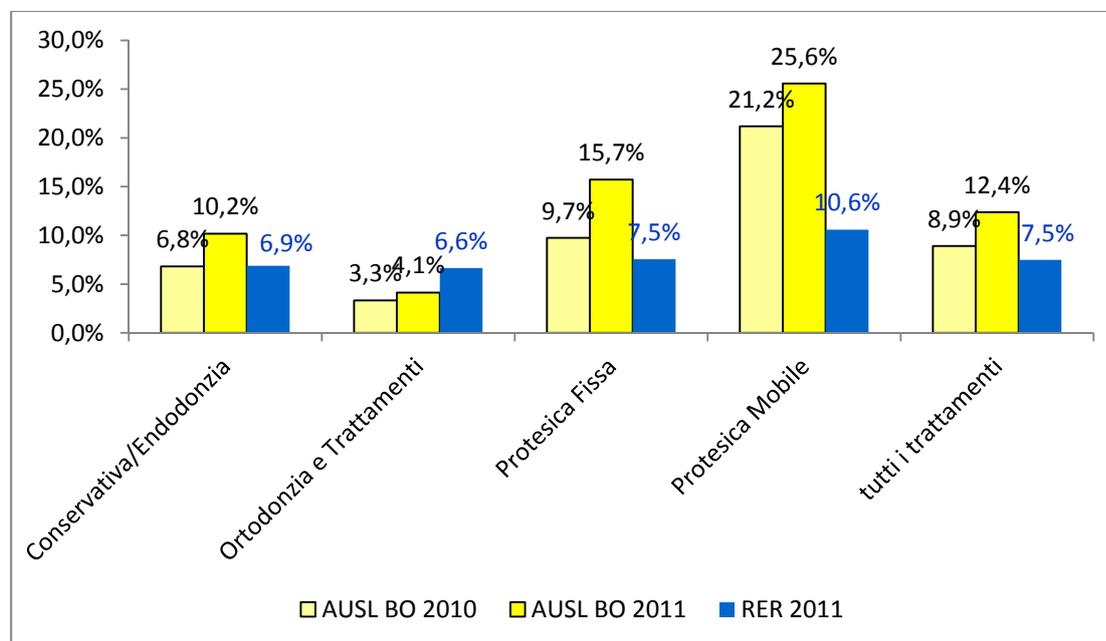
ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Grafico 2.43 Numero di utenti che hanno ricevuto trattamenti di conservativa protesica e ortodonzia nell'azienda USL di Bologna. Anni 2008-2011. Fonte dati: RER (ASA).



Sono più di 10.000 i pazienti che hanno ricevuto nel 2011 assistenza odontoiatrica presso le strutture aziendali, di cui più della metà trattamenti di conservativa/endodonzia. Il dato è stabile rispetto al 2010.

Grafico 2.44 Percentuale di utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa protesica e ortodonzia sul totale dei pazienti trattati. Anno 2011. Fonte dati: RER (ASA).



La percentuale di pazienti non vulnerabili risulta superiore rispetto alla media regionale, in particolar modo nella protesica, e in aumento rispetto al 2010.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica totale

Tabella 2.23 Spesa per Assistenza farmaceutica totale SSN. Area Bologna e Regione Emilia Romagna. Anno 2011. Fonte: Regione Emilia Romagna e Azienda USL di Bologna

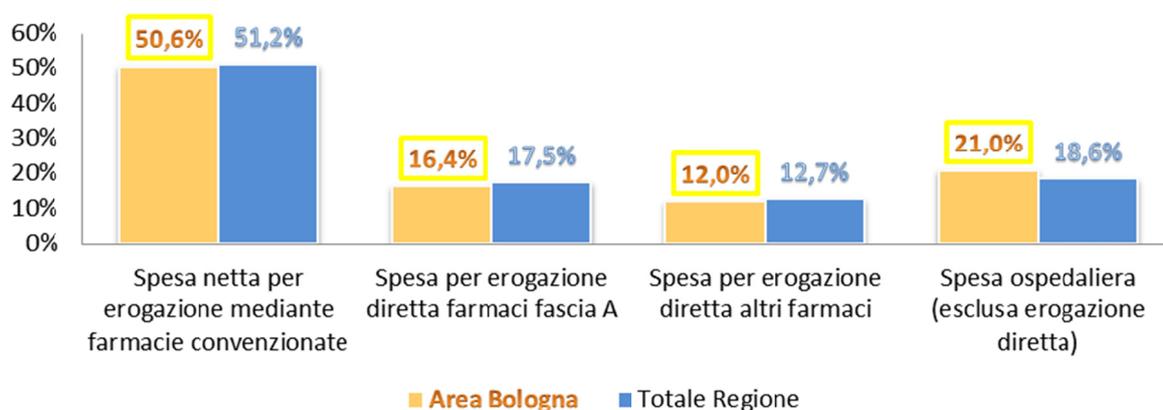
	Spesa netta per erogazione mediante farmacie convenzionate	Spesa per erogazione diretta farmaci fascia A	Spesa per erogazione diretta altri farmaci	Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)	TOTALE Spesa farmaceutica SSN
Azienda Usi di Bologna	145.808.843	32.185.240	15.817.085	25.247.737	219.058.905
Area Bologna		47.275.181	34.577.055	60.489.178	288.150.257
Totale Regione	678.219.850	232.261.100	168.420.976	246.042.109	1.324.944.035

La spesa farmaceutica totale nel territorio metropolitano si è ridotta del 3,2% rispetto a quella del 2010, passando da più di 297 milioni di € a circa 288 milioni di €.

L'assistenza farmaceutica convenzionata ha subito un decremento di più dell'8%, mentre quella ospedaliera metropolitana è rimasta pressoché invariata.

Si segnala invece un decremento del 4,1%, superiore a quello regionale, della spesa ospedaliera relativa alle strutture dell'azienda USL.

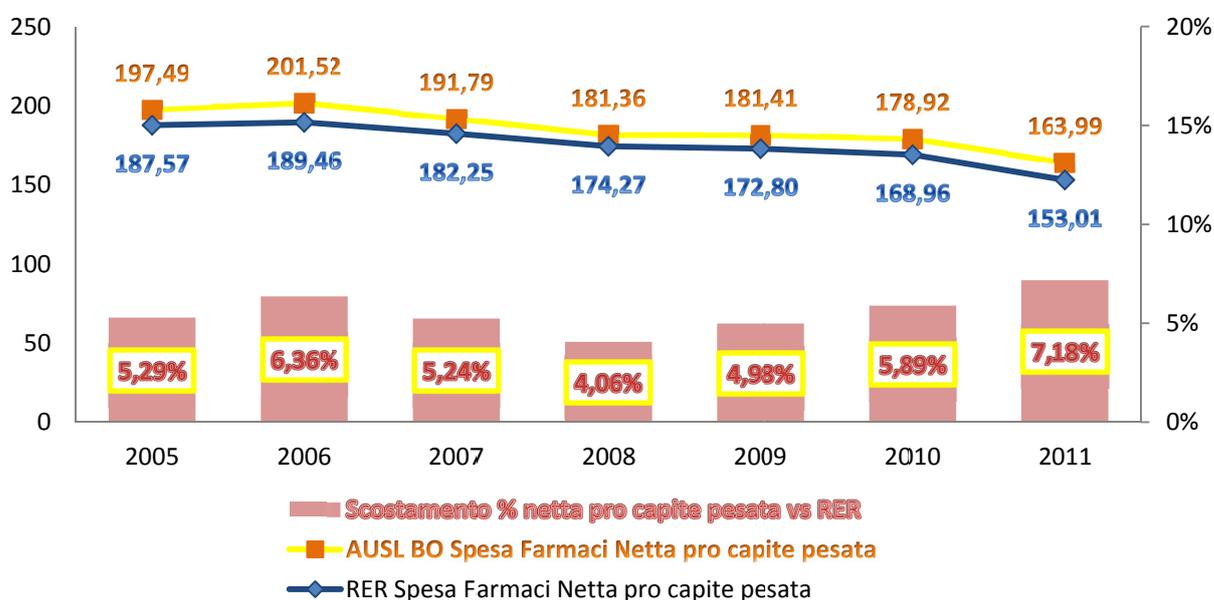
Grafico 2.45 Assistenza farmaceutica totale SSN. Area Bologna e Regione Emilia Romagna. % diverse componenti di spesa. Anno 2011. Fonte dati: Regione Emilia Romagna



Come negli anni passati, la spesa ospedaliera rappresenta una percentuale della spesa superiore rispetto alla media regionale.

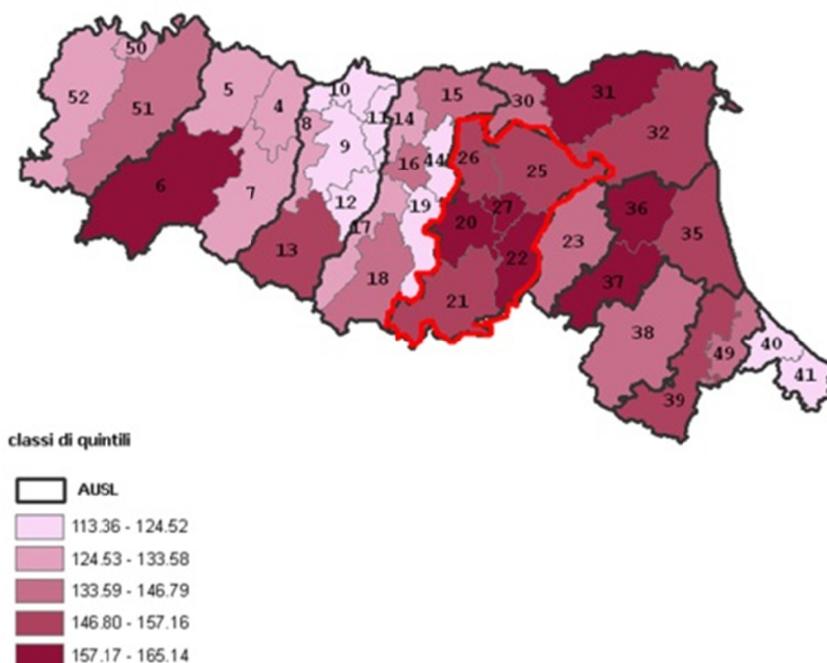
Assistenza farmaceutica convenzionata

Grafico 2.46 Spesa netta per erogazione mediante farmacie convenzionate pro capite pesata Area Bologna e Regione Emilia Romagna. Anni 2005-2011. Fonte dati: Regione Emilia – Romagna (Servizio Politica del Farmaco)



La riduzione della spesa per assistenza farmaceutica convenzionata è stata inferiore a quella riscontrata nella regione: di conseguenza è aumentato lo scostamento della spesa netta pro capite rispetto alla regione.

Figura 2.8 Spesa per residente (in euro) relativa all'assistenza farmaceutica convenzionata, per i farmaci destinati al trattamento delle principali patologie. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2011

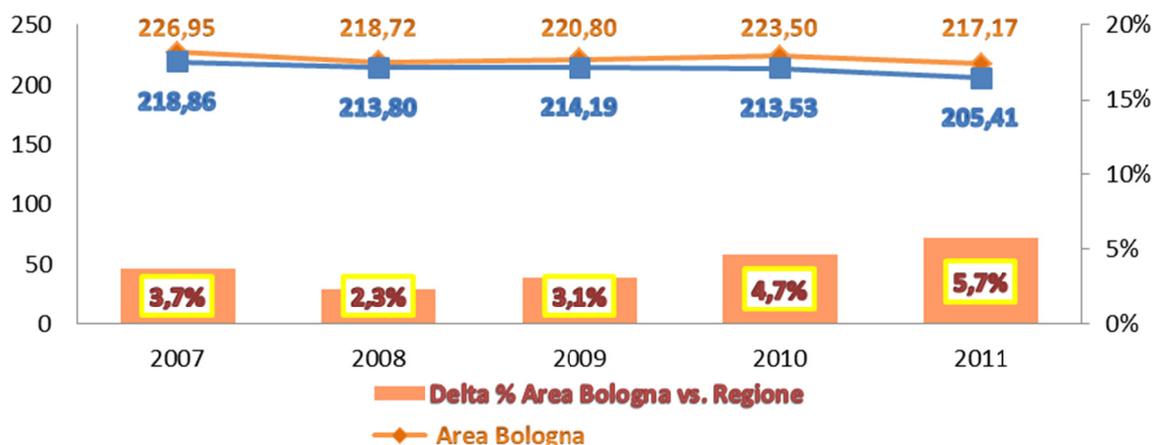


La spesa per residente per le principali patologie nel territorio metropolitano è nettamente superiore alla media regionale (159 € vs 141 €), particolarmente alta nel distretto città di bologna (165 €) seguito da san lazzaro di savena e casalecchio di reno. Lo scostamento riguarda principalmente i farmaci per le patologie respiratorie, gastrointestinali e cardiovascolari, e in minor misura quelle neurologiche e muscolo-scheletriche.

Spesa farmaceutica territoriale

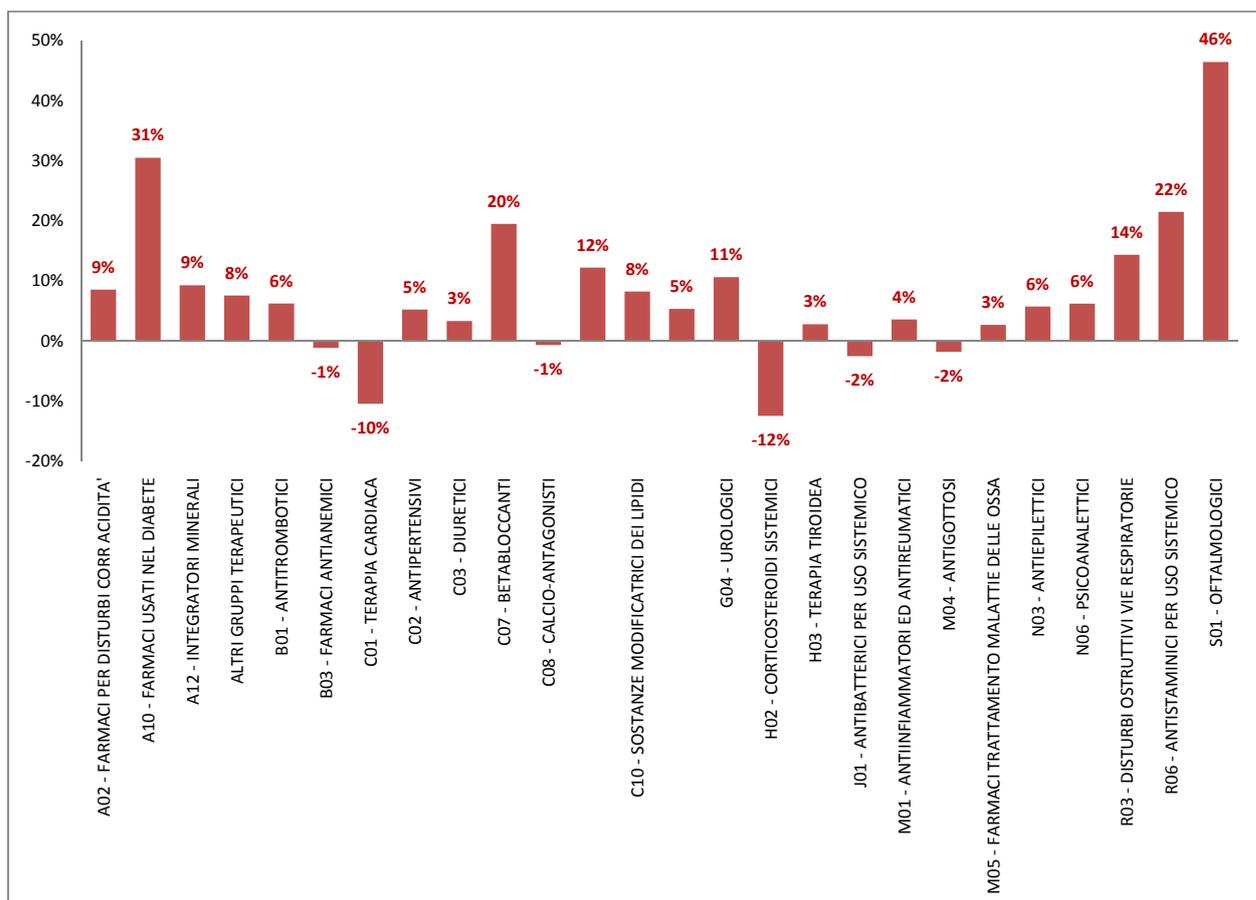
La spesa farmaceutica territoriale (composta dalla spesa netta per erogazione mediante farmacie convenzionate e dalla erogazione diretta farmaci fascia a) ammonta per l'area di bologna a circa 193 milioni di € e, nonostante la riduzione rispetto al 2010, risulta nel 2011 superiore del 5,7% alla media regionale.

Grafico 2.47 Spesa pro capite pesata per assistenza farmaceutica territoriale Area Bologna e Regione Emilia Romagna. Anni 2007-2011. Fonte dati: Regione Emilia – Romagna



Per alcuni gruppi terapeutici (farmaci oftalmologici, antidiabetici, antistaminici, betabloccanti) il divario con la Regione è più accentuato rispetto ad altri.

Grafico 2.48 Consumo per i 25 gruppi terapeutici principali (ATC2) a maggior consumo a livello regionale (N. DDD/1000 ab.die): delta % Azienda USL di Bologna vs RER anno 2011. Fonte dati regione Emilia Romagna (Flusso AFT).



ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Prestazioni erogate

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale globalmente effettuate dalle aziende metropolitane nel 2011 sono state più di 17 milioni, di cui il 90,4% a residenti in ambito territoriale.

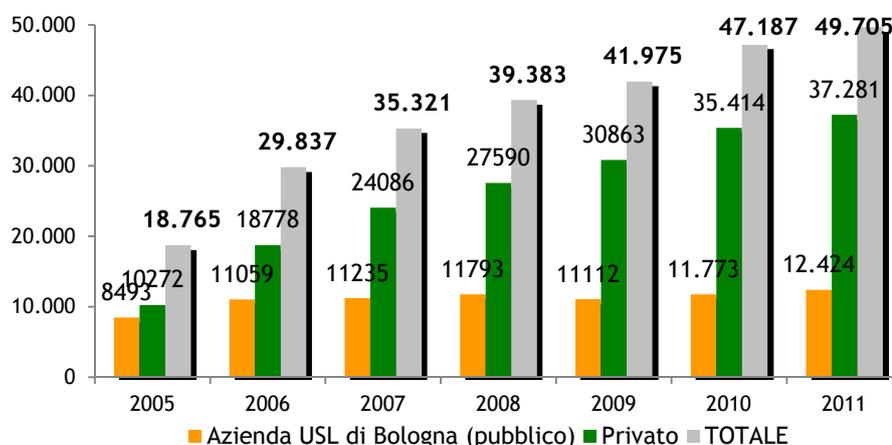
Il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate dall'Azienda USL di Bologna nel 2011, quasi 12.800.000 (compreso il privato accreditato) si presenta lieve aumento (+1,2%) rispetto al 2010. Sostanzialmente stabile il numero di prestazioni effettuate nelle strutture pubbliche aziendali, incrementate del 13% quelle erogate nelle strutture private accreditate.

Da segnalare il forte incremento di prestazioni diagnostiche effettuate nelle strutture private e il decremento in quelle pubbliche. Il fenomeno è in parte da attribuire all'accreditamento come privata di una struttura che prima operava nel pubblico.

Tabella 2.24 Produzione specialistica ambulatoriale Azienda USL Bologna. Strutture pubbliche e private. Anni 2010/2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna (ASA).

PRESTAZIONI EROGATE A PZ. AMBULANTI	STRUTTURE PUBBLICHE		Delta % 2011-10	STRUTTURE PRIVATE		Delta % 2011-10	Delta % 2011-10 TOTALE (pubblico+privato)
	2010	2011		2010	2011		
Diagnostica	971.657	847.774	-12,7%	272.108	406.554	49,4%	0,8%
Laboratorio	9.172.386	9.346.899	1,9%	76.320	66.580	-12,8%	1,8%
Riabilitazione	136.880	136.516	-0,3%	380.568	372.656	-2,1%	-1,6%
Prestazioni Terapeutiche	252.250	236.590	-6,2%	51.072	56.966	11,5%	-3,2%
Visite	1.153.217	1.149.044	-0,4%	174.141	175.301	0,7%	-0,2%
TOTALE COMPLESSIVO	11.686.390	11.716.823	0,3%	954.209	1.078.057	13,0%	1,2%

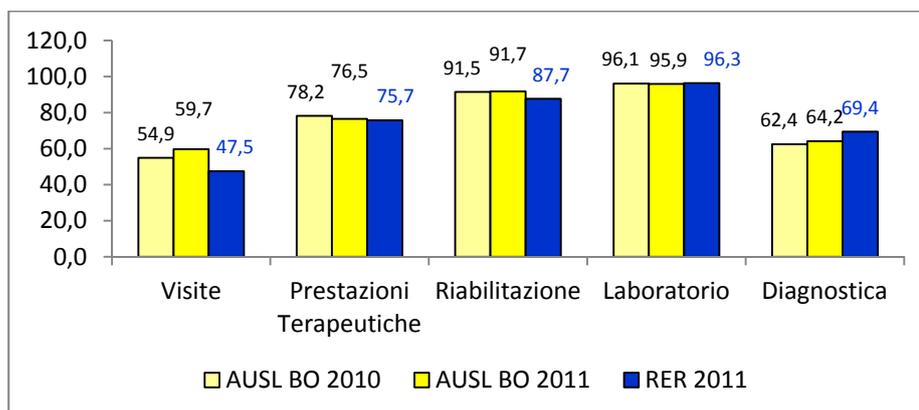
Grafico 2.49 RMN erogate dall'Azienda Usl di Bologna. Confronto anni 2005-2011 fonte dati Regione Emilia – Romagna (ASA).



Come gran parte delle prestazioni diagnostiche, continua ad aumentare il numero di RMN erogate da parte dell'azienda USL di Bologna.

TEMPI DI ATTESA

Grafico 2.50 Percentuale di prestazioni erogate da strutture pubbliche e private (escluso PS e OBI) con tempo di attesa entro lo standard (30 gg per le visite, 60 gg per le altre prestazioni). Azienda USL di Bologna verso Regione Emilia–Romagna. Fonte dati Regione Emilia–Romagna (ASA)



Visite, prestazioni terapeutiche e riabilitazione presentano percentuali di tempi d'attesa entro lo standard superiori o in linea rispetto alla media regionale, mentre per quelle di laboratorio e diagnostiche la percentuale è inferiore.

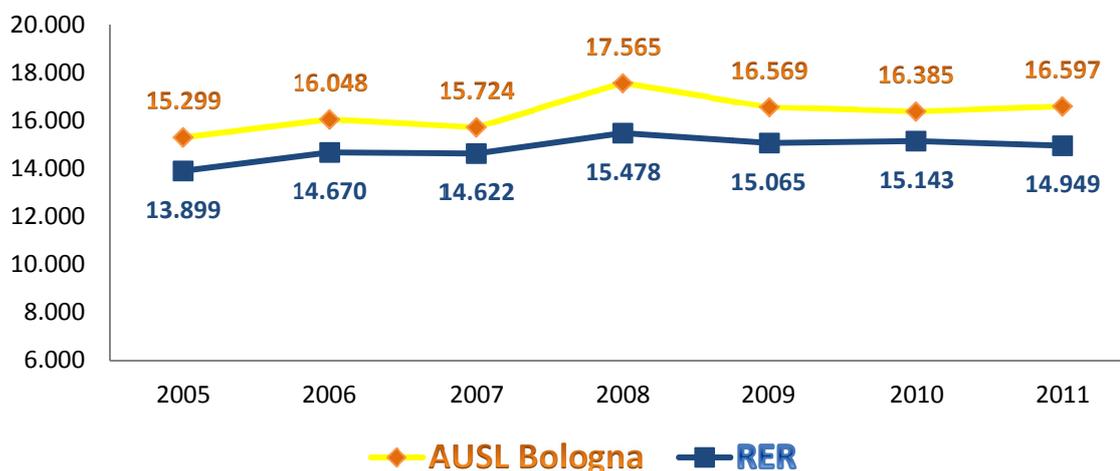
Peraltro per queste ultime e per le visite si rileva un miglioramento rispetto al 2010.

Si notano disomogeneità tra i distretti: percentuali nei tempi standard inferiori alla media aziendale si riscontrano a Porretta Terme per la riabilitazione, S. Lazzaro di Savena per visite e prestazioni terapeutiche, Pianura Est e Pianura Ovest per la diagnostica.

PRESTAZIONI RICEVUTE DAI RESIDENTI (CONSUMO)

I residenti hanno ricevuto nel 2011 più di 15.500.000 prestazioni ambulatoriali da parte delle aziende metropolitane, il 71% delle quali dalle strutture pubbliche dell'AUSL di Bologna, il 22% dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Orsola Malpighi, l'1,0% dallo IOR e il 7% dai Poliambulatori Privati Accreditati.

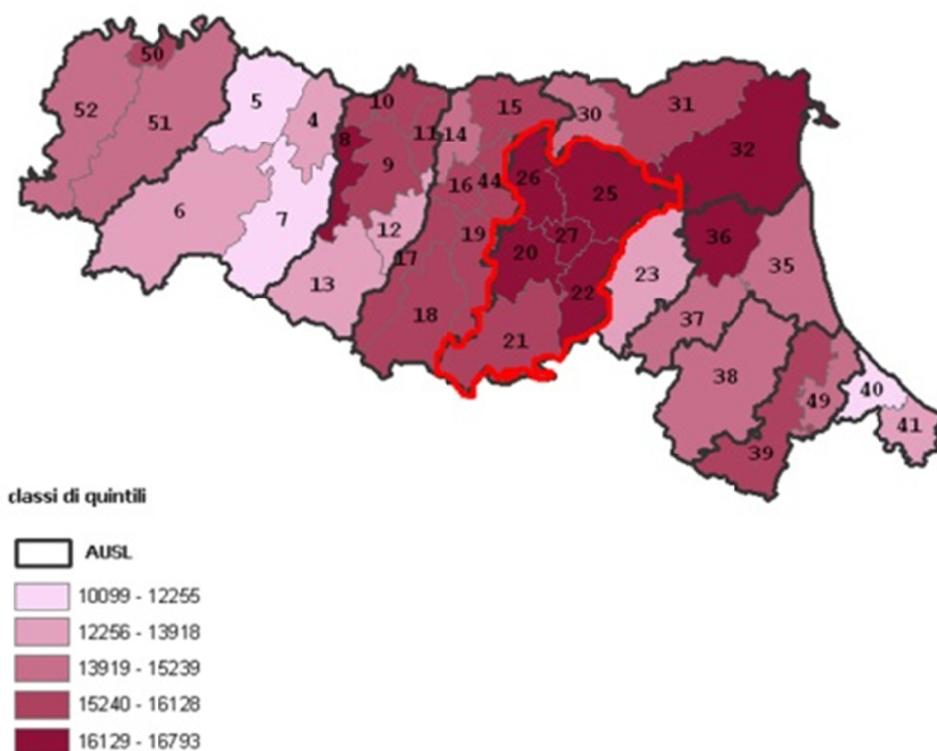
Grafico 2.51 Indice di consumo standardizzato di prestazioni specialistiche ambulatoriali *1000 abitanti¹⁵ nell'Azienda USL di Bologna vs Regione Emilia-Romagna. Anni 2005-2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna (ASA)



L'indice di consumo standardizzato di prestazioni specialistiche ambulatoriali, in lieve aumento rispetto al 2010, si mantiene nettamente superiore a quello regionale.

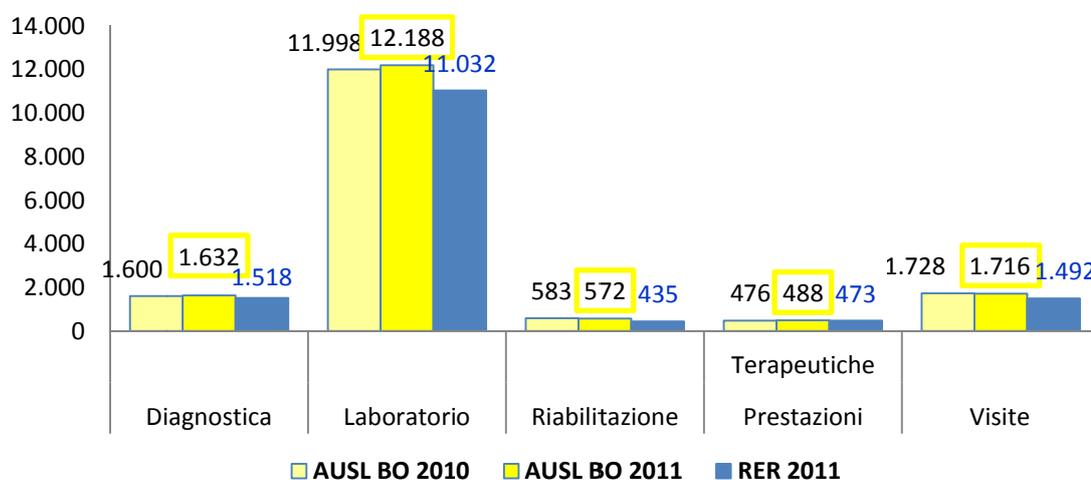
¹⁵Escluso Pronto Soccorso e OBI. Gli indici di consumo specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 31/12 dell'anno di riferimento, la popolazione tipo utilizzata per standardizzare gli indici è quella E.R. residente al 01/01/2005 per gli anni 2005-2009 e al 01/01/2010 per l'anno 2010. Sono inclusi i dati di mobilità passiva extraregionale 2010.

Figura 2.9 Indice di consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali, standardizzato per età, *1.000 residenti, per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna



In tutti i distretti aziendali l'indice di consumo standardizzato di prestazioni specialistiche ambulatoriali risulta superiore alla media regionale; è particolarmente elevato nei distretti di Pianura Ovest e Casalecchio di Reno, inferiore alla media aziendale in quello di Porretta Terme.

Grafico 2.52. Indice di consumo standardizzato*1000 abitanti per tipologie di prestazioni specialistiche ambulatoriali Azienda USL di Bologna vs RER.. Fonte dati Regione Emilia – Romagna (ASA)

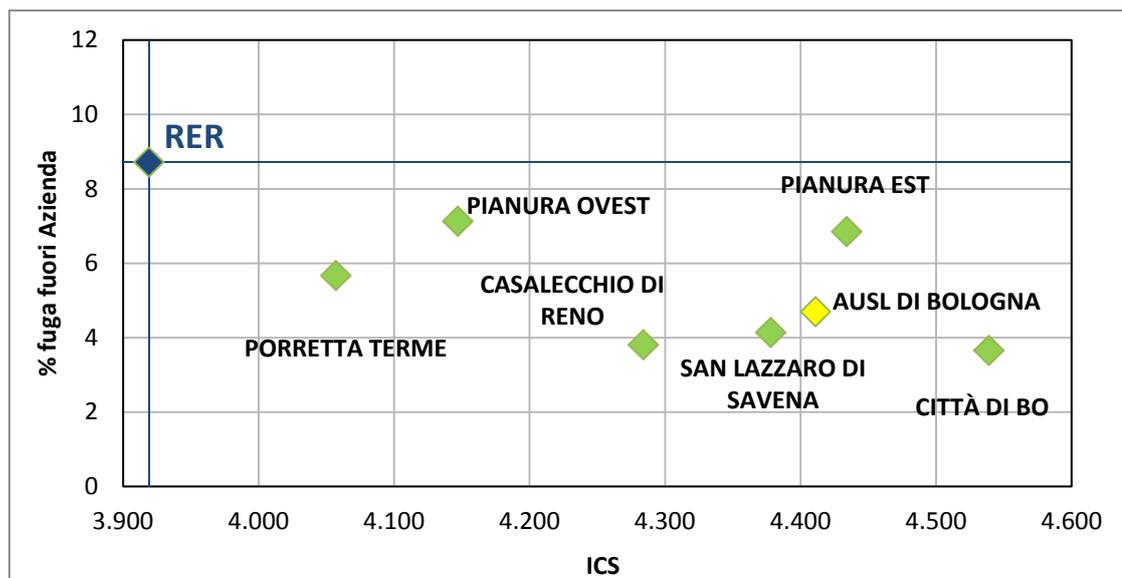


Il maggior consumo rispetto a quelle regionali riguarda tutte le tipologie di prestazioni.

Hanno presentato incremento rispetto al 2010 quelle di diagnostica, di laboratorio e le prestazioni terapeutiche.

Analizzando i diversi raggruppamenti di prestazioni è possibile confrontare gli indici di consumo e le percentuali di fuga extra aziendale dei diversi distretti.

Grafico 2.53 Indice di consumo standardizzato*1.000 abitanti e percentuale di fuga aziendale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (escluso laboratorio). Anno 2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna (ASA).



Se prendiamo in considerazione tutte le prestazioni escluso il laboratorio, l'analisi per distretto evidenzia un consumo superiore alla media regionale in tutti i distretti; rispetto alla media aziendale, Porretta Terme, Pianura Ovest, Casalecchio di Reno e San Lazzaro di Savena sono inferiori, mentre Pianura Est e soprattutto Città di Bologna la superano.

La % di fuga è per tutti i distretti inferiore alla media RER; Pianura Ovest, Pianura Est e Porretta Terme presentano una fuga superiore alla media dell'Azienda.

Prendendo in considerazione le tipologie di prestazioni, i distretti dell'Azienda USL di Bologna si caratterizzano per un indice di consumo superiore alla media regionale e percentuali di fuga più basse, con qualche eccezione.

Nella riabilitazione Pianura Ovest e Porretta Terme presentano un consumo inferiore rispetto alla media RER e, insieme con Pianura Est, una % di fuga superiore.

Nel distretto di Porretta Terme il consumo di prestazioni è sempre inferiore alla media aziendale e, nelle prestazioni riabilitative e terapeutiche, anche a quella regionale.

I distretti di Pianura Ovest e Pianura Est presentano una % di fuga superiore al dato medio dell'Azienda in tutte le tipologie di prestazioni. Nel 2011 anche Porretta Terme ha una % di fuga superiore al dato medio dell'Azienda nella diagnostica e prestazioni terapeutiche.

2.1.3. Assistenza ospedaliera

STRUTTURA DELL'OFFERTA METROPOLITANA

Tabella 2.25 Posti letto dei presidi pubblici e privati accreditati nel territorio metropolitano e della provincia di Bologna. Anni 2004- 2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna

Posti letto accreditati	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Azienda USL	1.926	1.869	1.889	1.859	1.843	1.823	1.817	1.818
AOU	1.743	1.734	1.714	1.730	1.758	1.716	1.654	1.622
IOR	312	312	312	324	324	343	336	327
Privato accreditato ¹⁶	1.053	861	754	908	895	892	898	1.076
Totale metropolitano	5.034	4.776	4.669	4.821	4.820	4.774	4.705	4.843
Imola	570	577	581	577	590	591	564	565
Totale provincia	5.604	5.353	5.250	5.398	5.410	5.365	5.269	5.408

Fino al 2010 i PL del privato accreditato erano dati provvisori sulla base dell'utilizzo, in attesa di recepire il dato sull'accREDITAMENTO istituzionale formalizzato al 31/12/2010.

Tabella 2.26 Posti letto dei presidi pubblici e privati accreditati nel territorio metropolitano e della provincia di Bologna per tipologia e rapporto con la popolazione residente. Anno 2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna

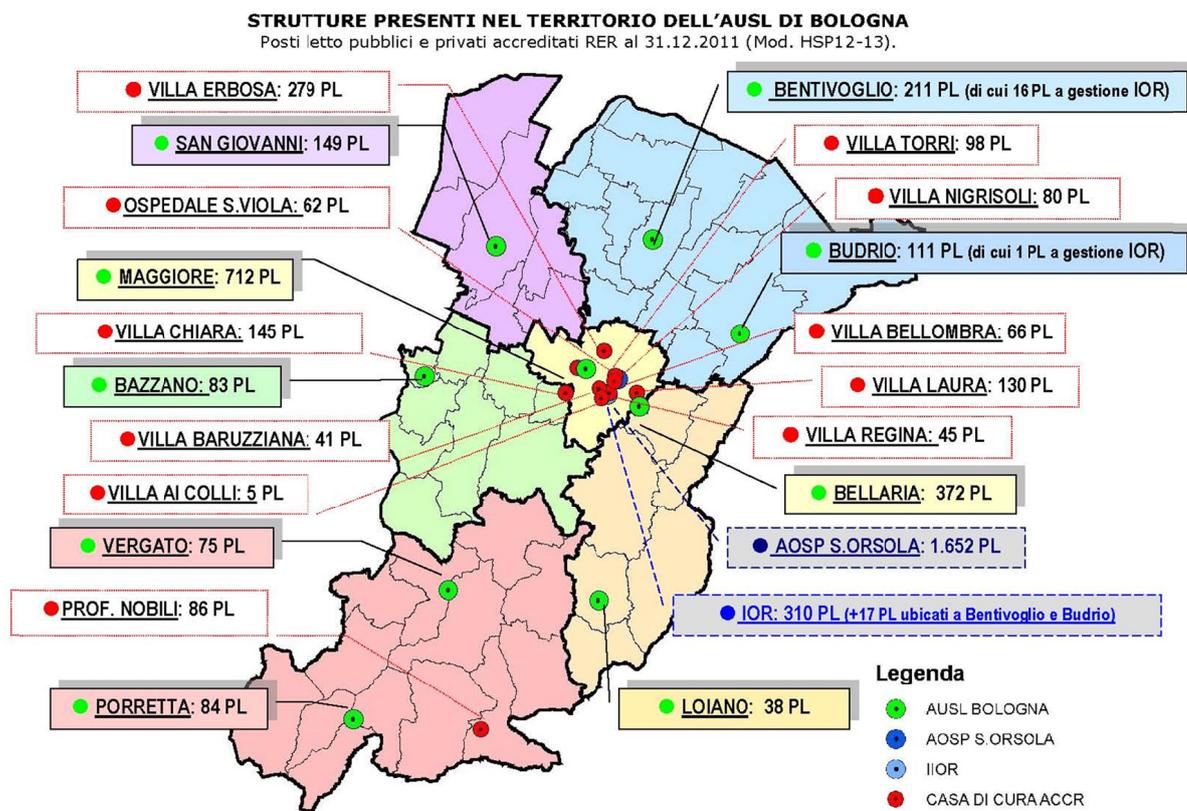
AZIENDE	N° posti letto				Indicatori		
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	PL acuti ‰ ab.	PL riab e LD ‰ ab.	PL totali ‰ ab.
Azienda USL BO	1.618	46	154	1.818			
AOU	1.503	73	46	1.622			
IOR	306	21		327			
Privato accreditato	663	167	246	1.076			
Totale metropolitano	4.090	307	446	4.843	4,76	0,88	5,63
Imola	355	158	52	565	2,69	1,59	4,28
Totale provincia	4.445	465	498	5.408	4,48	0,97	5,45

Complessivamente il **territorio metropolitano** presenta, nel 2011, una dotazione di 4.843 posti letto (PL), in apparente aumento di 138 PL rispetto al 2010: accanto ad una riduzione nell'Azienda Ospedaliera Universitaria e nello IOR rispettivamente di 32 e di 9 PL, risulta un aumento di 178 posti letto nel privato accreditato legato alla formalizzazione da parte dell'accREDITAMENTO istituzionale dei PL del privato accreditato, prima indicati sulla base dell'utilizzo.

A questi va aggiunta l'offerta di 226 PL per acuti e di 25 PL di riabilitazione non accreditati.

La mappa riporta il dettaglio delle strutture ospedaliere pubbliche e private ubicate nei distretti del territorio dell'Azienda USL di Bologna.

Figura 2.10 Strutture presenti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna. Posti letto pubblici e privati accreditati RER al 31.12.2011. Fonte Mod.HSP12-13



L'ATTIVITÀ OSPEDALIERA DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

La struttura ospedaliera pubblica dell'Azienda USL di Bologna si compone di 9 stabilimenti per un totale di 1.818 posti letto, di cui 1.618 per acuti e 200 di riabilitazione e lungodegenza, stabili rispetto al 2010.

Tabella 2.27 Trend ricoveri e punto medio di DRG Azienda USL di Bologna (strutture pubbliche). Anni 2004-2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna (SDO Regione Emilia – Romagna)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dimessi (escluso neonati sani)								
Ordinario	62.801	62.408	62.035	61.471	61.832	60.834	58.655	57.066
Day hospital	18.407	16.935	15.197	15.594	16.063	16.205	15.357	16.088
TOTALE Azienda USL BO	81.208	79.343	77.232	77.065	77.895	77.039	74.012	73.154
PUNTO MEDIO DRG	0,99	1,08	1,10	1,10	1,08	1,04	1,02	1,04
CASI CHIRURGICI								
Ordinario	22.821	22.433	22.891	22.151	21.781	20.991	19.723	19.337
Day hospital	11.581	10.146	8.206	8.265	8.834	8.799	7.931	8.617
Day service Cataratta e tunnel carpale	2.308	2.930	4.954	5.194	5.322	5.085	4.962	5.513

Continua nel 2011 il decremento dei ricoveri e degli interventi chirurgici in regime ordinario nelle strutture pubbliche aziendali mentre aumentano quelli in day hospital e day service.

Grafico 2.54 Andamento Day Service. Anni 2007-2011.
Fonte dati Azienda USL di Bologna

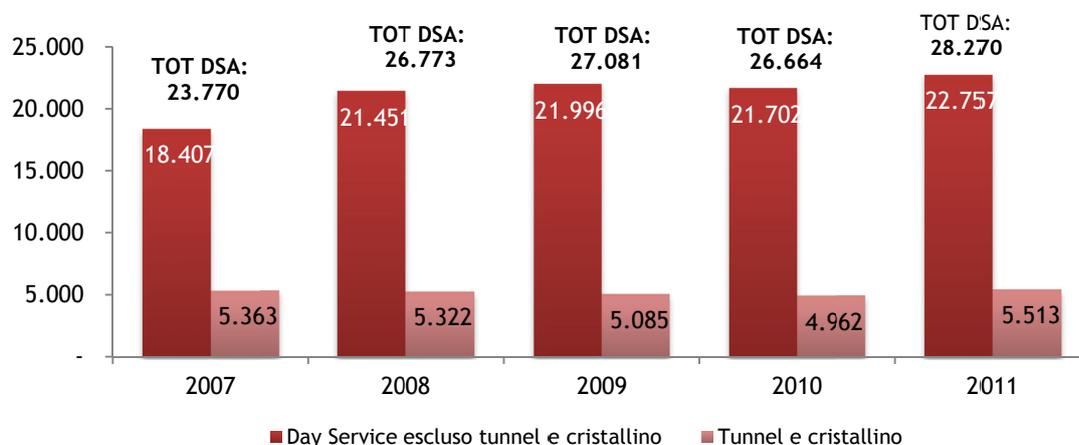


Tabella 2.28 Indicatori di funzionalità ospedaliera Azienda USL di Bologna (strutture pubbliche). Anni 2005-2011.
Fonte dati Azienda USL di Bologna (SDO Regione Emilia – Romagna)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Degenza media	7,81	7,71	7,61	7,64	7,73	7,81	8,20
Degenza media RER pubblico	7,81	7,88	7,92	7,95	7,95	7,95	8,04
Degenza media PER ACUTI	6,79	6,69	6,57	6,59	6,66	6,72	6,93
Degenza media RER pubblico PER ACUTI	6,55	6,56	6,55	6,57	6,55	6,54	6,59
Degenza preoperatoria	0,96	0,87	0,84	0,84	0,76	0,75	0,68
Indice di Day Surgery ¹⁷	84,96%	80,53%	80,89%	79,48%	80,20%	79,40%	80,01%
Indice di Day Surgery RER pubblico	84,83%	83,73%	83,74%	82,71%	82,78%	82,38%	82,90%
N° parti	4.150	4.300	4.183	4.101	4.259	4053	4.149
% parti cesarei	27,13%	27,60%	28,57%	29,19%	27,45%	26,30%	25,11%
% parti cesarei RER pubblico	29,93%	29,60%	30,32%	29,96%	29,75%	29,04%	28,74%

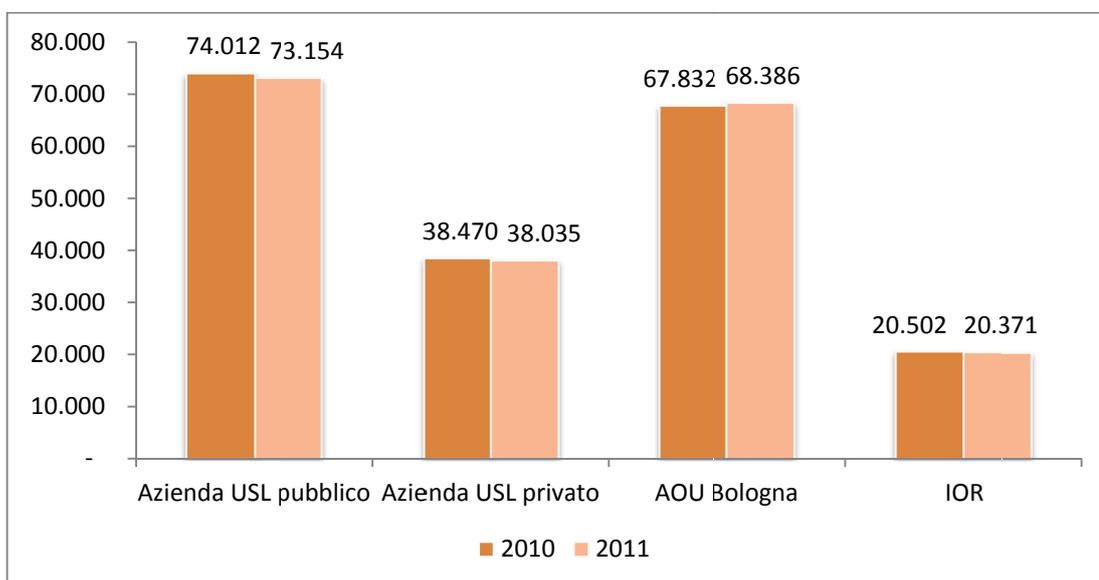
In lieve aumento nel 2011 la degenza media nelle strutture pubbliche aziendali. Aumentati i parti con ulteriore riduzione della percentuale di cesarei.

¹⁷ L'indice di day-surgery (IDS) esprime la percentuale di dimissioni avvenute in day hospital e in regime ordinario di un giorno, per un set di interventi effettuabili in day-surgery, sul totale delle dimissioni per gli stessi interventi.

L'ATTIVITÀ OSPEDALIERA METROPOLITANA

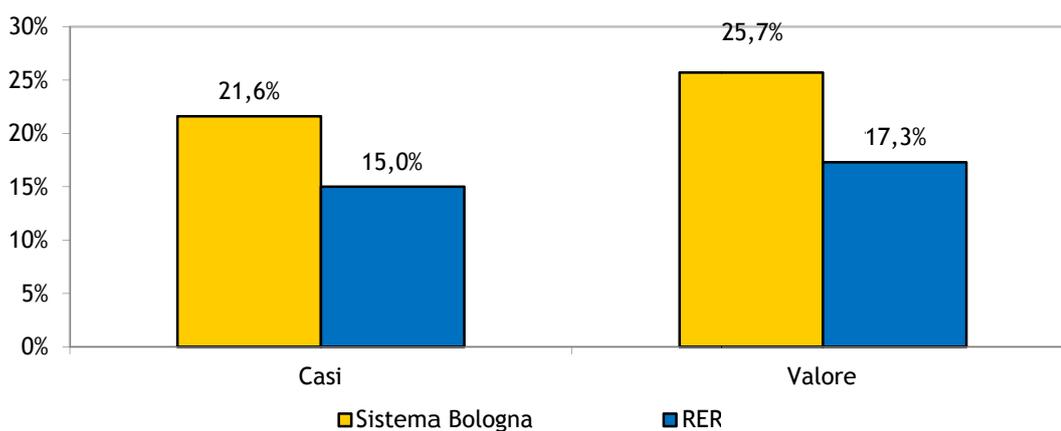
VOLUMI DI ATTIVITÀ E GRADO DI ATTRAZIONE DELLE STRUTTURE

Grafico 2.55 Numero di dimessi nelle aziende sanitarie metropolitane anni 2010 e 2011



Complessivamente, i dimessi nel 2011 dalle strutture ospedaliere pubbliche e private metropolitane sono stati 199.946, in lieve riduzione rispetto al 2010: il 55,6% dimessi dalle strutture pubbliche e private dell'AUSL, il 34,2% da quelle dell'AOU e il 10,2% dallo IOR.

Grafico 2.56 Percentuale di residenti extra regione ricoverati nelle strutture pubbliche e private del territorio di Bologna e confronto con RER – N° Casi e valore anno 2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna (SDO Regione Emilia – Romagna)



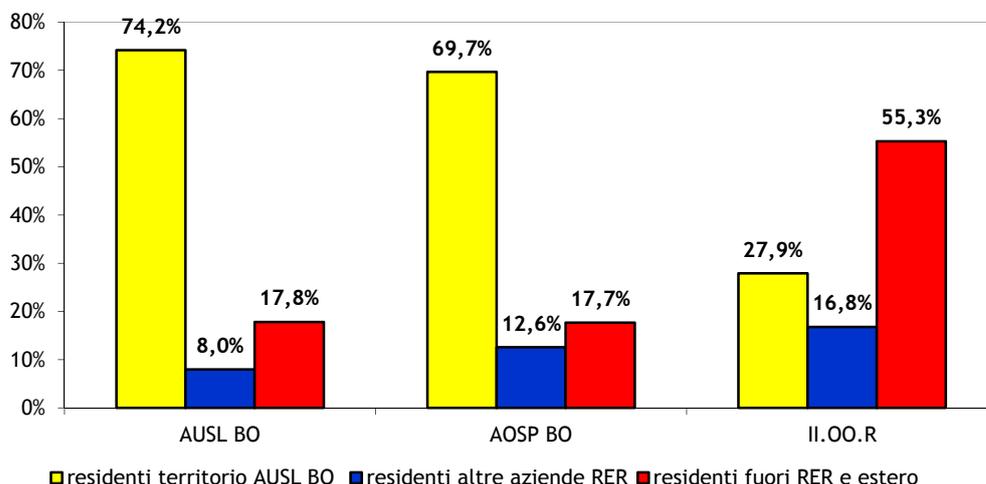
L'attrazione complessiva delle strutture ospedaliere metropolitane si mantiene superiore a quella media regionale.

Dei quasi 200.000 dimessi, il 21,6 % è rappresentato da residenti al di fuori della Regione Emilia Romagna, verso una media delle strutture ospedaliere pubbliche e private regionali del 15%.

Se si considera il valore dei casi, il 25,7% deriva dai residenti al di fuori della Regione Emilia Romagna, verso una media regionale del 17,3%.

Le percentuali di attrazione del sistema Bologna sono sostanzialmente invariate rispetto agli anni precedenti.

Grafico 2.57 Residenza dei dimessi dalle strutture dell'Azienda USL Bologna (pubblico e privato), AOU e dallo I.O.R. nell'anno 2011 (in percentuale). Fonte dati Regione Emilia – Romagna

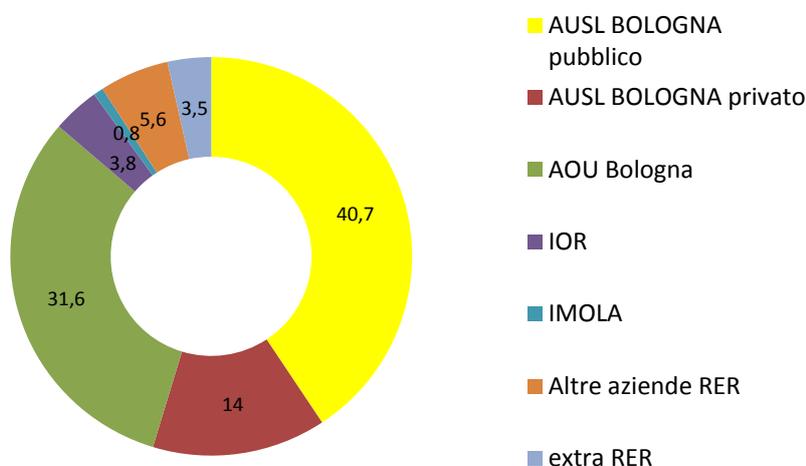


Come negli scorsi anni, analizzando le tre aziende la percentuale di attrazione appare superiore presso lo IOR, con il 72,1% dei dimessi residenti al di fuori del territorio aziendale, seguito dall'AOU con il 30,3% e dall'Azienda USL (pubblico+privato) con il 25,8% dei dimessi.

In totale sono stati effettuati 64.108 ricoveri (più del 32% del totale) per utenti residenti al di fuori del territorio aziendale.

Sedi di ricovero della popolazione residente

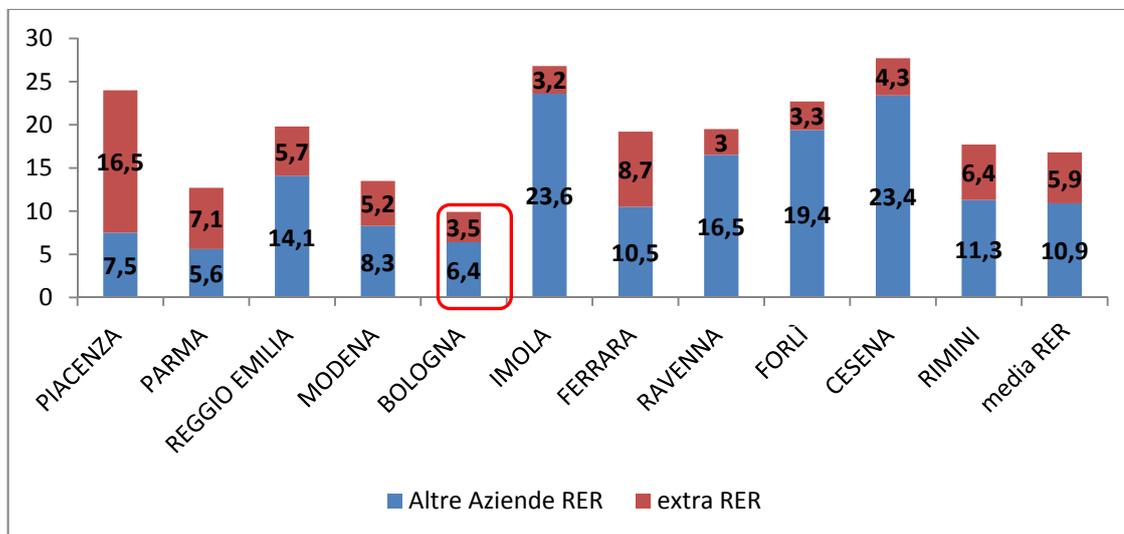
Grafico 2.58 Sedi di ricovero della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Bologna. Anno 2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna (SDO Regione Emilia – Romagna)



I ricoveri totali dei residenti nel 2011 sono stati 150.831, in riduzione dello 0,8% rispetto al 2010.

Come gli scorsi anni, più del 90 % dei ricoveri è stato effettuato all'interno delle strutture metropolitane, e quasi il 55% in strutture dell'Azienda USL e private accreditate del territorio aziendale.

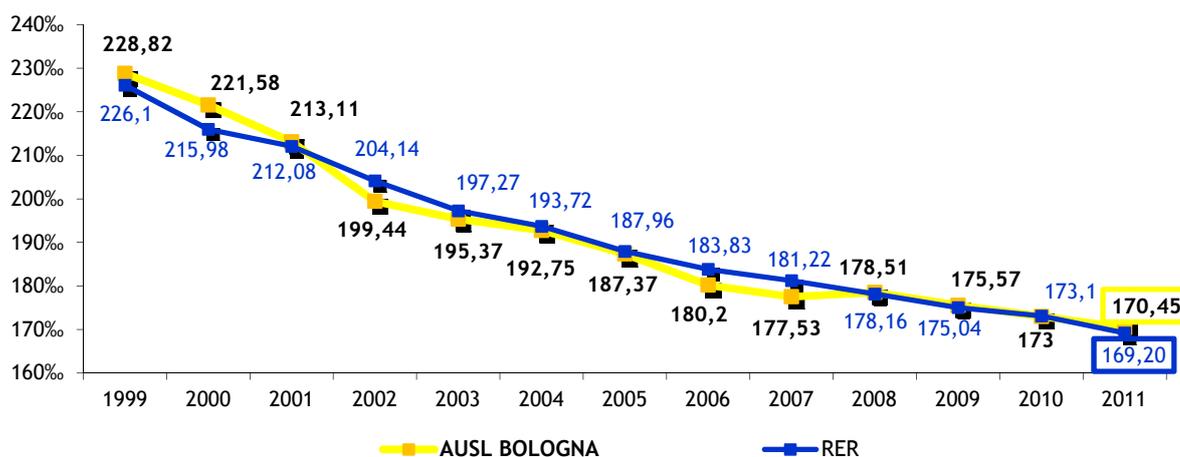
Grafico 2.59 Percentuale di ricoveri della popolazione residente nel territorio delle Aziende USL in strutture al di fuori del loro territorio sul totale. Anno 2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna (SDO Regione Emilia – Romagna)



Il trend della percentuale di “fuga” di residenti verso altri ospedali al di fuori del territorio aziendale (altre aziende RER ed extra RER) appare stabile negli ultimi anni, intorno al 10%. Il dato è il più basso tra le aziende della Regione.

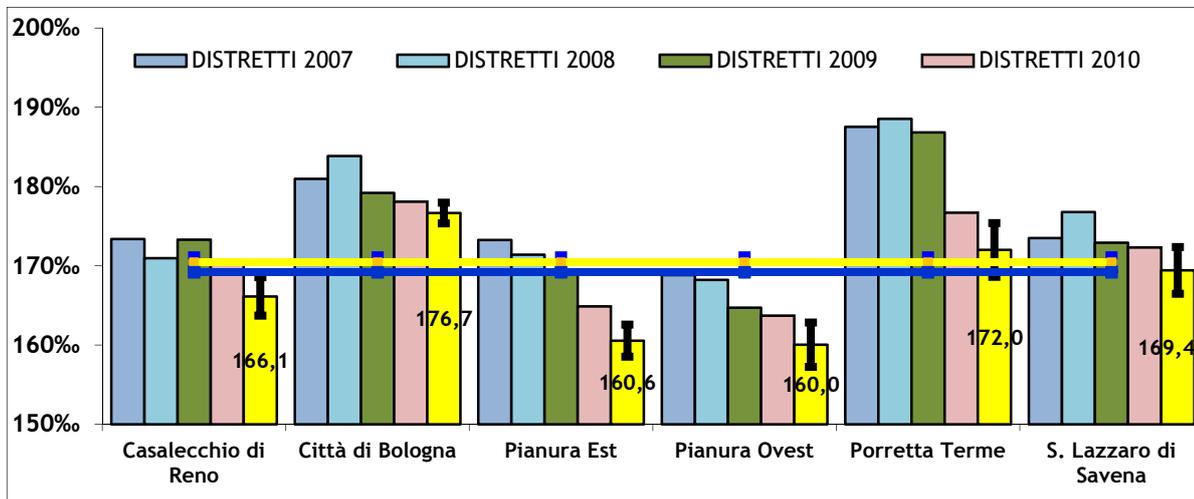
TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE

Grafico 2.60 Trend tassi di ospedalizzazione standardizzati (DO+DH) e confronto con la Regione. Anni 1999-2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna (MOBILITA' PASSIVA EXTRAREG. 2011)



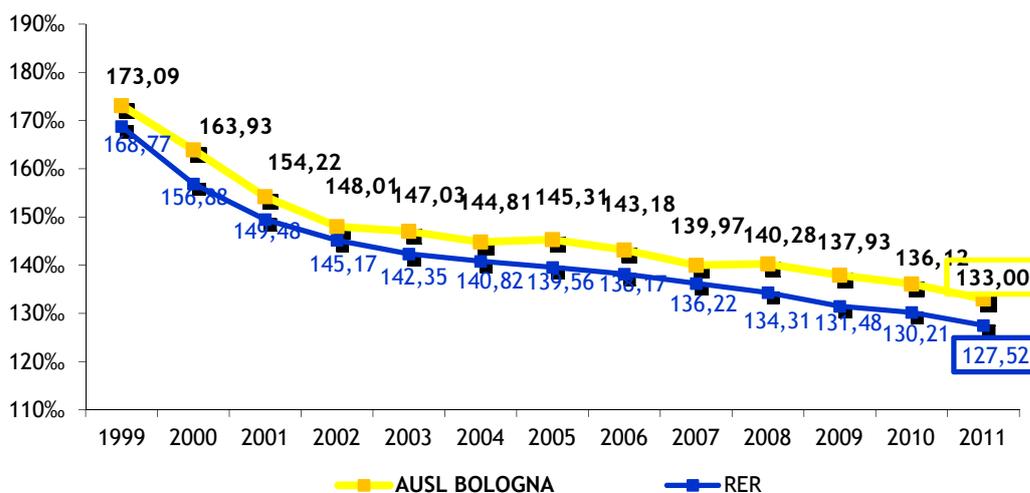
Nel 2011 il tasso di ospedalizzazione standardizzato¹⁸ della popolazione residente (170,45 ricoveri per mille residenti), pur notevolmente ridotto rispetto al 2010, si colloca ancora su valori superiori a quelli regionali. Il trend dal 1999 è di netto decremento.

Grafico 2.61 Tassi standardizzati di ospedalizzazione per distretto con Intervallo di Confidenza al 95%. Anno 2011
Fonte dati Regione Emilia – Romagna (elaborazione Azienda USL di Bologna) (MOBILITA' PASSIVA EXTRAREG. 2011)



La riduzione del tasso di ospedalizzazione nel 2011 riguarda, pur in diversa misura, le popolazioni di tutti i distretti aziendali. I distretti di Pianura Ovest e Pianura Est, con un trend in costante riduzione, continuano a mantenersi significativamente inferiori alla media aziendale e regionale, come pure appare inferiore, nel 2011, il distretto di Casalecchio di Reno. Significativamente superiore alla media aziendale e regionale è invece il distretto Città di Bologna.

Grafico 2.62 Trend tassi di ospedalizzazione standardizzati in regime ordinario e confronto con la Regione. Anni 1999-2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna (elaborazione Azienda USL di Bologna). (MOBILITA' PASSIVA EXTRAREG. 2011)



¹⁸Per consentire il confronto con la RER, i tassi sono stati costruiti con la popolazione residente al 31.12 dell'anno di riferimento. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella RER al 31.12.2004 fino al 2009 e al 31.12.2009 per gli anni successivi.

Figura 2.11 Tasso di ospedalizzazione, regime ordinario, standardizzato per età, *1.000 residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

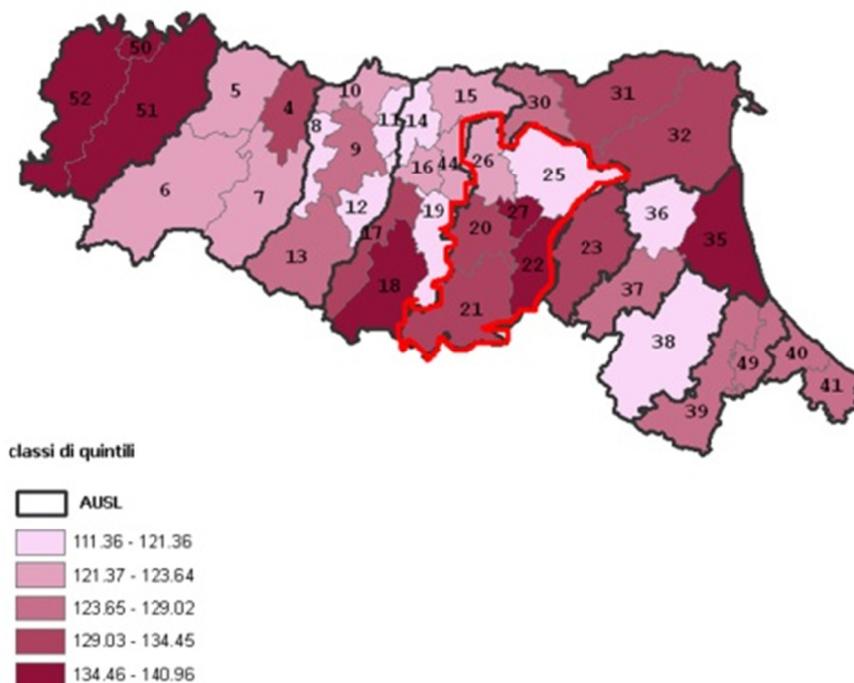
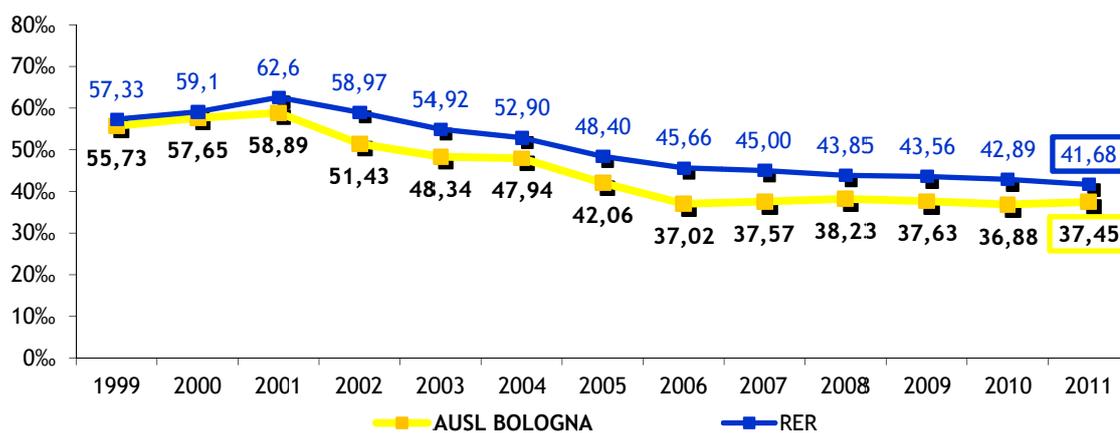


Grafico 2.63 Trend tassi di ospedalizzazione standardizzati in day hospital e confronto con la Regione. Anni 1999-2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna (elaborazione Azienda USL di Bologna) (MOBILITA' PASSIVA EXTRAREG. 2011)



Considerando le due componenti, si nota che anche per il 2011 il decremento dell'ospedalizzazione è prevalentemente a carico dei ricoveri in regime ordinario, che però continuano a mantenersi al di sopra della media regionale. I distretti di Città di Bologna e San Lazzaro di Savena presentano un tasso particolarmente alto di ospedalizzazione in regime ordinario, quello di Pianura Est un tasso tra i più bassi della Regione.

Lievemente ridotti anche i ricoveri complessivi in day hospital, sempre inferiori alla media regionale.

TEMPI DI ATTESA

Tabella 2.29 TEMPI D'ATTESA RICOVERI OSPEDALIERI SISTEMA BOLOGNA VS RER. Tempi di attesa 0-30 gg per ricoveri programmati secondo l'accordo Stato-Regioni. Area Bologna vs Totale RER. Fonte dati Regione Emilia – Romagna

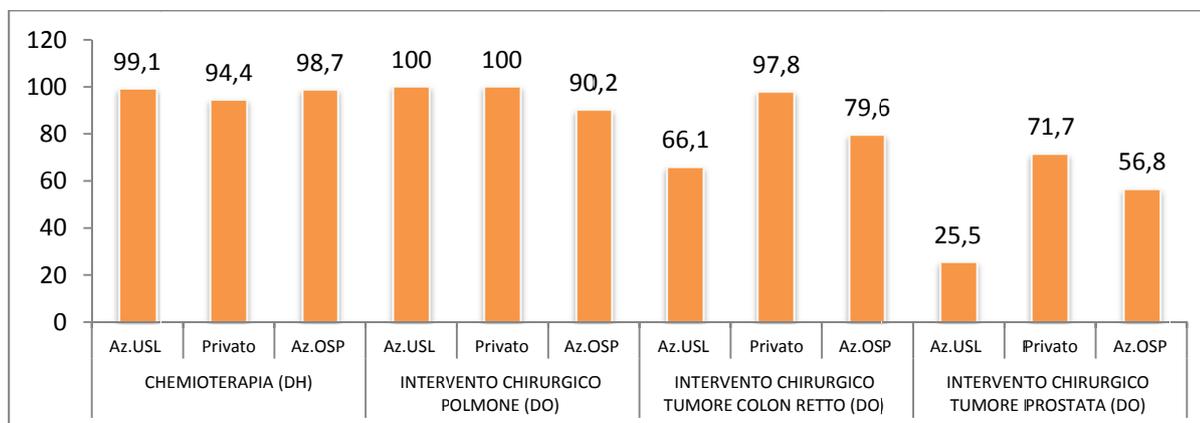
	TOTALE AREA BOLOGNA		TOTALE RER
	% ≤ 30gg 2010	% ≤ 30gg. 2011	% ≤ 30gg. 2011
CHEMIOTERAPIA (DH)	97,6%	98,8%	97,4%
INTERVENTO CHIR. POLMONE (D.O.)		96,7%	81,1%
INTERVENTO CHIR. TUMORE UTERO (D.O.)	86,9%	86%	71,9%
INTERVENTO CHIR. TUMORE COLON RETTO (D.O.)	83,0%	75,1%	78,4%
INTERVENTO CHIR. TUMORE PROSTATA (D.O.)	54,8%	50,4%	38,1%
INTERVENTO CHIR. TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (D.O.)	79,3%	82,5%	73,6%
CORONAROGRAFIA (DH)	62,6%	64,4%	77,2%
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (D.O.)	56,5%	49,1%	45,5%
ANGIOPLASTICA (PTCA) (D.O.)	69,9%	82,7%	86,4%
BY-PASS AORTOCORONARICO (D.O.)	74,4%	60,3%	83,6%
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (D.O.)	29,3%	31,8%	25,8%
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	37,2%	22,6%	30,2%

Le percentuali di ricoveri programmati, con riferimento alle procedure traccianti riportate in tabella, effettuati entro 30 giorni nel complesso degli ospedali metropolitani, appaiono complessivamente in linea con i valori medi regionali.

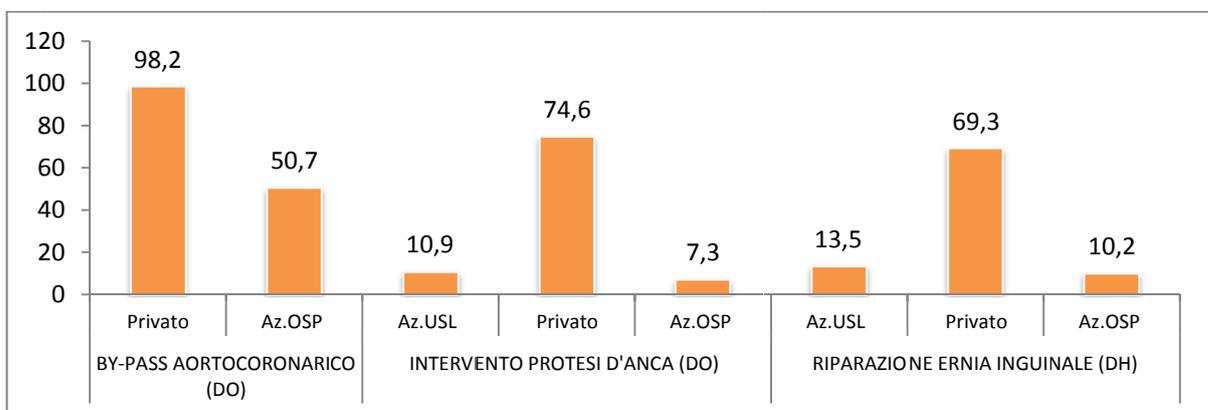
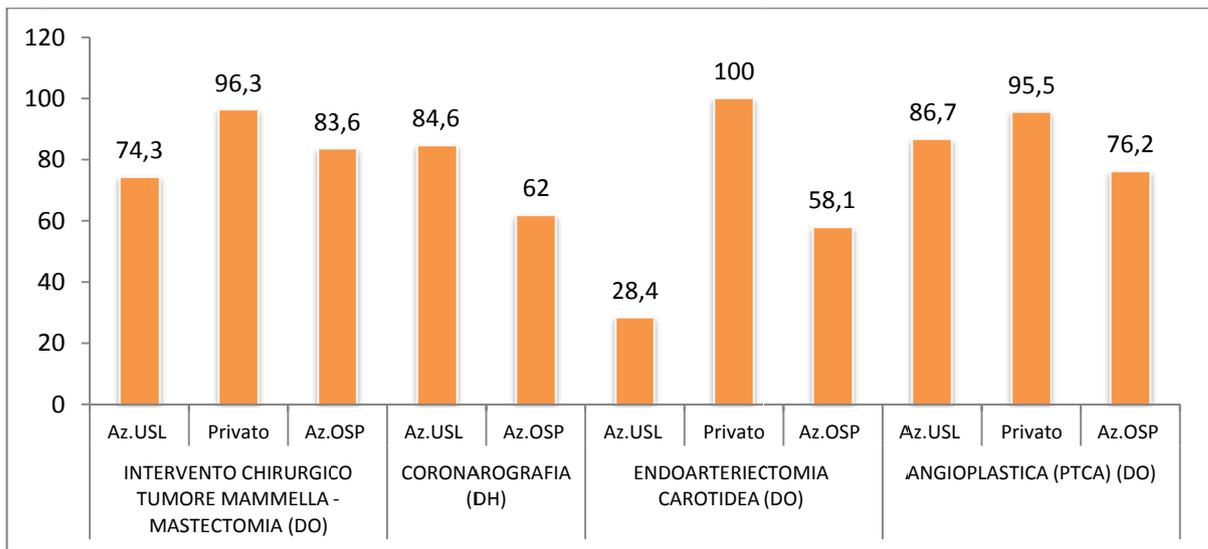
Alcune percentuali risultano aumentate nei confronti del 2010, in particolare quella per angioplastica (PTCA).

Criticità nei confronti dei valori regionali riguardano la coronarografia (DH), il by-pass aortocoronarico (DO) e la riparazione di ernia inguinale (DH), questi due ultimi in peggioramento rispetto al 2010. Percentuali di trattamento entro i 30 giorni ancora basse, inoltre, si evidenziano per tumore della prostata, endoarteriectomia carotidea e intervento di artroprotesi d'anca, anche se per queste procedure la performance dell'area metropolitana si colloca su livelli superiori a quelli medi regionali

Grafico 2.64 TEMPI D'ATTESA RICOVERI OSPEDALIERI Confronto Azienda USL – PRIVATO - Az.Osp. nell'area metropolitana di Bologna. % interventi con tempi di attesa 0-30 gg per ricoveri programmati secondo l'accordo Stato-Regioni. Anno 2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna



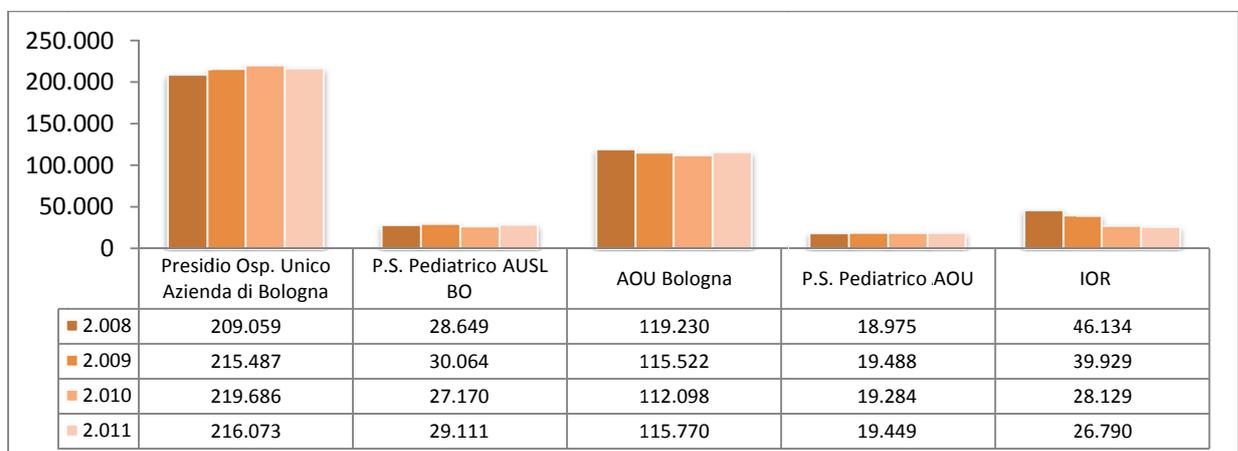
segue nella pagina successiva >>>



Per tumore della prostata, endoarteriectomia carotidea, intervento di artroprotesi d'anca e riparazione di ernia inguinale appaiono criticità nei tempi d'attesa nel settore pubblico rispetto a quello privato.

PRONTO SOCCORSO

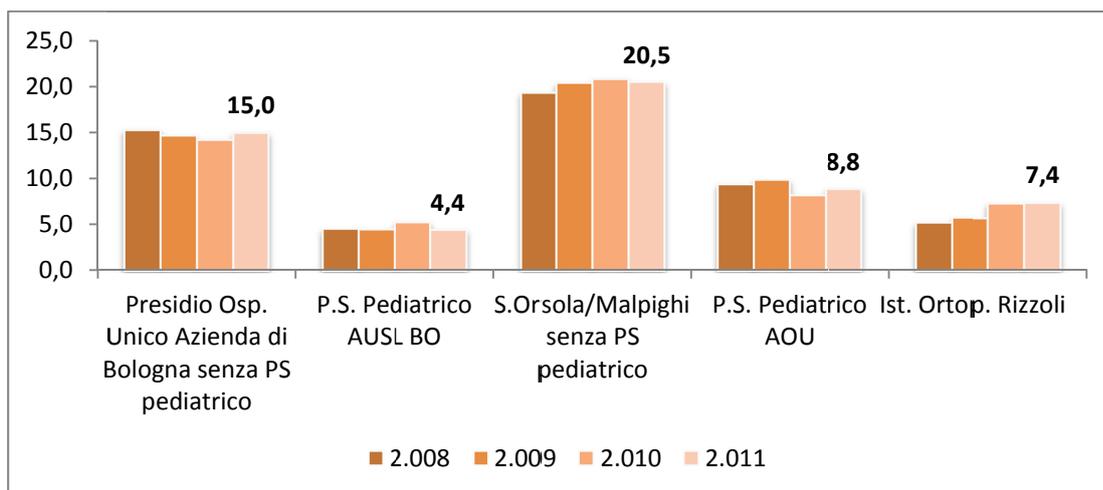
Grafico 2.65 accessi ai pronto soccorso delle strutture pubbliche ospedaliere metropolitane anni 2008- 2011.
Fonte dati Regione Emilia – Romagna.



Globalmente, dopo un netto calo degli accessi ai PS metropolitani dal 2009 al 2010 (da 420.367 a 406.367), si registra una sostanziale stabilità nel 2011 (407.193 accessi totali).

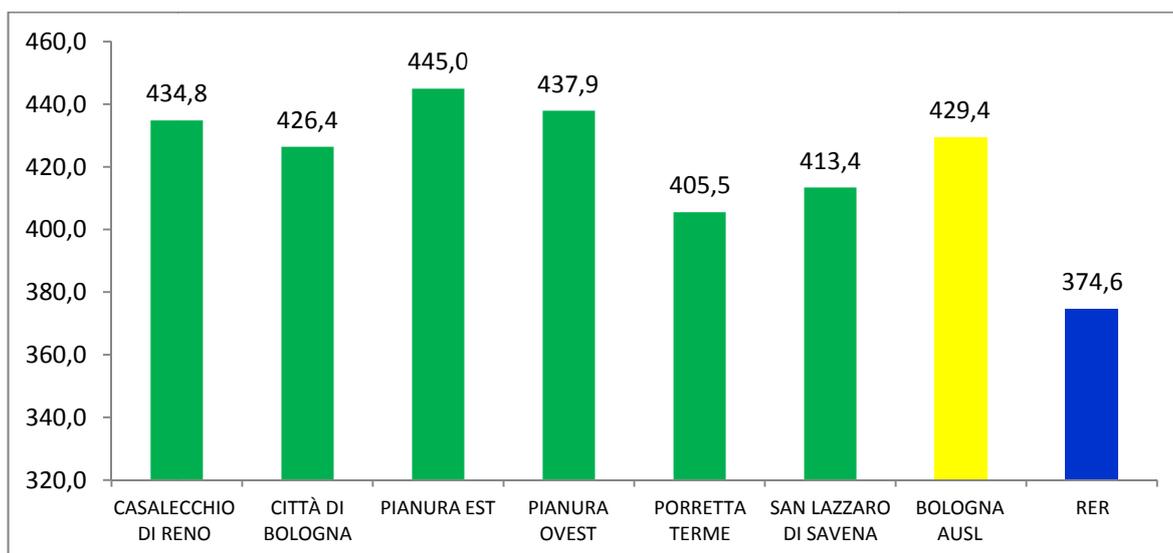
Gli accessi di residenti e non residenti ai PS degli ospedali del territorio dell'Azienda USL Bologna nell'anno 2011 appaiono ridotti rispetto al 2010 mentre sono aumentati quelli del PS pediatrico: resta stabile il numero globale. Continua la riduzione degli accessi al PS dello IOR. In incremento invece nel 2011 gli accessi al PS dell'AOU.

Grafico 2.66 Percentuale di casi ricoverati/totale accessi ai pronto soccorso delle strutture pubbliche ospedaliere metropolitane anni 2008- 2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna.



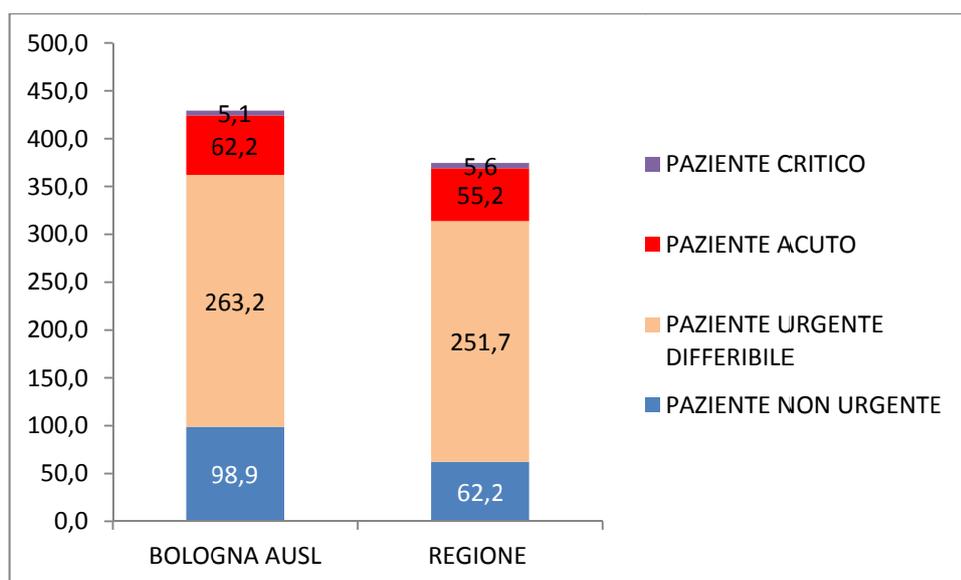
La percentuale di ricoverati rispetto agli accessi è sostanzialmente stabile negli anni, molto più bassa nei PS pediatrici e dello IOR rispetto agli altri PS.

Grafico 2.67 Tasso di accessi in PS per 1000 abitanti per distretto ANNO 2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna.



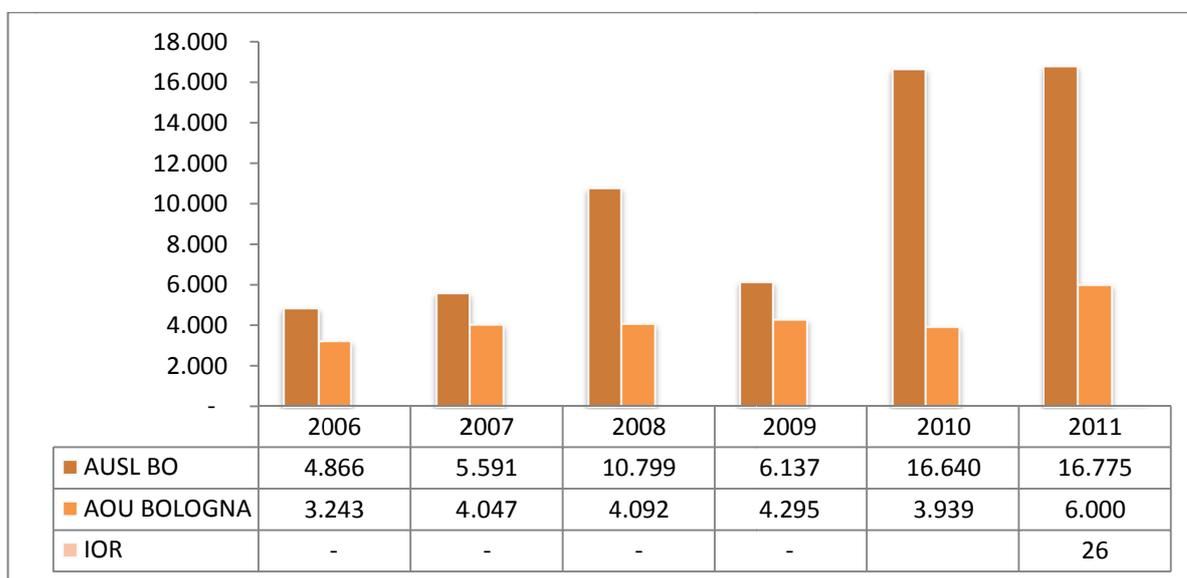
Il tasso di accesso in PS dei residenti nel territorio aziendale è nettamente superiore a quello regionale. Quello per distretto è inferiore alla media aziendale a Porretta Terme e San Lazzaro di Savena.

Grafico 2.68. Tasso di accessi in PS per 1000 residenti per gravità Azienda USL di Bologna e RER ANNO 2011. Fonte dati Regione Emilia Romagna



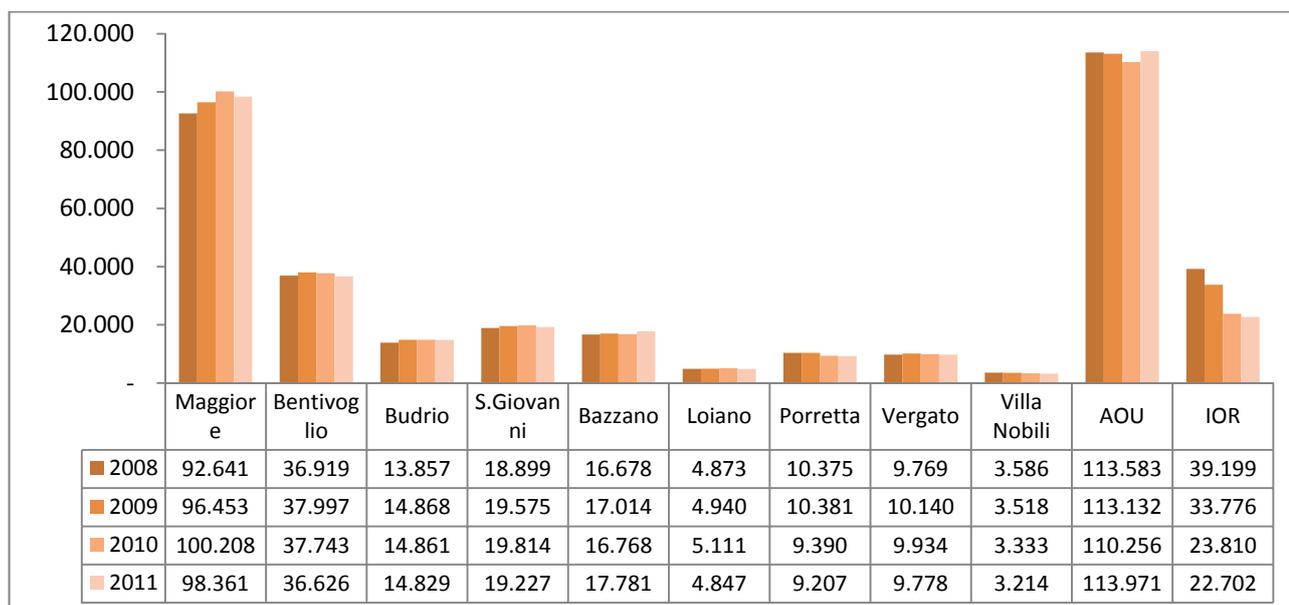
Il maggior tasso di accessi nei PS del territorio aziendale riguarda tutti i livelli di gravità, tranne quello critico.

Grafico 2.69 Accessi in OBI non seguiti da ricovero nelle strutture ospedaliere metropolitane anni 2006-2011. Fonte dati Regione Emilia – Romagna



In costante aumento gli accessi in Osservazione Breve Intensiva (OBI) non seguiti da ricovero, che permettono di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Grafico 2.70 Accessi di Pronto Soccorso per residenti Azienda USL Bologna. Anni 2008-2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliero Universitaria S.Orsola-Malpighi, Istituto Ortopedico Rizzoli

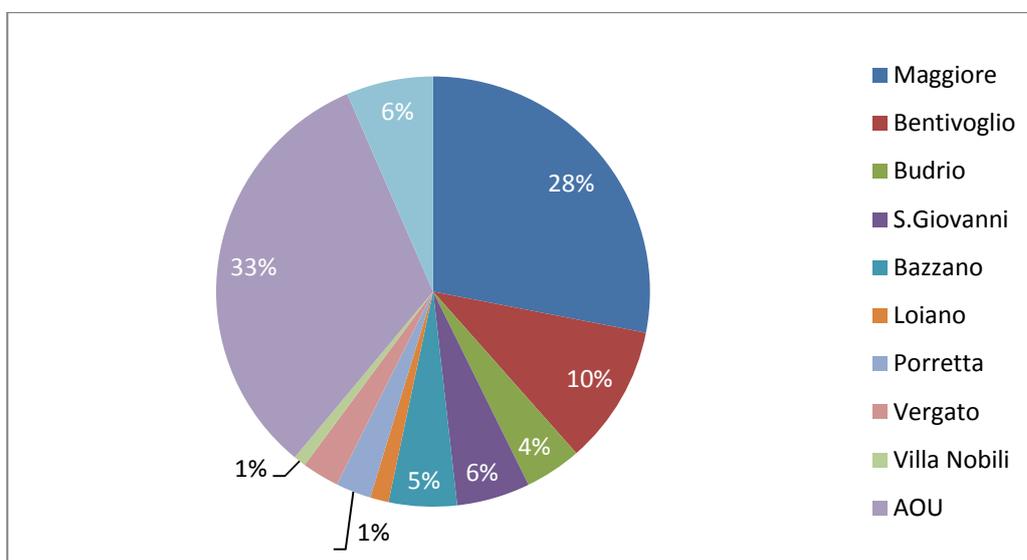


Nel 2011 i **residenti nel territorio dell’Azienda USL** hanno effettuato 213.870 accessi presso i PS pubblici e privati dell’Azienda USL, 113.971 presso l’AOU e 22.702 presso lo IOR, per un totale di 350.543 accessi.

Il numero assoluto si è ridotto leggermente rispetto al 2010 e del 2,7% rispetto al 2008; nei confronti del 2008 sono aumentati del 3% gli accessi presso i PS Azienda USL (del 6% a quello del Maggiore) e si sono quasi dimezzati quelli presso lo IOR, a seguito del piano di riorganizzazione delle attività di ortopedia e traumatologia dell’area metropolitana.

Dal 2010 al 2011 si registra un calo degli accessi in tutti i PS con l’eccezione dell’AOU e di Bazzano in cui sono aumentati.

Grafico 2.71 Percentuali accessi di Pronto Soccorso per residenti Azienda USL Bologna. Anno 2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliero Universitaria S.Orsola-Malpighi, Istituto Ortopedico Rizzoli



Le 8 sedi di Pronto Soccorso Azienda USL hanno coperto complessivamente il 61% degli accessi dei residenti (56,6% nel 2008), l'AOSP il 32,5 % (31,5% nel 2008) e l'Istituto Ortopedico Rizzoli il 6,5% (10,9% nel 2008).

Centrale Operativa 118 Bologna Soccorso

La Centrale Operativa 118 Bologna Soccorso, che opera su base provinciale, nel 2011 ha ricevuto 112.966 richieste di soccorso sanitario, con un aumento del 4.1 % rispetto all'anno precedente. In 102.541 casi ha inviato un mezzo di soccorso secondo i seguenti codici di criticità: elevata criticità, cod rosso: 24.9 %; media criticità, cod giallo: 38.9%; bassa criticità, cod verde: 36.2%.

89.067 Pazienti sono stati trasportati agli ospedali della provincia dopo stabilizzazione clinica; il 66.9% di essi è stato inviato ai Pronto Soccorso o ai reparti Hub dell'Ospedale Maggiore e S.Orsola di Bologna.

Tabella 2.30 indicatori di attività della CO 118 Bologna Soccorso: confronto anni 2008-2011

Attività	2008	2009	2010	2011
Chiamate al 118	107.120	107.599	108.510	112.966
Interventi eseguiti	98.099	98.268	98.543	102.541
Totale invii in PS	86.368	86.359	86.565	89.067

La tabella evidenzia l'aumento dell'attività del 118 Bologna Soccorso dal 2008 al 2011

L'intervento dell'**elisoccorso** è stato richiesto nel 2011 per 1083 volte e sono state effettuate 732 missioni: 666 per interventi primari di soccorso, 66 per trasporti secondari. Il totale di ore di volo è stato di 363,46 ore.

Gli interventi primari sono stati effettuati nel 12 % dei casi nel comune di Bologna e comuni limitrofi, nel 20% e nel 30% dei casi rispettivamente nel territorio delle Aree Bologna Nord e Sud, nel 13.5% nel territorio della AUSL di Imola e nel 23.5% dei casi in altre AUSL della regione.

La gestione dei Pazienti con **patologia tempo dipendente**, oggetto di networks interdisciplinari nello scenario Hub & Spoke, ha rappresentato una parte importante della attività del 118 Bologna Soccorso.

Politraumi e Traumi Borderline: nel 2011 sono stati soccorsi 225 traumi gravi (cod 3), di cui 45 fuori dal territorio della Ausl di Bologna ed Imola. 135 casi sono stati soccorsi dai mezzi su gomma e 90 dall'Elisoccorso. Nello stesso anno sono stati soccorsi circa 140 Pazienti identificati come borderline, ad elevato rischio evolutivo, molti dei quali parimenti centralizzati all'Ospedale Maggiore di Bologna.

Grandi traumi (dati registro traumi)

L'ospedale Maggiore è centro hub per i grandi traumi: tratta in media circa un quarto dei politraumi di tutta la Regione. Nel corso del 2011 ne sono affluiti 262, di cui 224 direttamente dal territorio con ambulanza o elicottero. 24 politraumi sono stati trasportati al Trauma Center dagli altri stabilimenti ospedalieri della Rete. In gran parte si è trattato di traumi della strada (65 circa%), l'ISS medio è stato di 19,64, e la mortalità in rianimazione di 10,68% (28/262), la gran parte dovuta a lesioni cerebrali (11), dissanguamento (9) e mof (2).

Arresto Cardio Respiratorio: nell'area Bologna e Comuni limitrofi (pop. circa 495.000) nel 2011 sono state eseguite 197 Rianimazioni Cardio Polmonari sul territorio; le età medie non si discostano da quelle degli anni precedenti (69.9 anni), ed il tempo medio di arrivo sul posto del primo mezzo è stato di 8' e 20".

32 Pazienti sono stati dimessi (16.2 %), la maggioranza con esiti neurologici lievi.

Sindrome Coronarica Acuta con elevazione del tratto ST: nel 2011 nel territorio dell'Azienda USL di Bologna i mezzi di soccorso territoriali hanno concordato l'accesso diretto di 249 Pazienti al laboratorio di emodinamica per l'esecuzione di PTCA per STEMI o di altra terapia, previa diagnosi elettrocardiografica e teletrasmissione del tracciato ECG. Il percorso Fast di accesso diretto ha permesso un evidente risparmio di tempo.

Stroke: la applicazione della procedura interaziendale per la gestione dei pazienti con Ictus eleggibile alla Trombolisi nel territorio della AUSL di Bologna, ha prodotto nel 2011 i seguenti indicatori: su 225 casi di ictus eleggibile, le équipes dei mezzi di soccorso hanno identificato 186 Pazienti eleggibili, preallertando il Pronto Soccorso e la Stroke Unit di riferimento. I Falsi Negativi (Pz non identificati dal 118) e i Falsi Positivi per i 118

sono stati rispettivamente 22 e 21. Sono stati sottoposti a Trombolisi 72 Pazienti. La Procedura, prima limitata all'area urbana e periurbana, è stata estesa al territorio dell'intera AUSL

Trasporti in Emergenza Secondari Tempodipendenti: la procedura (TEST), che norma le modalità dei trasporti secondari tempodipendenti da Spoke verso Hub per le specifiche patologie, nel 2011 è stata applicata 27 volte nell'Area Città, soprattutto per Stemi, Ictus e Aneurismi aortici dissecanti. I dati disponibili confermano i rapidi tempi di esecuzione

Centrale Operativa Unificata (COU) per i trasporti sanitari

La Centrale Operativa Unificata nella CO 118 di Bologna, gestisce i trasporti sanitari inter e intra-ospedalieri sul territorio dell'AUSL di Bologna. Nel 2011 ha gestito 125.549 trasporti effettuati dalla flotta CATIS, di cui 53.676 intra-ospedalieri (42.7 %), 46.682 inter-ospedalieri (37.2 %) e 25.591 trasporti di Pazienti da e verso le dialisi (20.4 %).

Inoltre nel 2011 la COU ha gestito circa 30.000 richieste di trasporti all'interno dell'AOSP effettuati da Manutencoop via tunnel, e ulteriori 7.066 trasporti effettuati da AMPAS e CRI della Provincia.

Donazione di organi

Nel paragrafo sono specificate le attività connesse alla donazione di organo effettuate nel 2011 nelle strutture sanitarie bolognesi.

Presso la **Rianimazione dell'Ospedale Bellaria** di Bologna, sono state segnalate 12 osservazioni di morte encefalica. Il rapporto fra il numero di accertamenti di morte e quello dei pazienti con GCS=3 (danno cerebrale severo) e ricovero in ICU (terapia intensiva) per più di 6 ore è stato dell'80%; il PROC 2 (indice internazionale di valutazione delle attività che si ricava dal rapporto tra numero di accertamenti di morte encefalica e numero di decessi con lesioni cerebrali) è risultato superiore al 63%, a dimostrazione dell'efficienza del programma aziendale. I malati affetti da grave patologia cerebrale non segnalati al Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna sono andati in arresto cardio-circolatorio senza aver mai raggiunto la morte encefalica, condizione imprescindibile per l'eventuale donazione degli organi. Da considerare, per l'ospedale Bellaria, una percentuale bassissima di opposizioni (1 su 8 richieste di donazione, pari al 12,5%).

Presso la **Rianimazione dell'Ospedale Maggiore** di Bologna sono stati eseguiti 14 accertamenti di morte encefalica ed in 7 casi si è potuto procedere alla donazione degli organi e dei tessuti. Le opposizioni alla donazione sono state 2 su 11 richieste effettuate (18,2%). Nei restanti casi il potenziale donatore non era idoneo alla donazione. Un sempre maggiore sviluppo hanno avuto gli "uffici locali di coordinamento" per la donazione di organi e tessuti della AUSL.

Le donazioni di cornee presso l'Ospedale Maggiore e l'Ospedale Bellaria sono risultate in diminuzione rispetto all'anno precedente. L'ospedale Maggiore è la sede della Banca Regionale delle cornee. Nell'ambito del processo di valutazione dei potenziali donatori di cornea, continua il coinvolgimento di un numero sempre maggiore di reparti ospedalieri che, in maniera quasi del tutto autonoma, ed applicando regole ben definite e specifiche procedure interne, partecipano sempre più attivamente all'attività donativa.

Presso il **Policlinico S. Orsola-Malpighi**, nel corso del 2011 sono stati effettuati 14 accertamenti di morte encefalica ed in 4 casi si è potuto procedere alla donazione degli organi e dei tessuti. La percentuale di opposizione è stata del 16,6% (1 su 6 richieste di donazione). Nei restanti casi il potenziale donatore non era idoneo alla donazione.

Sempre nel 2011 il Policlinico S. Orsola-Malpighi non ha raggiunto l'obiettivo regionale per il procurement delle cornee, ma rispetto all'anno precedente si è registrato un netto miglioramento dell'attività donativa.

L'attività di sensibilizzazione a livello aziendale, con frequenti corsi e la creazione di un gruppo infermieristico dedicato all'attività di donazione e di collaborazione tra i diversi reparti, ha contribuito ad aumentare il livello di attenzione sull'attività donativa. Il Policlinico S. Orsola-Malpighi è la sede della Biobanca Regionale del Donatore, della lista unica regionale per il trapianto di rene, dell'Anatomia Patologica, dell'Ematologia e della Microbiologia di riferimento regionale per la sicurezza del donatore, dell'Immunogenetica di riferimento regionale per il trapianto di cellule staminali ematopoietiche e per il trapianto di organo solido non renale, del registro dei donatori di midollo e della Banca Regionale del sangue del cordone ombelicale.

Per quanto riguarda gli **Istituti Ortopedici Rizzoli** di Bologna anche nel 2011 è stato raggiunto l'obiettivo "donazione cornee". Gli Istituti Ortopedici Rizzoli sono la sede della Banca Regionale del tessuto muscolo-

scheletrico. Nelle tabelle che seguono si riportano il numero di organi prelevati e trapiantati ed il numero di cornee prelevate presso gli ospedali di Bologna nel corso del 2011. Il numero di donatori si è ridotto rispetto al 2010 nelle strutture dell'azienda USL.

Tabella 2.31 Donazioni di organi negli ospedali metropolitani di Bologna

Struttura	Donatori 2010	Donatori 2011	Cuore		Fegato		Rene	
	N.	N.	Prelievi	Trapianti	Prelievi	Trapianti	Prelievi	Trapianti
Ospedale Maggiore	11	7	4	4	6	6	11	11
Ospedale Bellaria	8	4	2	2	5	4	7	6
S. Orsola-Malpighi	3	4	0	0	4	3	3	3

Fonte dati Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna

Tabella 2.32 Donazioni di cornee negli ospedali metropolitani di Bologna

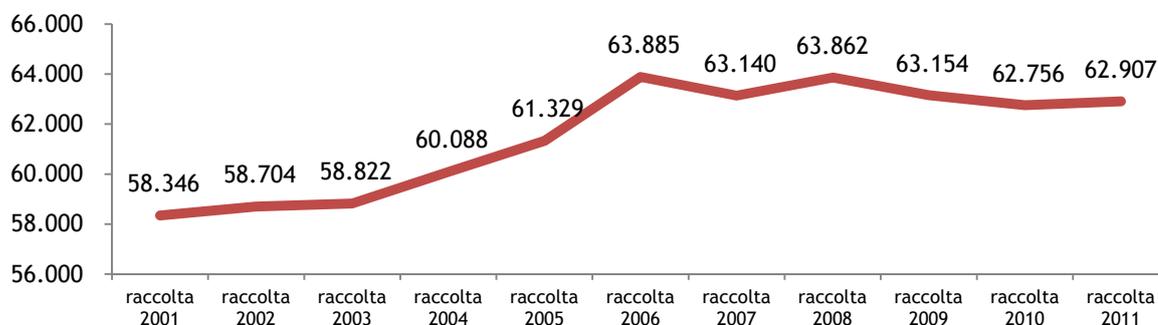
Struttura	Cornee donate 2010		Cornee donate 2011	
	N. Donatori	N. Tessuti	N. Donatori	N. Tessuti
Ospedale Maggiore	37	73	26	52
Ospedale Bellaria	12	24	4	8
San Giovanni in Persiceto	4	8	2	4
S. Orsola-Malpighi	24	48	45	90
Rizzoli			2	4

Fonte dati Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna

PIANO SANGUE: RACCOLTA E CONSUMI

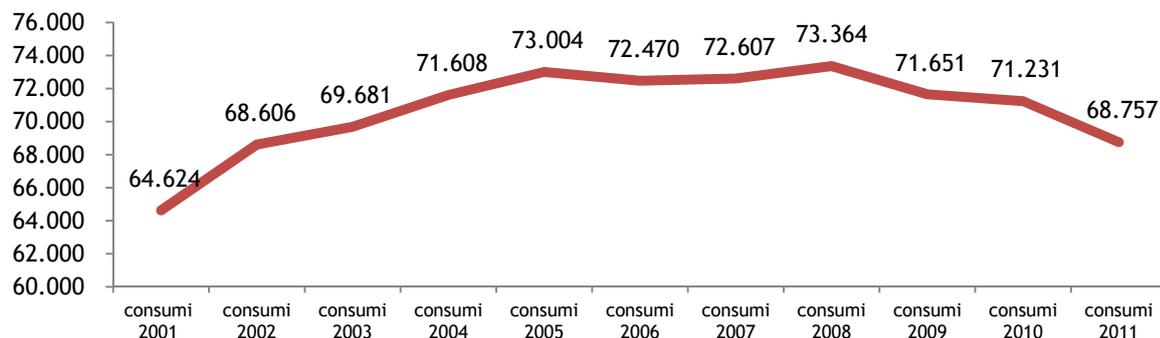
L'Azienda USL di Bologna è sede di alcune aree di attività individuate come riferimento regionale tra le quali il Centro Regionale Sangue (CRS), definito dal nuovo Piano Sangue e Plasma Regionale 2008-2010. Inoltre il Servizio Trasfusionale dell'Azienda coordina il Programma Speciale Sangue Provinciale (PSSP) di Bologna, a cui afferiscono il Servizio Trasfusionale dell'AOU, il Centro Trasfusionale dello IOR e la Struttura Semplice dell'Azienda USL di Imola. Vengono qui riportati i dati relativi alla raccolta e consumo degli emocomponenti contenenti globuli rossi nella Provincia di Bologna.

Grafico 2.72 Piano sangue: trend unità di sangue raccolte nella provincia di Bologna (comprende: Osp. Maggiore e Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola). Anni 2001-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna



Il trend di raccolta appare stabile a partire dal 2006.

Grafico 2.73 Piano sangue: trend unità "rosse" consumate nella provincia di Bologna (comprende: Osp. Maggiore e Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola, II.OO.R.). Anni 2001-2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna



I dati relativi ai consumi evidenziano, dopo una sostanziale stabilizzazione a partire dal 2005, una **netta riduzione** a partire dall'anno 2009. Nel 2011 la riduzione è stata del 3,5% rispetto al 2010.

Questo risultato sembra da ricondurre al progetto interaziendale iniziato nel 2008 tra IOR, AOU, Azienda USL di Imola e Azienda USL di Bologna, specificatamente sull'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti (globuli rossi e plasma) in ambito metropolitano bolognese.

Degno di nota nel 2011 è anche l'aumento del 15% rispetto al 2010 delle unità di sangue cedute dalla nostra Regione alle altre.

2.1.4. Indicatori di qualità dell'assistenza

Vengono qui presi in esame alcuni indicatori di processo e di risultato particolarmente significativi riguardo alla valutazione della qualità dell'assistenza prestata a livello territoriale e ospedaliero: alcuni erano riportati anche nelle precedenti edizioni del Bilancio di Missione, altri sono di nuova introduzione.

I risultati conseguiti nella nostra azienda vengono confrontati con la media regionale e nel loro andamento temporale.

Relativamente a quasi tutti gli indicatori descritti sono in corso **audit clinici** e strutturazione di **percorsi clinico-assistenziali (PDTA)** con i professionisti, esposti nella sezione 3.

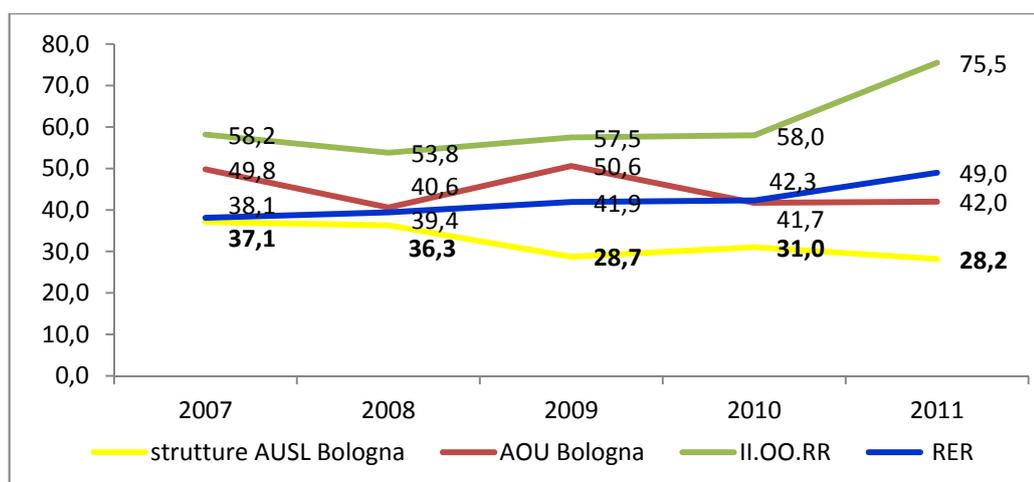
Il Basso peso alla nascita (fonte dati CeDAP) è stato trattato nella sezione 1, dove viene analizzata anche la mortalità neonatale.

Nel corso del 2011 sono stati anche monitorati presso l'ospedale Maggiore e quello di Bentivoglio gli indicatori IQIP "International Quality Indicator Project" relativi alla gestione del parto.

INTERVENTI PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE ENTRO 2 GIORNI DAL RICOVERO

Il tempo di attesa per intervento per frattura di femore può essere considerato come indicatore proxy della gestione clinica e della presa in carico del paziente stesso. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento e una minore efficacia della fase riabilitativa.

Grafico 2.74 Proporzioe di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero,. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



La proporzioe di interventi per frattura del collo del femore in pazienti di età superiore a 18 anni effettuati entro 2 giorni dal ricovero risulta complessivamente del 28,2% (127 su 451), nel 2011, negli stabilimenti dell’Azienda USL di Bologna. Si tratta di un valore critico, nettamente inferiore alla media regionale, per il quale sono stati messe in atto azioni organizzative di miglioramento.

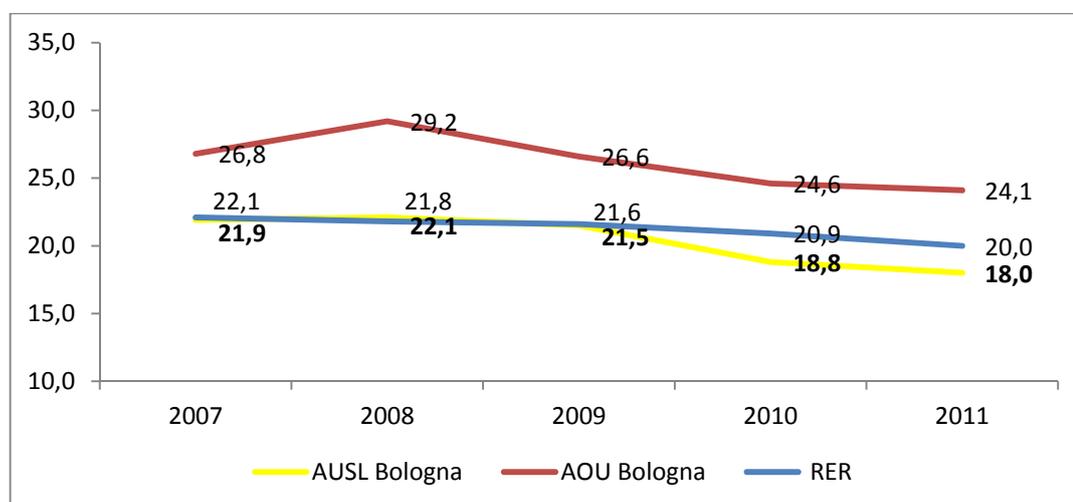
Nettamente migliore la proporzioe nell’Azienda Ospedaliera di Bologna (149 su 355) e soprattutto presso lo IOR (333 su 441), che ha fatto registrare uno spiccato miglioramento nell’ultimo anno.

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO

L’utilizzo inappropriato di una pratica assistenziale di provata efficacia quale il cesareo non ha prodotto miglioramenti sostanziali negli esiti perinatali per le donne e per i bambini. Al contrario le regioni italiane con un tasso medio di cesarei più basso della media nazionale hanno bassa mortalità perinatale e morbilità neonatale rispetto alle regioni con alto tasso di cesarei.

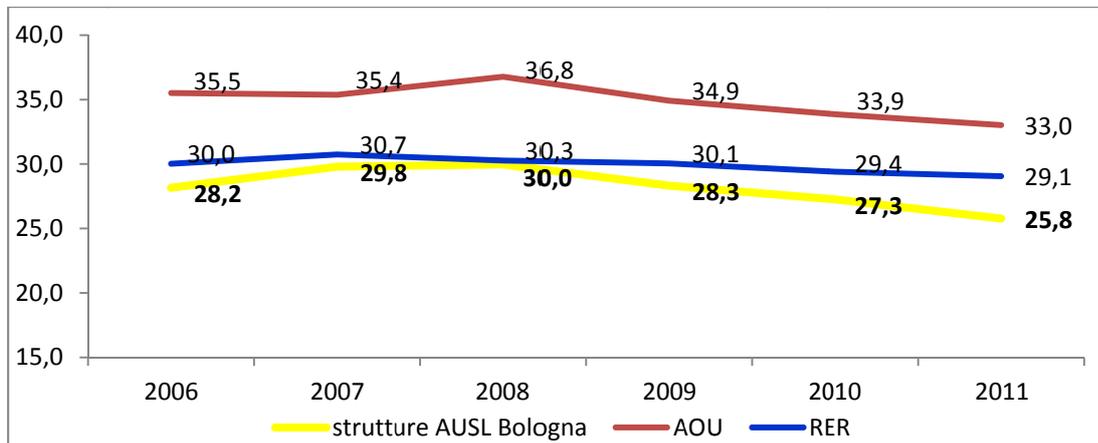
Molti sistemi di indicatori anglosassoni (USA, Canada, Australia) rilevano i parti con taglio cesareo primario (quindi in partorienti che non abbiano avuto un precedente parto cesareo), per eliminare dall’analisi almeno quella quota attribuibile ai casi con precedenti parti cesarei.

Grafico 2.75 Proporzioe di parti con taglio cesareo primario,. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



La proporzione di parti con taglio cesareo primario di donne residenti in Regione rispetto al numero totale di parti di donne residenti in Regione risulta complessivamente del 18%, nel 2011, negli stabilimenti dell'Azienda USL di Bologna, con un trend in riduzione dal 2009. Si tratta di un valore tra i migliori della Regione, nettamente inferiore alla media regionale. In particolare, la percentuale di parti con taglio cesareo primario risulta del 15,5% presso l'ospedale Maggiore e del 18,3% in quello di Bentivoglio, per il 2011. Superiore alla media regionale è invece il dato nell'Azienda Ospedaliera di Bologna.

Grafico 2.76 Proporzioni di parti con taglio cesareo.
Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



Andamento analogo presenta il trend dei parti con taglio cesareo complessivo (primari + ripetuti)

Figura 2.12 Percentuale di parti con taglio cesareo sul totale dei parti delle donne residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2011. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

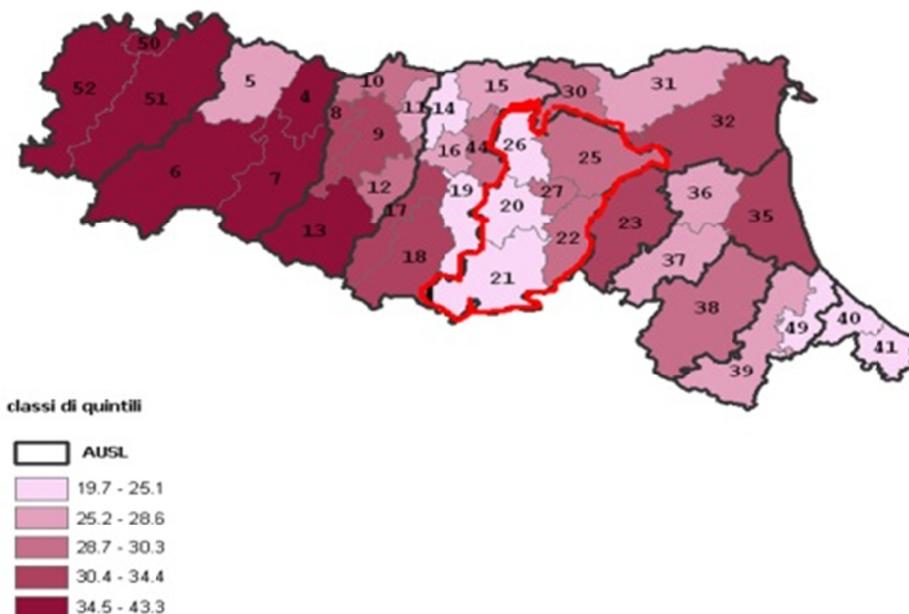


Tabella 2.33 Numero totale di parti nelle aziende sanitarie metropolitane di Bologna anni 2007-2011 (Fonte dati: reportistica SDO Regione Emilia-Romagna)

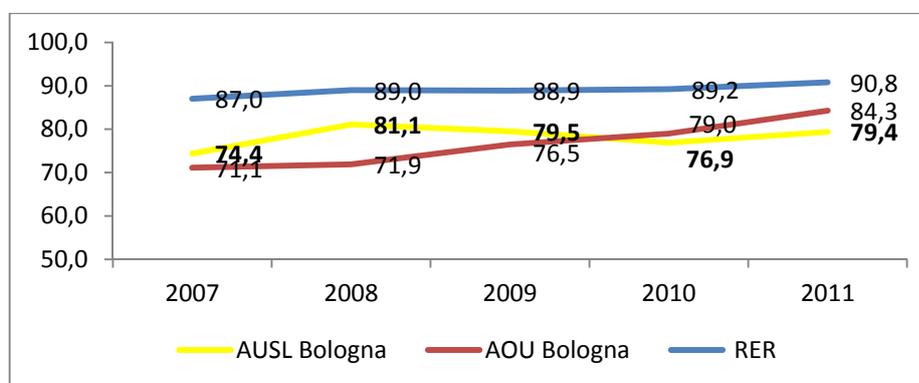
	N. parti 2007	N. parti 2008	N. parti 2009	N. parti 2010	N. parti 2011	% parti cesarei 2011
MAGGIORE - BO	3.008	2.890	3.001	2989	3.087	25,75
BENTIVOGLIO	1.030	1.064	1.092	938	928	25,54
PORRETTA TERME	145	147	166	126	134	7,46
VILLA REGINA	97	63	67	66	52 (+1 Nobili)	78,85 (0 Nobili)
totale Azienda USL	4.280	4.164	4.326	4119	4202	25,77
AOU	3.690	3.692	3.839	3541	3534	33,02
totale metropolitano	7.970	7.856	8.165	7.660	7736	29,08

Il numero totale di parti nel territorio metropolitano appare, nel 2011, in lieve aumento rispetto al 2010. Come negli anni passati, nell'ambito Azienda USL sono avvenuti per la maggior parte presso l'Ospedale Maggiore e quello di Bentivoglio. La percentuale di parti cesarei complessivi nel territorio metropolitano (29,08%) appare sovrapponibile a quella regionale (29,06%) e in lieve riduzione rispetto al 2010 (30,31%).

PROPORZIONE DI INTERVENTI DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Si ritiene pertanto che alte proporzioni rappresentino una migliore qualità delle cure.

Grafico 2.77 Proporzioni di interventi di colecistectomia laparoscopica. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

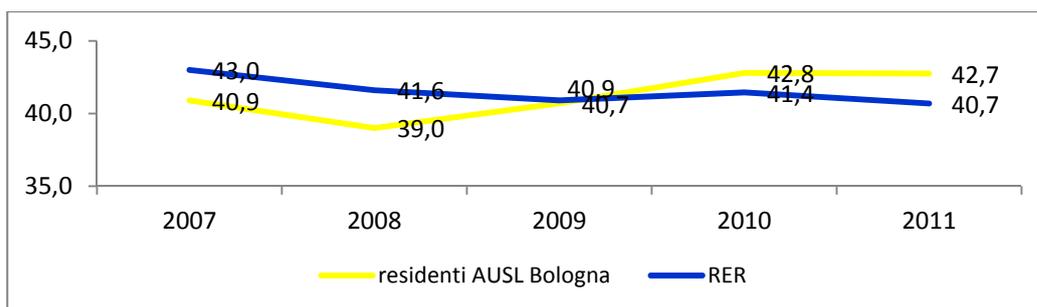


Il numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica rapportato al numero di ricoveri con intervento di colecistectomia risulta complessivamente del 79,4% (613 su 772), nel 2011, negli stabilimenti dell'Azienda USL di Bologna. E' una proporzione inferiore alla media regionale. Migliore, e in aumento negli ultimi anni, la proporzione nell'Azienda Ospedaliera di Bologna (113 su 134).

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

Diverse ricerche dimostrano che la gestione extraospedaliera ottimale di pazienti con scompenso cardiaco congestizio può migliorare significativamente esiti quali mortalità e tasso di riammissioni. Il tasso di ospedalizzazione per tale patologia è pertanto un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle esacerbazioni che rendono necessario il ricovero.

Grafico 2.78 Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio*10.000 residenti. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



Il tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio*10.000 residenti, di 42,7 per i residenti nell'azienda USL di Bologna nel 2011, risulta in aumento negli ultimi anni e superiore alla media regionale.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO PER COMPLICANZE A BREVE E LUNGO TERMINE IN PAZIENTI DIABETICI

E' stato dimostrato che i pazienti diabetici che ricevono l'assistenza ambulatoriale più appropriata in base alle indicazioni degli esperti (linee guida), ad esempio tramite programmi specifici di educazione e follow-up, vengono ricoverati meno frequentemente per quasi tutti i tipi di complicanze severe evitabili. Il tasso di ospedalizzazione per diabete è, pertanto, un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle complicanze della patologia che rendono necessario il ricovero.

Grafico 2.79 Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici* 10.000 residenti. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

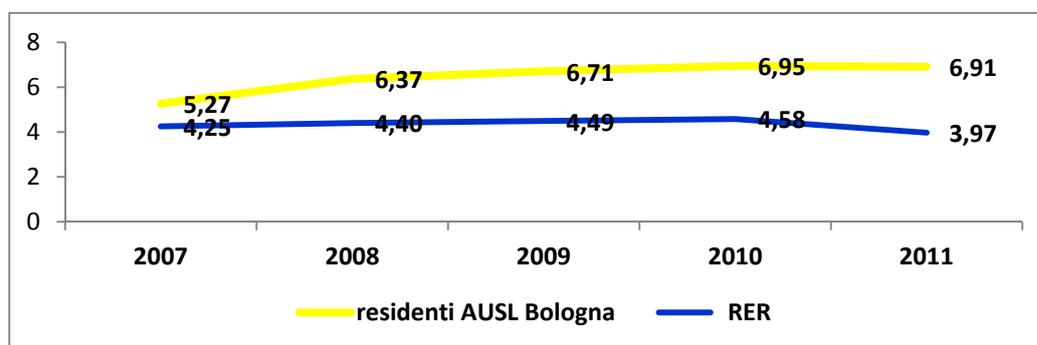
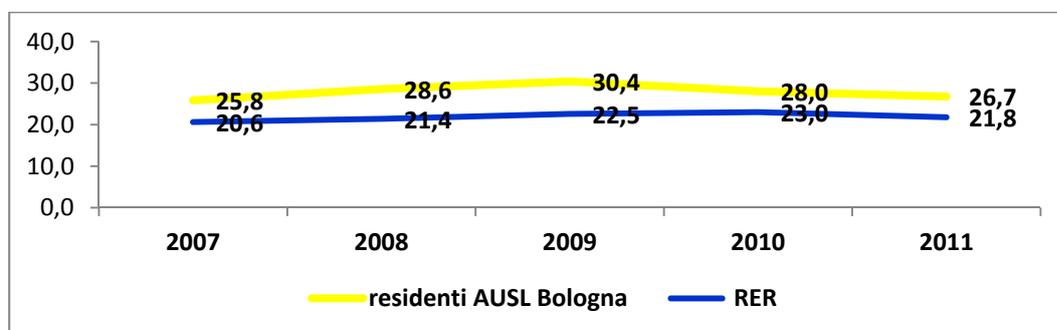


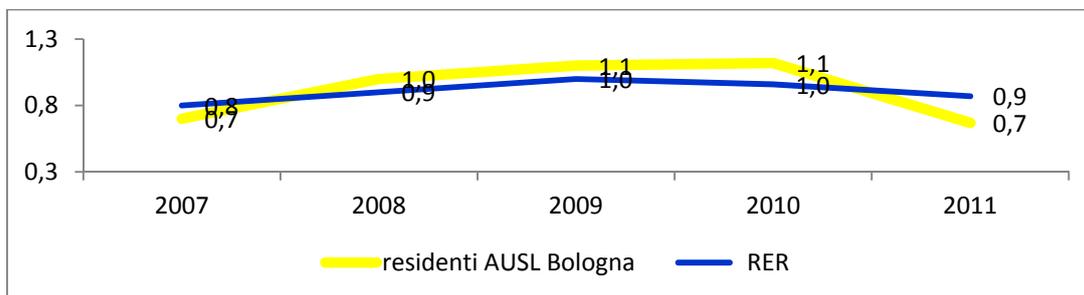
Grafico 2.80 Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici* 10.000 residenti. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



Il tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze sia a breve sia a lungo termine in pazienti diabetici appare per i residenti nel territorio della nostra azienda costantemente superiore (se si escludono questioni di codifica) alla media regionale.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO PER AMPUTAZIONE DEGLI ARTI INFERIORI IN PAZIENTI DIABETICI

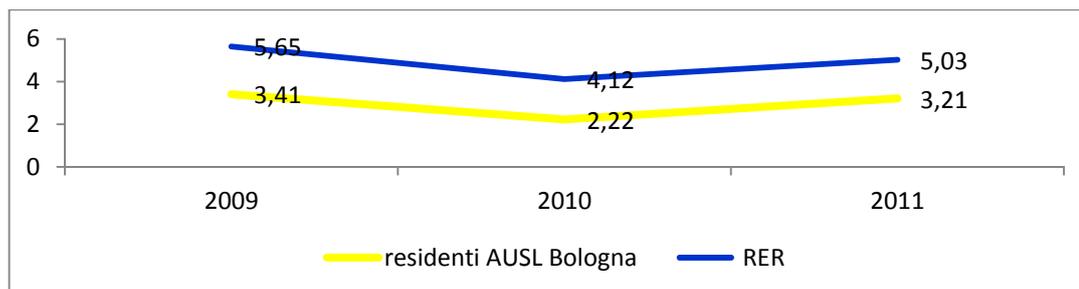
Grafico 2.81 Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici*10.000 residenti. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



Nel 2011 Il tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici appare, per i residenti nel territorio della nostra azienda, in calo e inferiore alla media regionale.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO PER POLMONITE O INFLUENZA NEGLI ANZIANI

Grafico 2.82 Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani (> 65 aa.)*10.000 residenti anziani. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

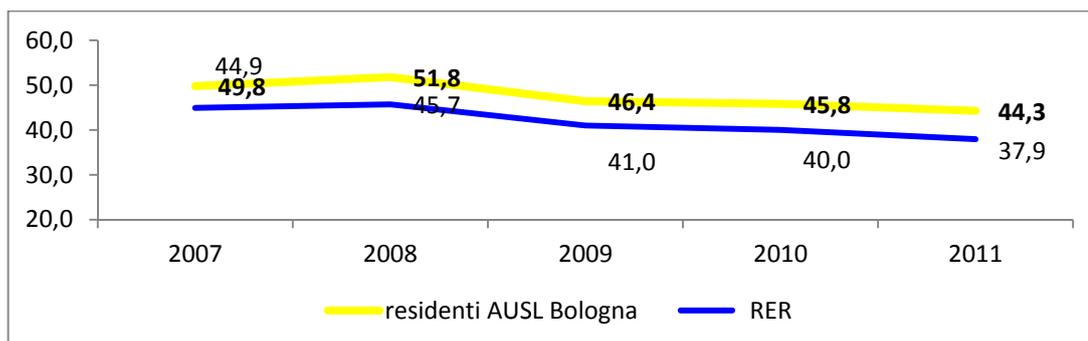


Il Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani nel territorio aziendale si dimostra costantemente inferiore alla media regionale.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO PER CAUSE EVITABILI

Questo indicatore monitorizza i ricoveri per quelle patologie prevalentemente croniche (asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) che dovrebbero essere trattate soprattutto nel territorio.

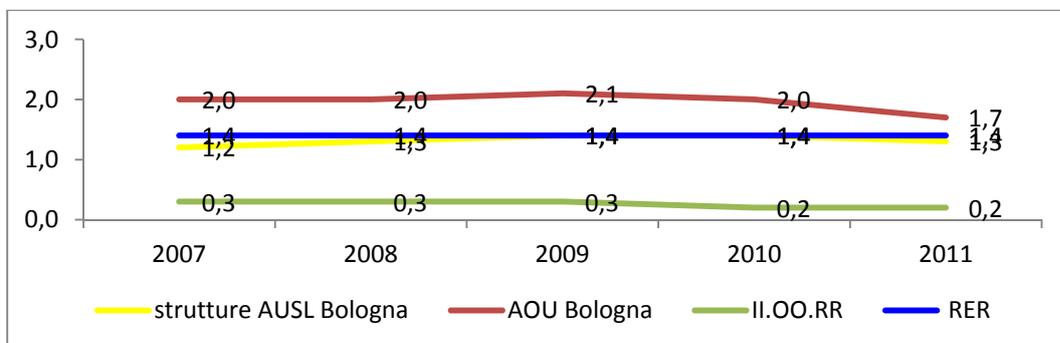
Grafico 2.83 Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili *10.000 residenti per Azienda USL di residenza. Fonte dati Regione Emilia-Romagna



Il tasso di ospedalizzazione per queste cause evitabili appare in decremento costante ma ancora superiore al valore regionale.

Proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione

Grafico 2.84 Proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

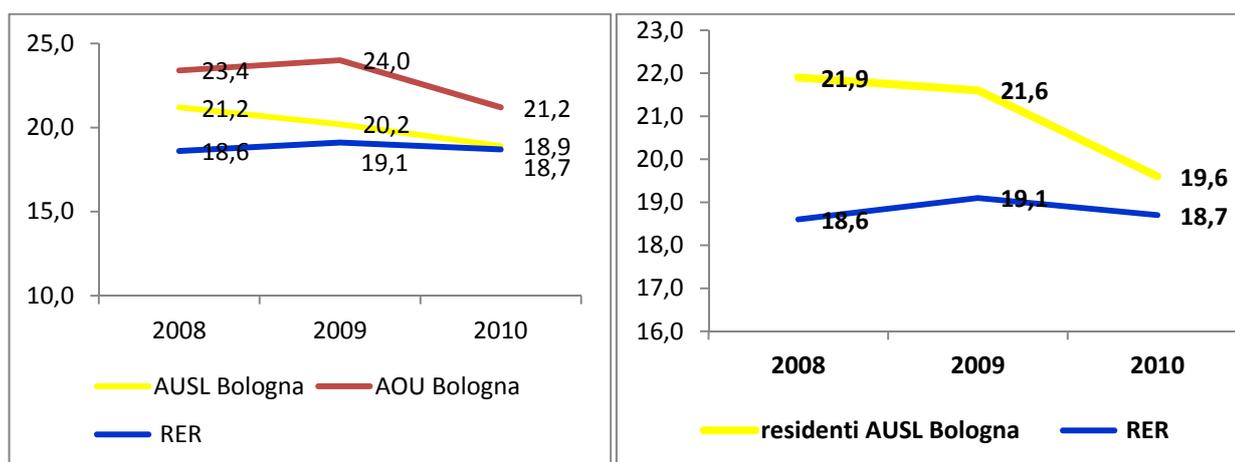


Il numero di ricoveri avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione del ricovero indice con proposta di ricovero “urgente”, attribuiti alla stessa MDC del ricovero indice e nella stessa struttura, di pazienti residenti in Regione, rapportato al numero totale di ricoveri di pazienti residenti in Regione appare nella media regionale nelle strutture dell’azienda USL, notevolmente inferiore presso lo IOR e superiore presso l’AOU.

PROPORZIONE DI DECESSI ENTRO 30 GIORNI DOPO UN RICOVERO IN URGENZA PER STROKE

Negli ultimi anni sono state redatte dagli esperti molte linee guida e raccomandazioni cliniche, basate sulle evidenze scientifiche, su come migliorare il trattamento dei pazienti affetti da stroke. Il tasso di mortalità rispecchia, da una parte, la gravità clinica dei pazienti, dall’altra l’efficacia reale e la qualità dell’assistenza

Grafici 2.85 Proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke. Per Azienda Sanitaria di ricovero e di residenza. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



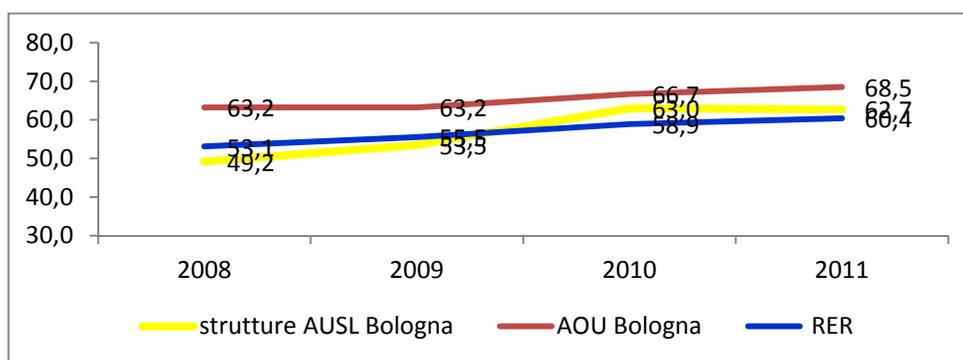
La proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke si è ridotta negli ultimi tre anni per i residenti nel territorio aziendale, avvicinandosi al dato regionale. In particolare è sovrapponibile a quella regionale la mortalità a 30 giorni dei ricoverati per stroke presso le strutture dell’Azienda USL.

PROPORZIONE DI PTCA ESEGUITE ENTRO 1 GIORNO DALL'AMMISSIONE DI PAZIENTI CON UN EPISODIO DI STEMI

Proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per STEMI

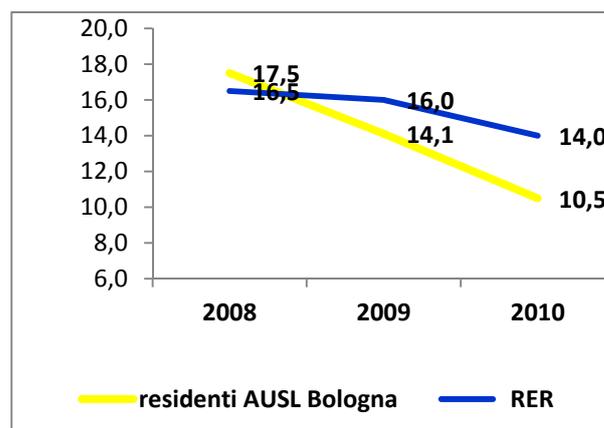
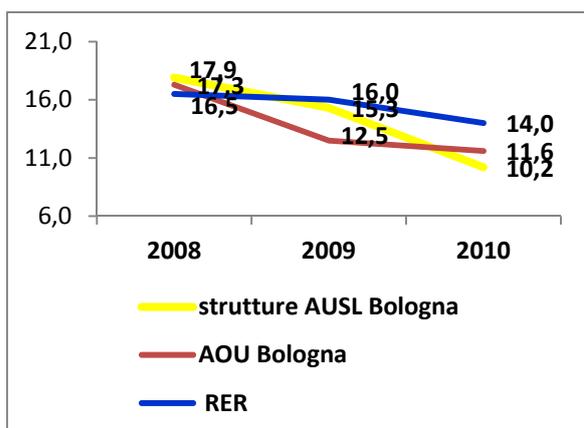
L'angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) è ormai considerata il trattamento più appropriato per l'infarto miocardico acuto. Anche la tempistica di esecuzione, elemento essenziale per il successo della PTCA in urgenza, risulta migliore nelle strutture con un volume maggiore di procedure.

Grafico 2.86 Proporzioni di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI per Azienda Sanitaria di ricovero. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



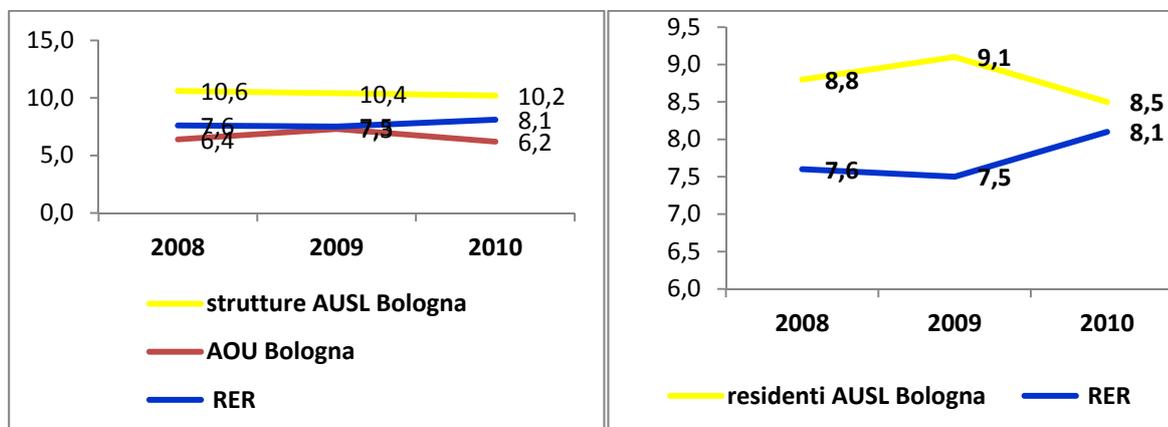
Dal 2004 nella provincia di Bologna è stata formalizzata la struttura della rete integrata per la gestione dell'infarto miocardico acuto con soprasslivellamento di ST (STEMI). Sono stati definiti i due Hub provinciali (ospedale Maggiore e AOSP U di Bologna) con le relative zone di afferenza dagli ospedali periferici (Spoke) e/o direttamente dal territorio. Sono stati inoltre concordati con il 118 i protocolli di teletrasmissione dell'ECG, di accesso diretto in emodinamica (percorsi fast) e di rientro agli ospedali Spoke dopo l'esecuzione delle procedure. Gli indicatori di processo, proporzione di PTCA (angioplastiche) eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI, e di esito, mortalità entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI, mostrano un netto miglioramento negli anni, superando i valori medi regionali.

Grafici 2.87 Proporzioni di decessi entro 30 giorni da un ricovero in urgenza per STEMI. Per Azienda Sanitaria di ricovero e di residenza. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



PROPORZIONE DI DECESSI ENTRO 30 GIORNI DOPO UN RICOVERO IN URGENZA PER EPISODIO DI NSTEMI

Grafici 2.88 Proporzioni di decessi entro 30 giorni da un ricovero in urgenza per episodio di NSTEMI. Per Azienda Sanitaria di ricovero e di residenza. Fonte dati Regione Emilia-Romagna.



Ancora superiore alla media regionale, invece, la mortalità entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI (infarto miocardico acuto senza sopraslivellamento di ST ovvero di minore gravità), presso le strutture dell'Azienda USL.

2.1.5. Costi per livello di assistenza

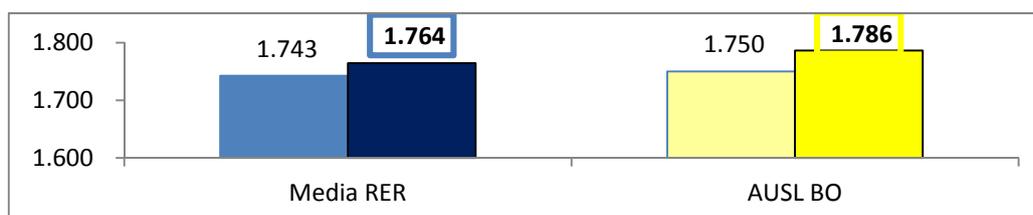
COSTO PRO-CAPITE PONDERATO PER I CITTADINI RESIDENTI A CONFRONTO CON QUELLO REGIONALE

Il costo pro-capite per livello di assistenza definisce la misura delle risorse mediamente impiegate da ogni Azienda regionale per l'erogazione dei servizi ed attività assistenziali atti a soddisfare la domanda di salute del singolo cittadino residente nel territorio di competenza dell'azienda medesima. Tali valori sono determinati dal rapporto tra i costi complessivi per ambito assistenziale, come risultante dalle rilevazioni gestionali delle aziende, ed il bacino demografico della popolazione potenzialmente interessato a tali ambiti. Le opportune tecniche di omogeneizzazione dei valori di costo tra le varie realtà regionali permettono di anno in anno di poter confrontare in maniera sempre più corretta le performance ed i risultati sull'impiego delle risorse nelle specifiche aree d'interesse.

L'andamento considerato si estende come, disponibilità di valori confrontabili, dall'anno 2004 al 2010.

I dati utilizzati sono le elaborazioni regionali di omogeneizzazione e standardizzazione dei valori medi di costo forniti dalle singole Aziende Sanitarie comprendenti i costi delle attività del FRNA finanziate dalla quota storica del FSR. In tal modo è possibile confrontare i dati precedenti al 2007 relativi agli ambiti assistenziali ascrivibili al sistema di contabilizzazione del FRNA medesimo.

Grafico 2.89. Andamento dei costi pro-capite per l'azienda USL di Bologna vs media RER negli anni 2009-2010; valori in migliaia di euro. Fonte dati finali Regione Emilia Romagna



Relativamente al **costo complessivo pro capite**, l'Azienda USL di Bologna occupa secondo il dato 2010 una posizione mediana nel panorama regionale discostandosi dalla media RER di circa € 22. Tale divario è dato da un incremento aziendale del 2,1% nel 2010 rispetto al 2009 a fronte dell'1,2% medio RER.

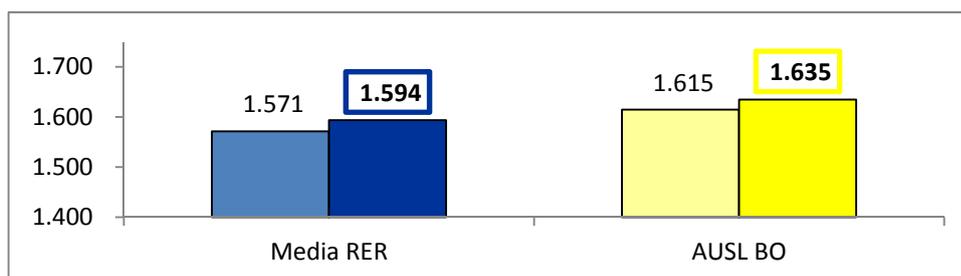
Tabella 2.34. Andamento dei costi pro-capite per l'azienda USL di Bologna vs media RER negli anni 2004-2010; valori in migliaia di euro. Fonte dati finali Regione Emilia Romagna

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Incremento medio % annuo periodo 2004-10
AUSL di Bologna	1.512	1.552	1.634	1.669	1.707	1.750	1.786	3,02%
Media RER	1.456	1.523	1.595	1.651	1.694	1.743	1.764	3,54%

A fronte di un trend generale di crescita dei costi, l'incremento relativo al 2010 di Bologna mostra un rallentamento rispetto all'andamento medio regionale, confermando la tendenza dell'anno precedente.

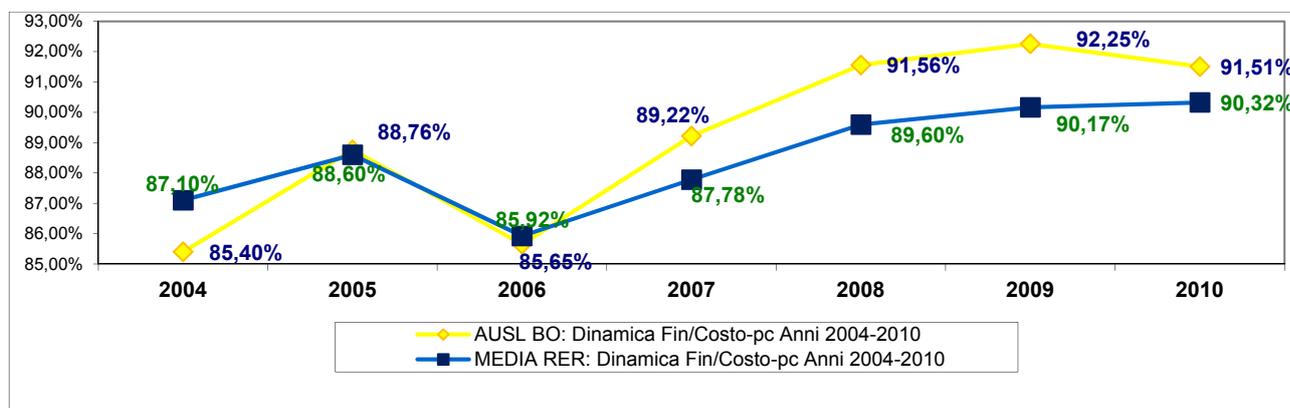
FINANZIAMENTO PRO-CAPITE PONDERATO PER I CITTADINI RESIDENTI A CONFRONTO CON QUELLO REGIONALE

Grafico 2.90. Finanziamento pro-capite per l'azienda USL di Bologna vs media RER negli anni 2009-2010; valori in migliaia di euro. Fonte dati finali Regione Emilia Romagna



Nel 2010, in linea con gli anni precedenti, il **finanziamento pro-capite** ponderato per i cittadini residenti nell'Azienda USL di Bologna è ancora superiore del 2,6% al dato medio regionale. Da un punto di vista Macro l'Azienda assorbe circa il 20% del finanziamento regionale complessivo delle Aziende USL.

Grafico 2.91. Confronto finanziamento-costo pro-capite nel periodo 2004-2010; andamento Media RER vs Azienda USL di Bologna.



Il rapporto tra il finanziamento pro-capite e il costo pro-capite si presenta in graduale crescita a partire dal 2006, con un divario in aumento rispetto alla media regionale. Tale Trend positivo, indicante una dinamica di riequilibrio tra costo e finanziamento pro-capite, si inverte dal 2009 al 2010 con una riduzione della quota di copertura fino a livelli antecedenti al 2008. Tale indice si mantiene, tuttavia, al di sopra della media regionale.

COSTO PRO-CAPITE PONDERATO PER LIVELLO DI ASSISTENZA A CONFRONTO CON QUELLO PROCAPITE MEDIO REGIONALE

Grafico 2.92. Livello di Assistenza Collettiva in ambiente di vita e di lavoro - confronto dei costi pro-capite Media RER vs Azienda USL di Bologna anni 2009-2010.

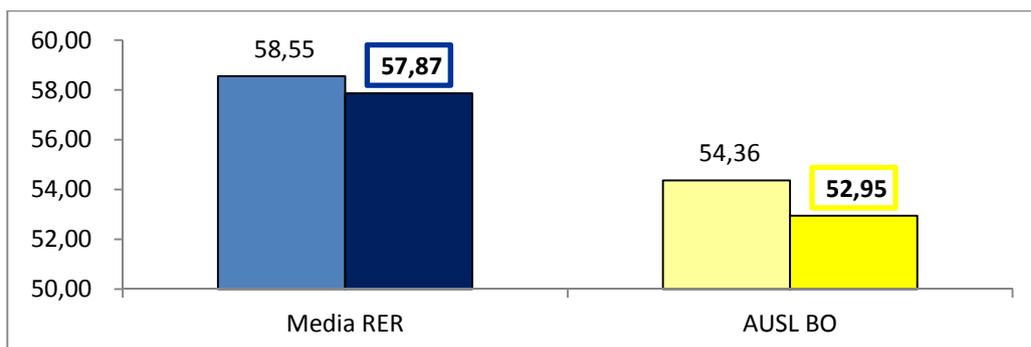


Grafico 2.93. Livello di Assistenza Degenza Ospedaliera - confronto dei costi pro-capite Media RER vs Azienda USL di Bologna anni 2009-2010

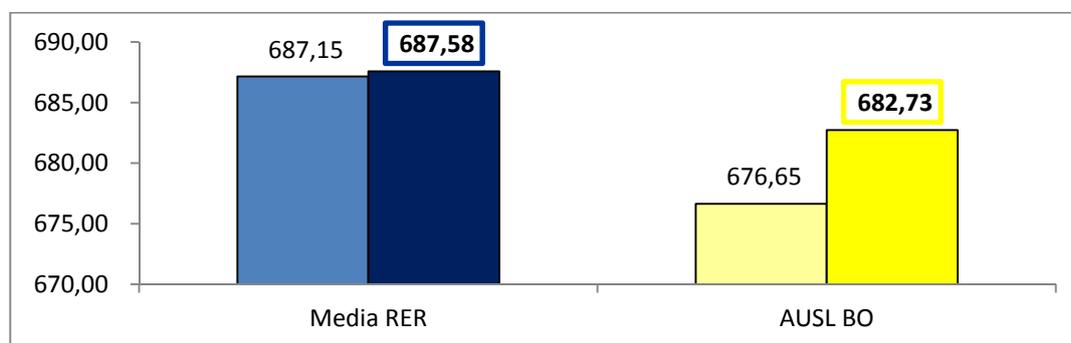


Grafico 2.94: Livello di Assistenza Distrettuale - confronto dei costi pro-capite Media RER vs Azienda USL di Bologna anni 2009-2010

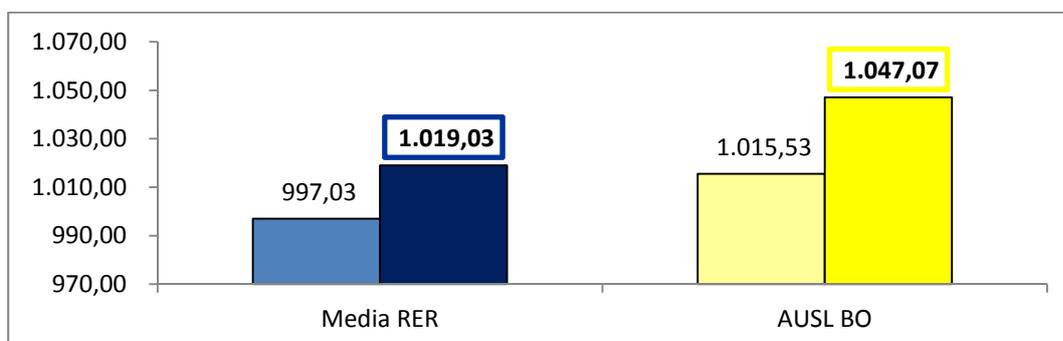
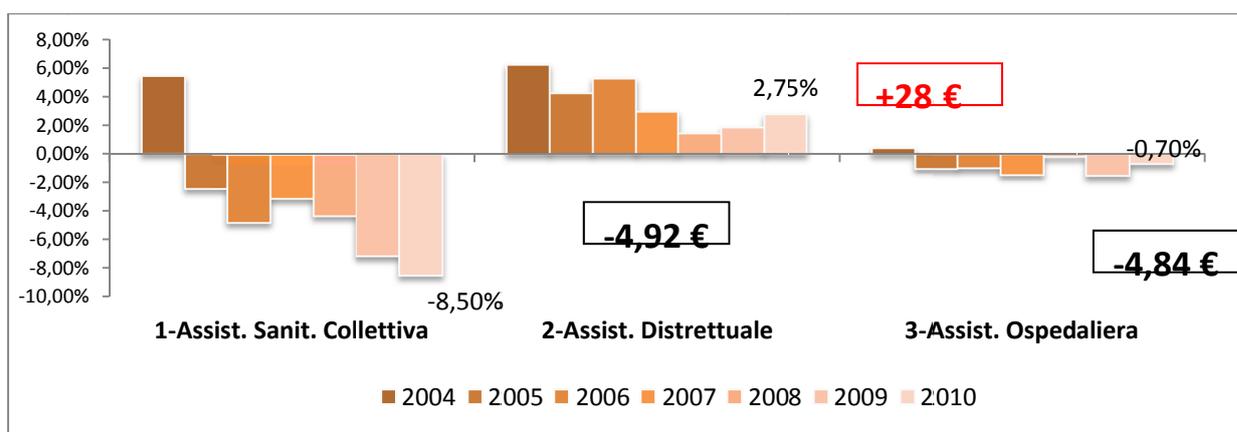


Grafico 2.95: Confronto anni 2004-2010 per Livelli di assistenza dello scostamento % Costo Pro-capite Azienda USL di Bologna vs Media RER



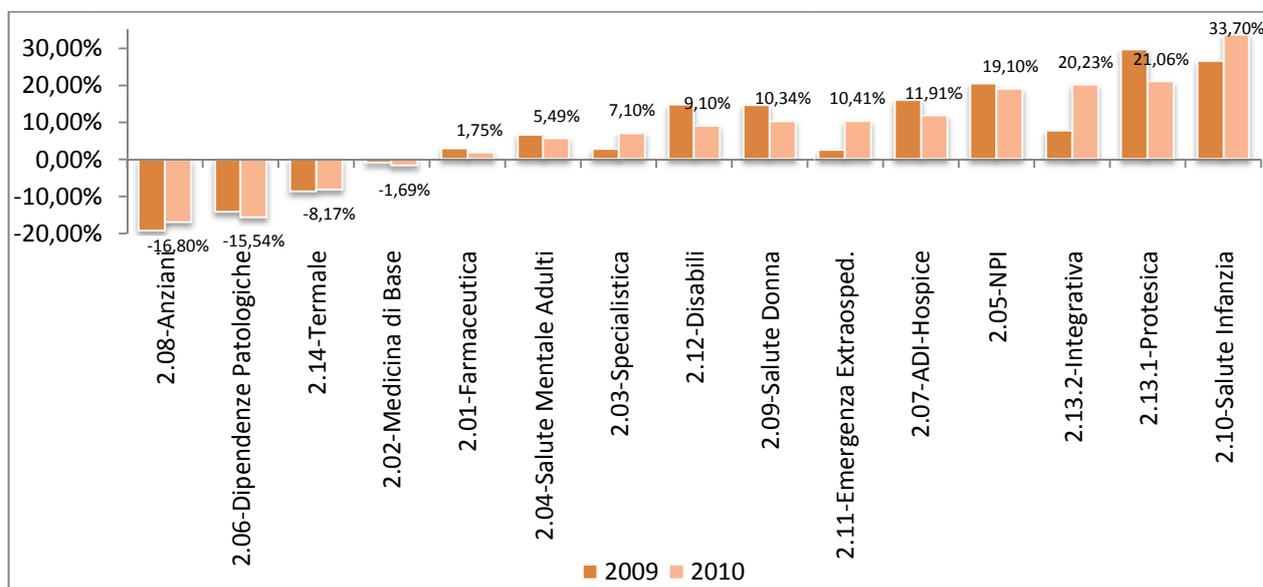
Si sintetizza l'andamento dei costi pro capite dal 2004 al 2010, attraverso le percentuali di scostamento dalla media regionale dei costi dei tre livelli di assistenza.

Appare evidente il perdurare dell'andamento positivo dell'Azienda di Bologna nei livelli di **Assistenza Collettiva in ambiente di vita e di lavoro e di Degenza Ospedaliera**: nel 2010 i costi di entrambi sono inferiori rispetto ai valori medi regionali. L'Assistenza Collettiva aveva nel 2004 un costo pro-capite del 5,42% superiore a quello medio RER, mentre nel 2010 risulta essere inferiore quasi del 9%. Si rileva invece un riavvicinamento del costo pro capite della degenza ospedaliera che ha subito un lieve incremento nell'ultimo anno (1%) a fronte della costanza del costo medio regionale.

Nel considerare il livello di **Assistenza Distrettuale**, l'Azienda USL di Bologna nel 2010 presenta invece un incremento del divario già positivo dalla media regionale, con un incremento del 3% vs il 2% RER. Tale variazione consolida la posizione dell'azienda nel novero della fascia medio-alta nel panorama regionale.

Analogamente ai Bilanci di Missione degli anni precedenti, viene qui di seguito esaminato nel dettaglio il livello di assistenza distrettuale in quanto essere quello con maggiore criticità per l'Azienda USL di Bologna, articolandolo nei suoi sub-livelli.

Grafico 2.96: Confronto anni 2009-2010 per sub livello di assistenza distrettuale dello scostamento % Costo Pro-capite Azienda USL di Bologna vs Media RER; ordinamento crescente per scostamento % anno 2010.



Per rendere maggiormente chiara l'idea di tale confronto si aggiunge la tabella con il dettaglio del periodo 2004-2010, riportandone i valori assoluti e gli scostamenti %. I Sub Livelli di Assistenza Distrettuale sono ordinati per valori crescenti della differenza % tra i Costi pro-capite dell'anno 2010 dell'Azienda USL di Bologna e la media RER.

Tabella 2.35: Scostamento % Costi Pro-capite Sub-Livelli Assistenza negli anni 2004-2010 rispetto Media RER; ordinamento crescente rispetto i valori dell'anno 2010.

LEA Assist. Distrettuale							
Sub Lea	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2.08-Anziani	-14,55%	-15,64%	-18,20%	-19,60%	-19,69%	-19,11%	-16,80%
2.06-Dipendenze Patologiche	1,85%	1,10%	-4,43%	-15,61%	-18,72%	-14,02%	-15,54%
2.14-Termale	-9,62%	-7,14%	-7,71%	-11,06%	-9,90%	-8,63%	-8,17%
2.02-Medicina di Base	2,13%	-1,46%	-2,73%	-3,63%	-5,89%	-0,92%	-1,69%
2.01-Farmaceutica	8,47%	7,71%	7,79%	5,49%	2,35%	2,81%	1,75%
2.04-Salute Mentale Adulti	24,36%	15,15%	24,09%	17,75%	8,91%	6,60%	5,49%
2.03-Specialistica	6,31%	5,46%	5,77%	5,41%	4,59%	2,68%	7,10%
2.12-Disabili	18,22%	25,73%	5,77%	11,07%	0,55%	14,84%	9,10%
2.09-Salute Donna	26,18%	14,79%	22,80%	16,05%	16,51%	14,73%	10,34%
2.11-Emergenza Extraosped.	6,96%	-8,43%	13,08%	10,75%	5,36%	2,42%	10,41%
2.07-ADI-Hospice	-2,59%	-11,99%	-9,69%	6,24%	9,31%	16,10%	11,91%
2.05-NPI	48,56%	38,51%	44,27%	37,64%	36,01%	20,52%	19,10%
2.13.2-Integrativa				27,94%	25,82%	7,81%	20,23%
2.13.1-Protesica				8,37%	31,30%	29,68%	21,06%
2.10-Salute Infanzia	33,84%	21,57%	23,51%	27,53%	30,63%	26,60%	33,70%
2.13-Protesica e Integrativa	9,64%	27,79%	30,49%				

DETTAGLIO

Analisi periodo 2009-2010 per i sub livelli di assistenza distrettuale più critici

Complessivamente tra il 2009 ed il 2010 si rileva un quadro di tendenziale di riduzione dei costi medi pro capite rispetto alle medie regionali; tale andamento va però confrontato ulteriormente con la variazione delle medie regionali per sub livello ed anche le riduzioni in valore assoluto possono denotare una dinamica dei costi di permanente difficoltà.

Ciò si evince per la **Salute Infanzia** e per i **Disabili**: per il primo si assiste ad una riduzione del costo medio p.c. del 3,4% ma a questo si accompagna uno scostamento dal livello medio RER del +7%; sui Disabili invece, nonostante l'incremento del costo medio p.c. del 2,13% corrisponde uno scostamento dal livello medio RER del -5,7%.

Dove la dinamica è univocamente positiva sono i Sub Livelli dell'**ADI-Hospice** (-3,5% del costo pro capite), **Salute Donna** (-2,7%), **Protesica** (-5,6%), mentre dove al contrario rileva un incremento dei costi sono i Sub Livelli della **Specialistica** (+7%), **Emergenza Ospedaliera** (+14,94%), **Integrativa** (+13,74%)

Specialistica: l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale comprende i costi dell'assistenza specialistica ospedaliera erogata ad esterni, i costi dell'assistenza specialistica territoriale, del Pronto Soccorso non seguito da ricovero, della specialistica convenzionata esterna, della fase degli screening di 2° e 3° e delle prestazioni riabilitative ex art. 26/L.833.

Tale livello, probabilmente il più critico, registra rispetto al 2009 un forte aumento sia del costo pro-capite (+6,91%) che dello scostamento dalla media RER sopra indicato.

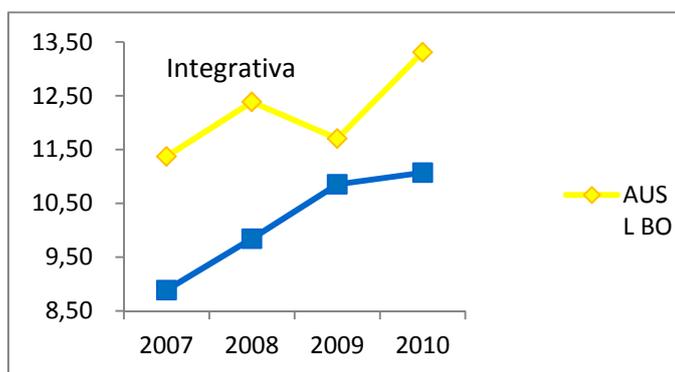
Dai dati di attività si evince che la produzione di prestazioni ambulatoriali, sia da pubblico che da privato accreditato, è aumentata del 4,15% rispetto al 2009; l'indice di consumo standardizzato di prestazioni specialistiche ambulatoriali, anche se leggermente ridotto rispetto al 2009, si mantiene nel 2010 ancora superiore a quello regionale (+8%).

Pur ribadendo il persistere del particolare contesto che caratterizza l'Azienda USL di Bologna rispetto alle altre province regionali (alta concentrazione di strutture di offerta ed una dinamica della domanda di

prestazioni particolarmente elevata che non determinano un utilizzo ottimale delle risorse soprattutto nei costi di produzione, per i quali si risente di una frammentazione che impedisce il pieno dispiegarsi degli effetti positivi delle economie di scala) va comunque considerato che proseguono le azioni ed i progetti, in ambito metropolitano, di accentramento di servizi di erogazione che iniziano a rispondere a tale criticità. Il Progetto di Laboratorio Unico Metropolitano (L.U.M.) Azienda USL – AOU, che rappresenta senz'altro una delle azioni principali, prosegue nel programma di trasferimento di esami tra le due aziende sanitarie, nella prospettiva a medio termine di una vera e propria unificazione dell'attività in un unico laboratorio metropolitano.

Integrativa: nel 2010 il costo medio pro capite si attesta a + 12,42% rispetto al valore medio RER, incrementando quindi il divario determinatosi negli anni precedenti. Tale risultato va comunque letto in rapporto all'aumento degli assistiti diabetici e portatori di stomie.

Grafico 2.97 Confronto 2007-2010 costo medio Assistenza Integrativa AUSL Bologna/Media RER.



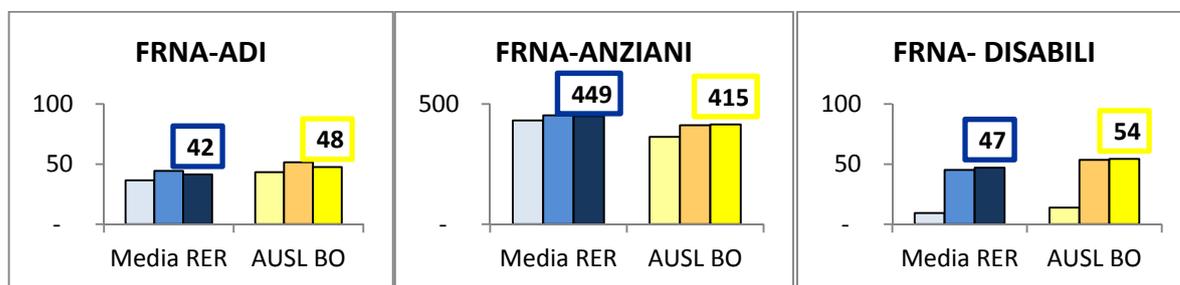
FRNA

Vengono rappresentati i costi del FRNA che comprendono sia le attività finanziate dalla quota storica del FSR, sia quelle finanziate dalle risorse aggiuntive regionali derivanti dalla fiscalità generale.

L'azienda USL di Bologna ha assorbito il 21% del FRNA della Regione, pari a € 94.304.000.

I principali filoni di Finanziamento specifico sono: FRNA – ADI, FRNA – ANZIANI, FRNA – DISABILI; di questi i dati disponibili sono riferiti agli anni 2008, 2009 e 2010 e le relative elaborazioni hanno indicato i rispettivi costi medi pro capite per ambito assistenziale FRNA.

Grafici 2.98: Confronto 2008-2009- 2010 costo medio pro capite FRNA Azienda USL di Bologna vs Media RER.



2.2. SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE

PRINCIPALI VARIAZIONI RISPETTO AL BILANCIO di MISSIONE 2010

Anche nel 2011 l'Azienda USL di Bologna presenta un **risultato di esercizio** in linea con l'obiettivo regionale e pari alla condizione di equilibrio tecnico di bilancio come definita a livello nazionale per la verifica degli adempimenti regionali. E' però differente rispetto all'anno precedente **l'incidenza della gestione caratteristica e non caratteristica** sul risultato di esercizio: l'incidenza della prima risulta estremamente limitata mentre l'altra rappresenta il 97% del totale ed è legata agli interessi passivi e agli oneri straordinari riconducibili ai costi delle prestazioni di mobilità internazionale a residenti dell'Azienda.

Per quanto riguarda **l'assorbimento delle risorse disponibili da parte delle diverse tipologie di fattori produttivi**, si evidenzia nel 2011 una diminuzione dell'1% per i servizi ed una contrazione dello 0,3% del costo del lavoro che, invece, vede una crescita nei valori medi regionali.

Il valore della **mobilità attiva** delle aziende sanitarie pubbliche metropolitane risulta in decremento negli ultimi due anni rispetto al 2009, con un trend in calo per l'Azienda USL; è invece in aumento, specie nel 2011, la mobilità attiva delle aziende private accreditate. Il valore della **mobilità passiva** dei residenti verso strutture pubbliche e private al di fuori del territorio aziendale presenta un incremento negli ultimi due anni; nel 2011 continua l'incremento della frazione extraregionale mentre si riduce quella intraregionale. Il **saldo di mobilità** dell'anno 2011 delle aziende sanitarie del territorio metropolitano di Bologna ammonta a 218 milioni €, in aumento rispetto al 2010 grazie alla mobilità attiva del settore privato.

Per quanto riguarda gli aspetti **finanziari**, le disponibilità liquide si mantengono anche nel 2011 negative sia in apertura che in chiusura di esercizio e sono sostanzialmente attribuibili alla anticipazione di Tesoreria alla quale l'Azienda ricorre costantemente per far fronte ai pagamenti, criticità di cassa evidenti anche nei tempi di pagamento ai fornitori di beni e servizi.

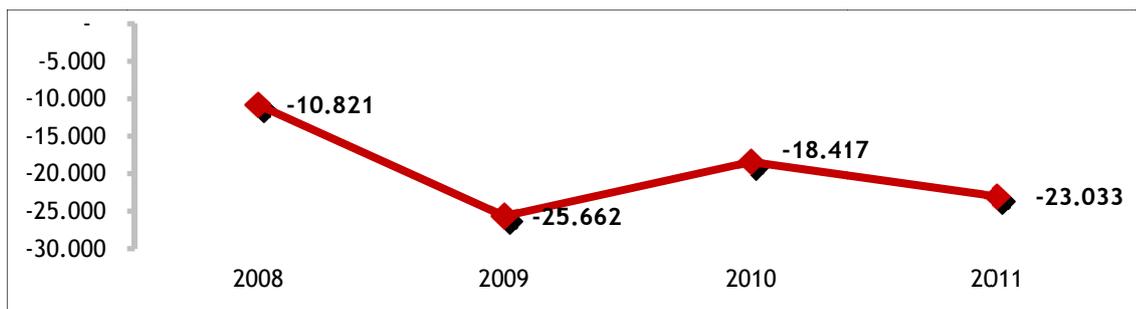
Sul fronte degli **investimenti** vi è una riduzione per il 2011 rispetto agli anni precedenti, soprattutto a causa del termine, nel 2010, dei lavori legati all'Ospedale Maggiore, mentre si rileva un aumento in percentuale di quelli per attrezzature sanitarie.

2.2.1. Sostenibilità economica

Di seguito viene approfondita la sezione dedicata alla sostenibilità economica aziendale, attraverso alcuni indicatori chiave per l'analisi economica dell'andamento della gestione, in un confronto sia temporale, dal 2008 al 2011, sia spaziale, nel raffronto con le altre Aziende USL della Regione che presentano un'Azienda ospedaliera sul proprio territorio e che, pertanto, evidenziano caratteristiche simili e possono essere messe a confronto.

Risultato netto dell'esercizio (Fonte: bilancio d'esercizio Elaborazione: aziendale)

Grafico 2.99 Risultato netto dell'esercizio anni 2008-2011 (valori espressi in migliaia di euro)



Come evidenziato dalla rappresentazione grafica del risultato di esercizio, indicatore di estrema sintesi dell'andamento economico aziendale, l'Azienda ha stabilizzato nel tempo la propria performance.

L'Azienda, oltre ad avere rispettato l'obiettivo assegnato a livello regionale, ha conseguito l'equilibrio tecnico di bilancio così come definito a livello nazionale per la verifica degli equilibri regionali.

Il risultato netto d'esercizio è influenzato sostanzialmente da due fattori:

- la gestione caratteristica;
- la gestione non caratteristica.

La valutazione sulle componenti che hanno determinato il risultato di esercizio può realizzarsi attraverso l'analisi dell'**incidenza dei risultati della gestione caratteristica e di quella non caratteristica** (Fonte: riclassificato regionale; Elaborazione: regionale)

Anno 2011:

- risultato della gestione caratteristica -710 (euro/1000) -3%;
- risultato della gestione non caratteristica -22.323 (euro/1000) -97%.

Grafico 2.100 Risultato netto e risultati della gestione caratteristica e non caratteristica dell'Azienda USL di Bologna per gli anni 2008-2011 (valori espressi in migliaia di euro)

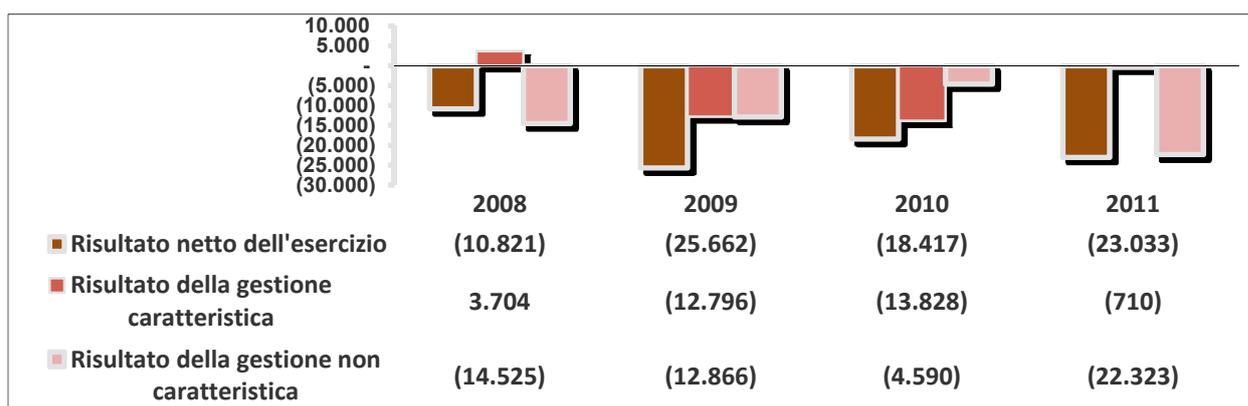
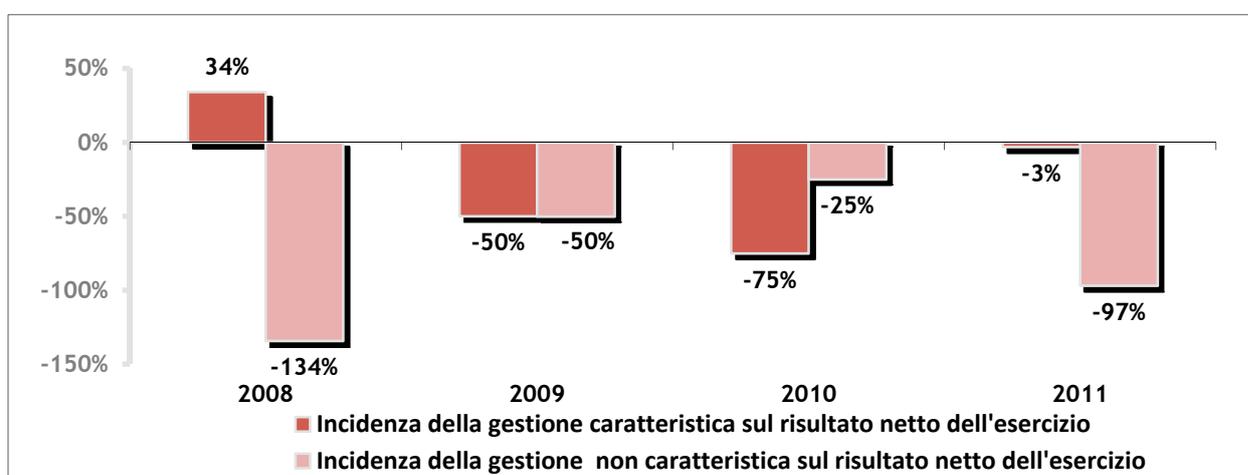


Grafico 2.101 Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non sui risultati netti dell'Azienda USL di Bologna per gli anni 2008-2011.



Nell'esercizio 2008, è preponderante la gestione non caratteristica, che trova motivazioni nella contabilizzazione di oneri straordinari derivanti dall'andamento in crescita dell'Euribor, con conseguenze negative sui mutui, sugli interessi per anticipazione di tesoreria e sugli interessi verso la società di factoring per cessione debiti case di cura, ancorati a questo parametro.

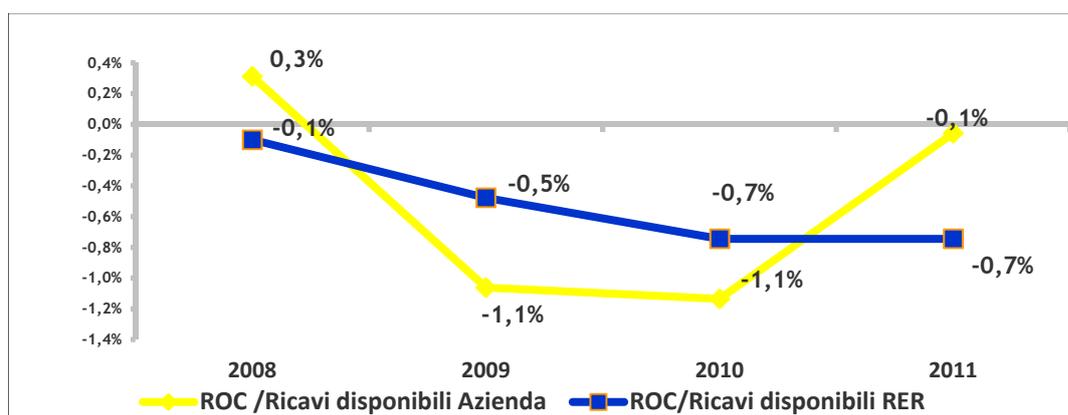
Sul risultato netto 2009 incidono sostanzialmente in eguale misura le due gestioni, influenzate dal sostanziale calo dell'Euribor con effetti positivi sugli oneri finanziari per quanto riguarda la gestione non caratteristica e dalla contabilizzazione delle sopravvenienze passive, legate in particolare alla chiusura della mobilità extra-regione 2008.

Il 2010 presenta una ridotta componente non caratteristica, determinata da una riduzione degli oneri finanziari e straordinari.

Nel 2011, si può osservare che l'incidenza della gestione caratteristica dell'Azienda USL di Bologna è estremamente limitata mentre la gestione non caratteristica rappresenta il 97%; l'incidenza è legata agli oneri finanziari (interessi passivi) e agli oneri straordinari riconducibili a sopravvenienze passive dovute all'iscrizione dei costi delle prestazioni di mobilità internazionale a residenti dell'Azienda.

Il rapporto tra il risultato della gestione caratteristica e i ricavi disponibili, questi ultimi intesi come misura delle risorse disponibili per lo svolgimento dell'attività tipica aziendale, permette di evidenziare l'andamento aziendale in un confronto temporale per una valutazione comparativa sia rispetto alla media regionale sia nei confronti di un valore di riferimento che è tanto più ottimale quanto prossimo allo 0%.

Grafico 2.102 Risultati della gestione caratteristica (ROC)/ricavi disponibili dell'Azienda a confronto con i medesimi indicatori di livello regionale.



L'indice dell'Azienda calcolato per il 2011 è pari allo -0,1% con un netto miglioramento rispetto all'anno precedente.

Tabella 2.36: Contributi in c/esercizio anni 2008-2011 dell'Azienda USL di Bologna a confronto con le altre Aziende USL regionali con AO sul territorio

	2008	2009	2010	2011
Azienda USL di Bologna	1.477.779	1.520.720	1.551.340	1.571.799
Aziende USL con Aziende ospedaliere sul territorio	4.656.878	4.850.577	4.960.684	4.983.442

I contributi da fondo sanitario regionale, che costituiscono la componente principale dei ricavi disponibili, nel periodo 2008-2011 presentano un valore in percentuale pressoché stabile che si attesta intorno al 90-91% del totale dei ricavi disponibili, così come sostanzialmente costante è l'incidenza del totale dei ricavi.

Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili (Fonte: riclassificato regionale; Elaborazione: regionale).

Questo indicatore misura l'assorbimento delle risorse disponibili da parte delle diverse tipologie di fattori produttivi impiegati nei processi di erogazione dei servizi.

I servizi, che comprendono anche quelli sanitari dedicati alla non autosufficienza e finanziati dall'apposito Fondo, presentano una diminuzione dell'1% rispetto al periodo precedente, mentre l'indicatore del calcolo del costo del lavoro registra una lieve flessione pari allo 0,3%.

Per le altre voci non si evidenziano variazioni rispetto al periodo precedente.

Grafico 2.103 Incidenza dei principali aggregati di fattori produttivi sui ricavi disponibili anni 2008-2011

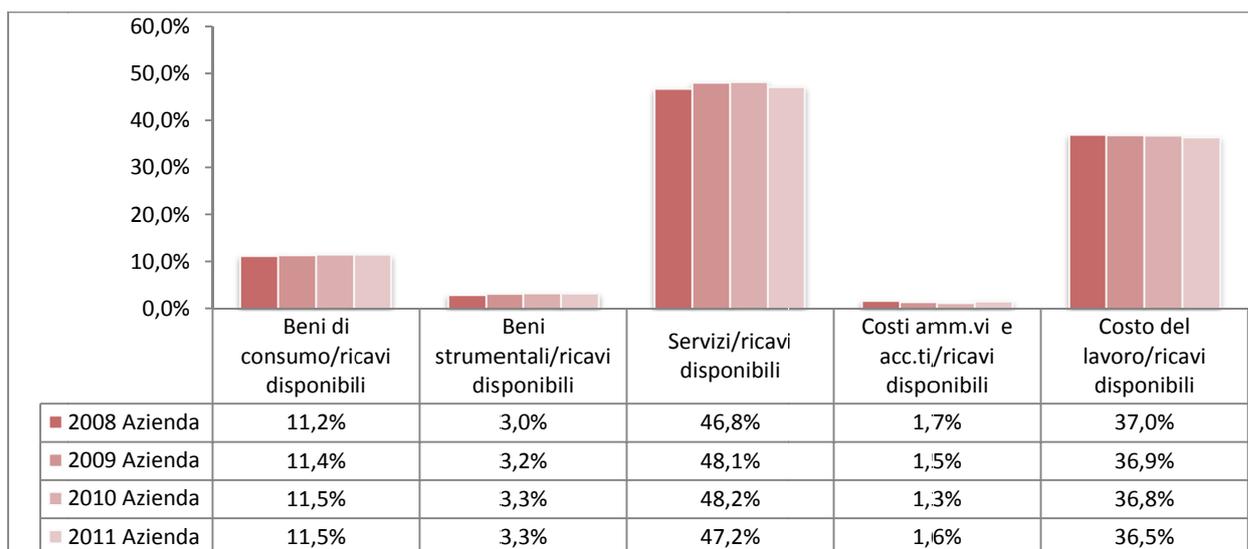
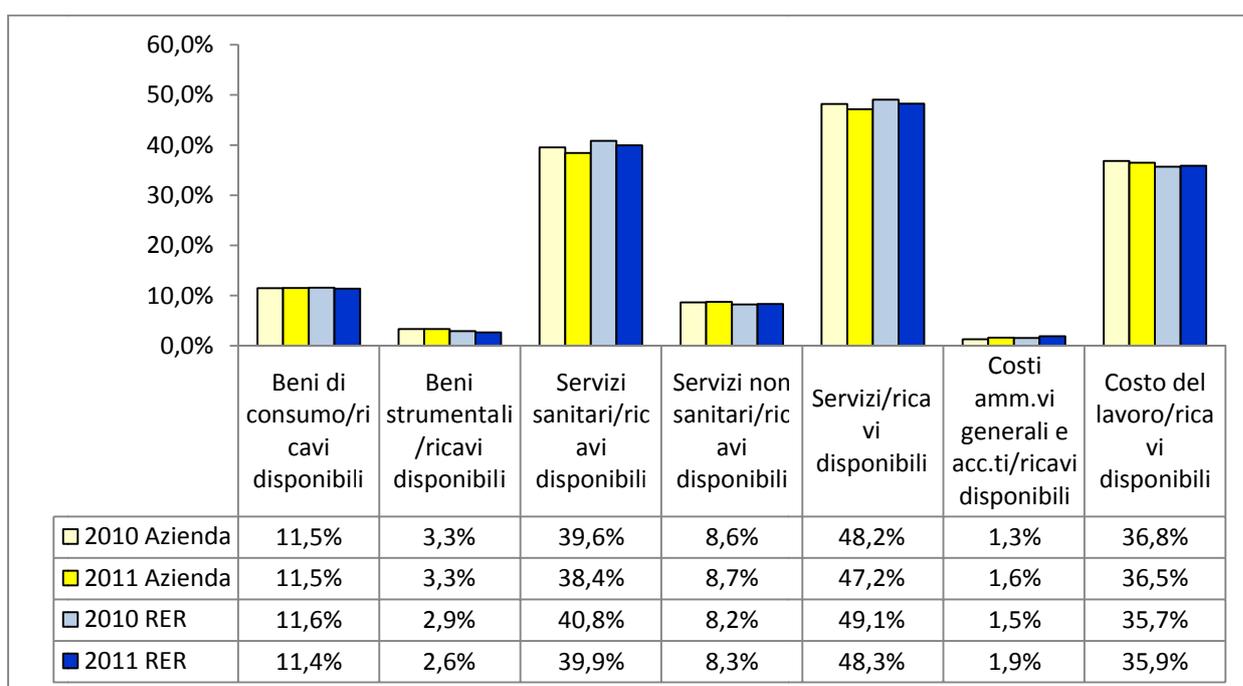


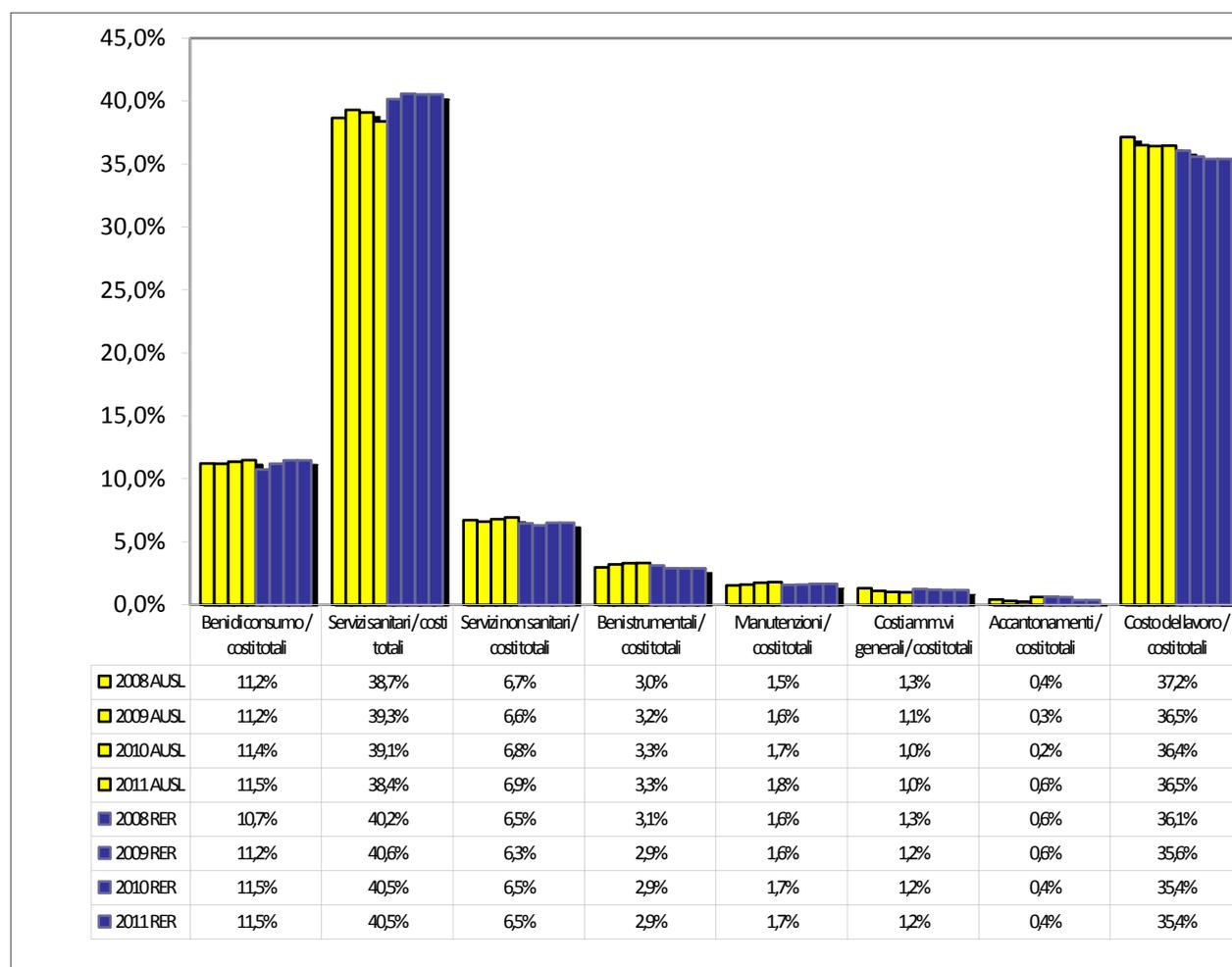
Grafico 2.104 Incidenza dei principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili a confronto con i valori medi regionali – anni 2010 – 2011



Nella comparazione con le altre realtà regionali, la performance aziendale è coerente per tutte le voci tranne che per le risorse umane, che vede una crescita nel 2011 per i valori medi regionali e per i beni che, invece, a livello regionale, subiscono una contrazione.

Composizione percentuale dei costi di esercizio annuali (Fonte: riclassificato regionale; Elaborazione: regionale)

Grafico 2.105 Composizione percentuale dei costi a confronto con dati RER anni 2008 – 2011

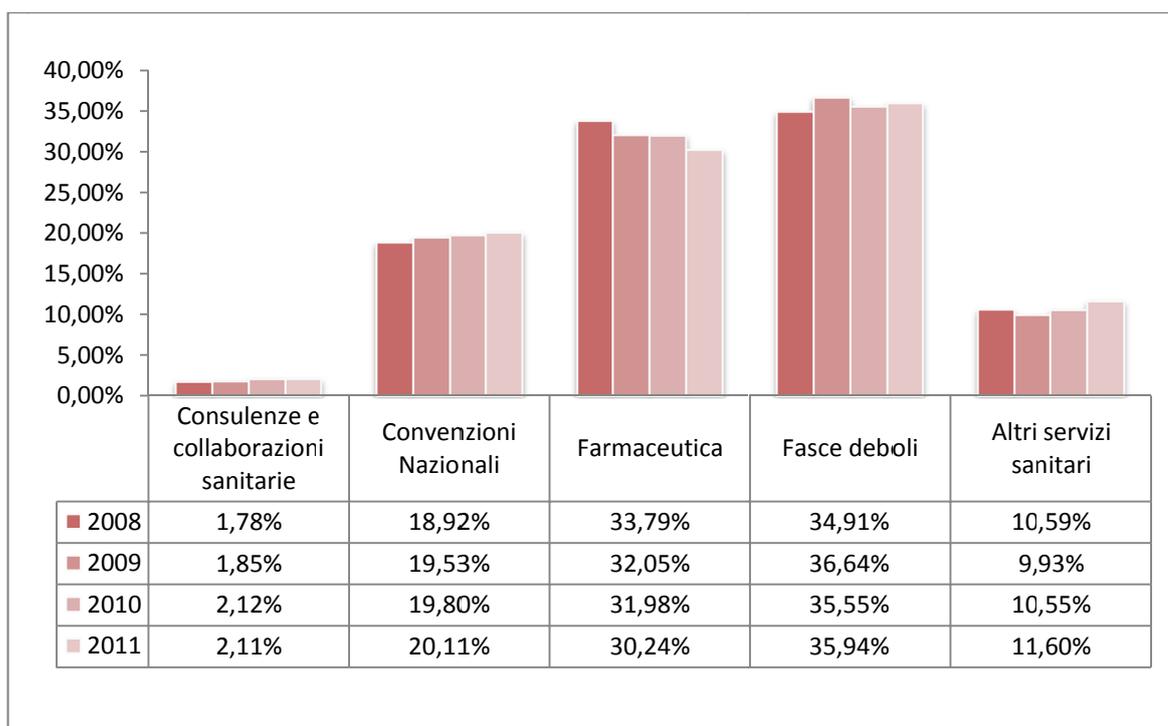


La composizione dei costi si mantiene coerente agli anni passati ed all'andamento medio regionale, ed evidenzia come i servizi sanitari, il costo del lavoro ed i beni di consumo giustifichino da soli oltre 86% dei costi della produzione.

Considerata la rilevanza della voce **servizi sanitari** sul totale dei costi aziendali, è interessante vederne la composizione in grandi macrocategorie di aggregati.

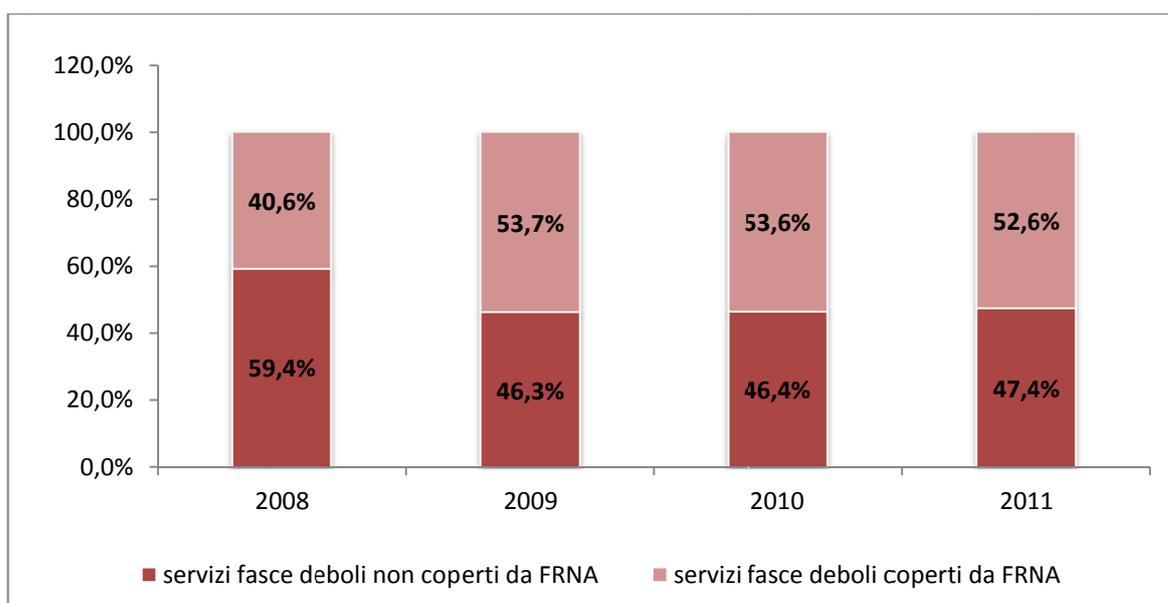
La componente di maggiore rilievo è rappresentata dai costi sostenuti per le fasce deboli, in particolare per l'aumento delle voci di assistenza protesica, integrativa ed ossigenoterapia per il continuo crescere della popolazione anziana assistita, oltre che per i costi dedicati e finanziati dal Fondo regionale per la non autosufficienza.

Grafico 2.106 Composizione percentuale dei costi per servizi sanitari nell'Azienda USL di Bologna anni 2008-2011



Da evidenziare come, dopo un'importante spinta iniziale, i costi per gli interventi legati al Fondo per la Non Autosufficienza si presentino nel 2011 sostanzialmente stabili rispetto al precedente esercizio in termini assoluti, mentre se ne registra ancora un lieve incremento in termini percentuali:

Grafico 2.107 Percentuale di copertura dei servizi per le fasce deboli con il Fondo regionale per la non autosufficienza anni 2008-2011



MOBILITÀ ATTIVA/PASSIVA

Elaborazione: aziendale

Fonte: Sistema informativo regionale (Flusso ASA – RER; flusso SDO – RER); per l'attività psichiatrica privata: fatturato regionale e aziendale 2008 – 2009 – 2010 - 2011; tabelle regionali fatturato termale anni 2008 - 2009 – 2010 - 2011 non definitivi; matrici RER di mobilità Anni 2008/2009/2010/2011 provvisori;

L'indicatore in esame misura il grado di attrazione delle strutture, relativamente alle prestazioni sanitarie di ricovero, specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale, somministrazione diretta farmaci, termali, di medicina generale e trasporto in ambulanza ed elisoccorso erogate da tutte le Strutture pubbliche (Azienda USL, AOSP e IOR) - e private accreditate presenti sul territorio aziendale.

Nella tabella che segue sono riportati i valori della produzione delle strutture metropolitane diverse dall'Azienda USL a favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda USL di Bologna, desunti dal sistema informativo regionale. Tali valori sono da considerare a rettifica del dato di mobilità attiva e passiva.

Tabella 2.37 Produzione delle strutture metropolitane diverse dall'Azienda USL per residenti territorio Azienda USL di Bologna (in migliaia di euro).

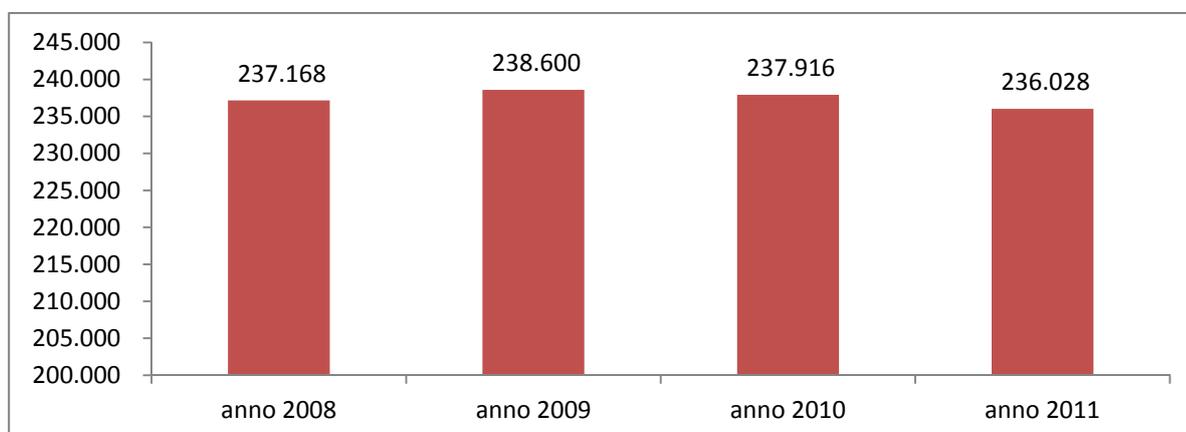
	2007	2008	2009	2010	2011
AOU Bologna	235.700	249.750	257.295	263.586	266.684
I.O.R.	21.500	21.980	22.357	25.592	26.085
Strutt. Priv. Acc.te	72.054	74.600	78.571	80.885	87.913
Totale	329.254	346.330	358.223	370.063	380.682

Gli indicatori che misurano il grado di attrazione sono stati quindi determinati in tal modo:

per la mobilità attiva è stato aggiunto al dato aziendale quello della produzione dello I.O.R., dell'Azienda Ospedaliera di Bologna e delle Strutture private accreditate provinciali, per prestazioni erogate a cittadini non residenti sul territorio aziendale.

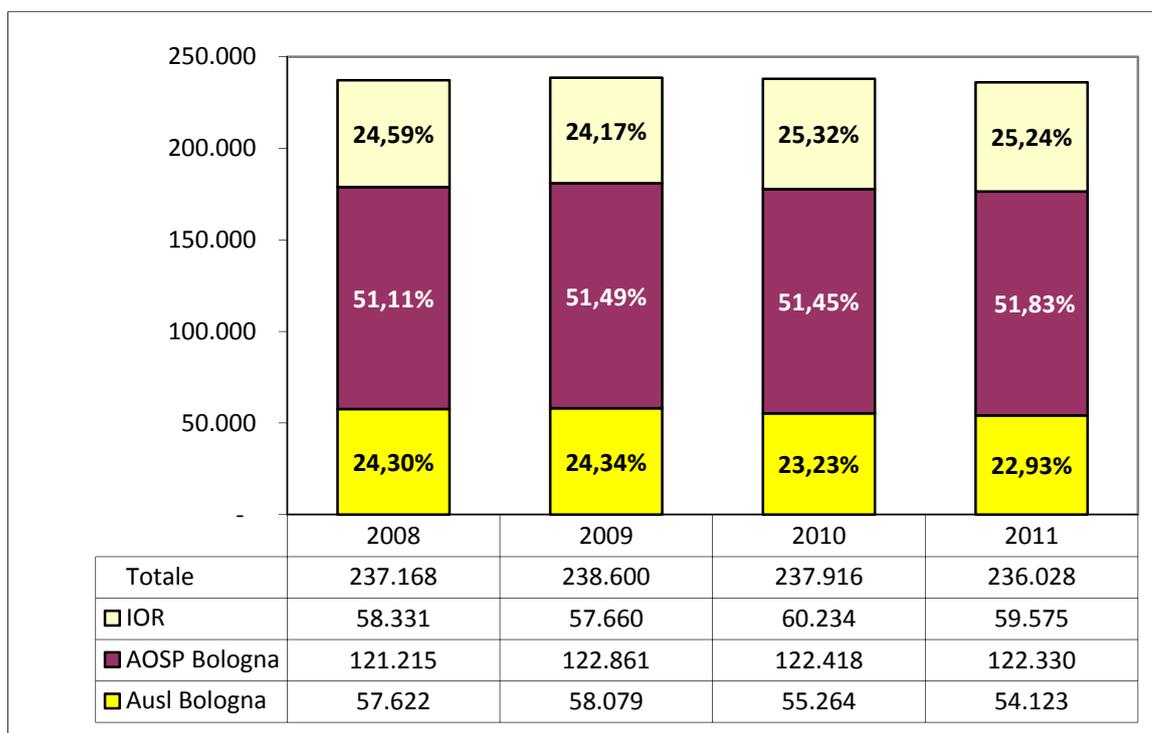
Per la mobilità passiva si è considerato il valore economico della produzione a favore di utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, erogata dalle strutture pubbliche regionali ed extra regionali, rettificato dalla mobilità da Azienda ospedaliera, IOR e strutture private accreditate provinciali.

Grafico 2.108 Valore della mobilità attiva delle aziende sanitarie pubbliche del territorio metropolitano di Bologna. (in migliaia di euro)



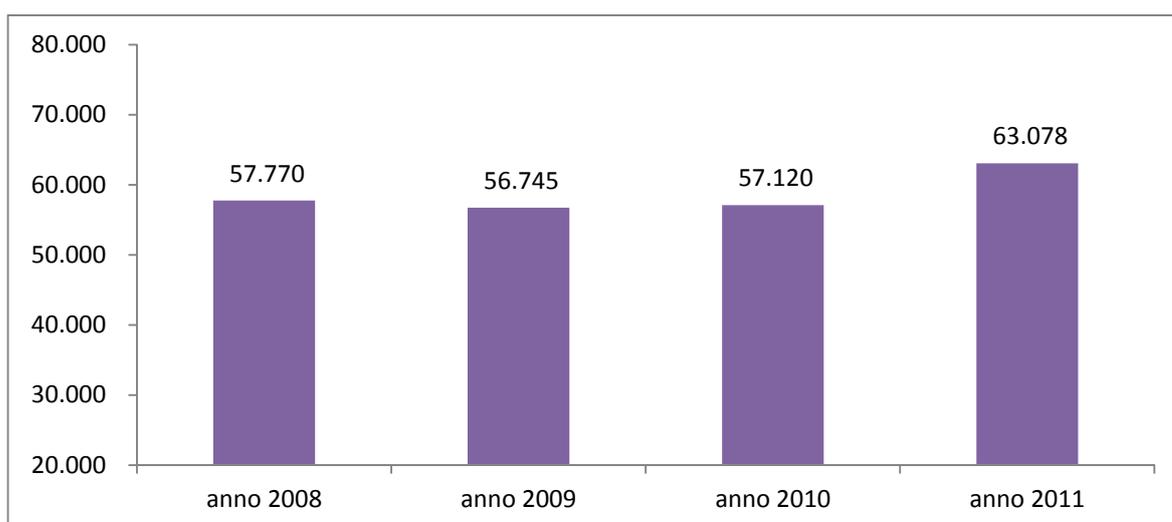
Il valore della mobilità attiva delle aziende sanitarie pubbliche metropolitane risulta in decremento negli ultimi due anni.

Grafico 2.109 Valore della produzione delle Strutture pubbliche metropolitane per assistiti residenti al di fuori dell'ambito aziendale ripartito tra i diversi Soggetti erogatori (in migliaia di euro).



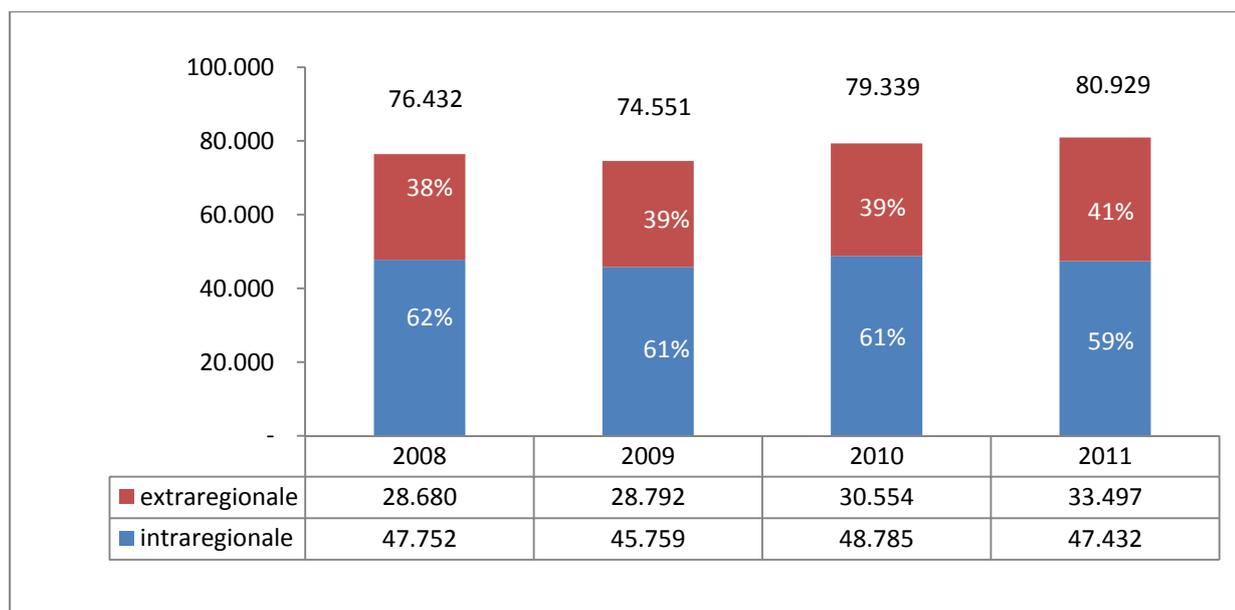
La mobilità attiva è determinata in maggior percentuale del suo valore (quasi il 52%) dall'Azienda Ospedaliera di Bologna, seguita da IOR e Azienda USL di Bologna, che hanno contribuito per un valore rispettivamente intorno al 25% e 23% negli anni 2010 e 2011. Rispetto al 2009 si rileva un incremento del valore relativo allo IOR e un decremento di quello dell'AUSL.

Grafico 2.110 Valore della mobilità attiva della aziende sanitarie private del territorio metropolitano di Bologna. (in migliaia di euro).



Viceversa il settore privato presenta interessanti valori di mobilità attiva in incremento, con un picco particolarmente elevato nell'anno 2011.

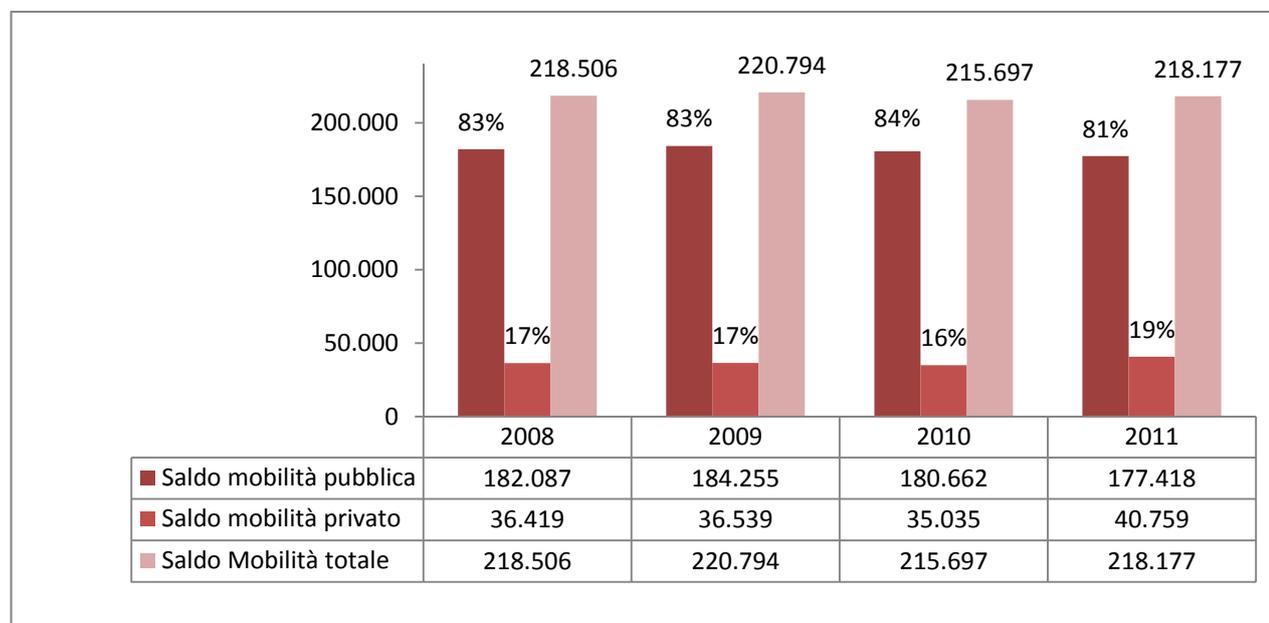
Grafico 2.111 Valore della mobilità passiva dei residenti del territorio metropolitano di Bologna. (in migliaia di euro)



Il valore della mobilità passiva dei residenti verso strutture pubbliche e private al di fuori del territorio aziendale presenta un incremento notevole negli ultimi due anni.

Nel 2011 la mobilità passiva intraregionale, invertendo la tendenza dell'anno precedente, risulta diminuita notevolmente (-2,8%) rispetto al 2010, mentre appare in costante incremento la extraregionale (quasi 10%).

Grafico 2.112 Saldi mobilità attiva / passiva (in migliaia di euro)



Il saldo di mobilità dell'anno 2011 delle aziende sanitarie del territorio metropolitano di Bologna, ancorchè provvisorio e passibile di variazione, è comunque positivo rispetto al 2010 considerando anche la mobilità attiva del settore privato ed ammonta a 218 milioni €. Considerando invece il solo saldo di mobilità pubblica il dato si attesta a 177 milioni di €, in notevole calo rispetto all'anno precedente.

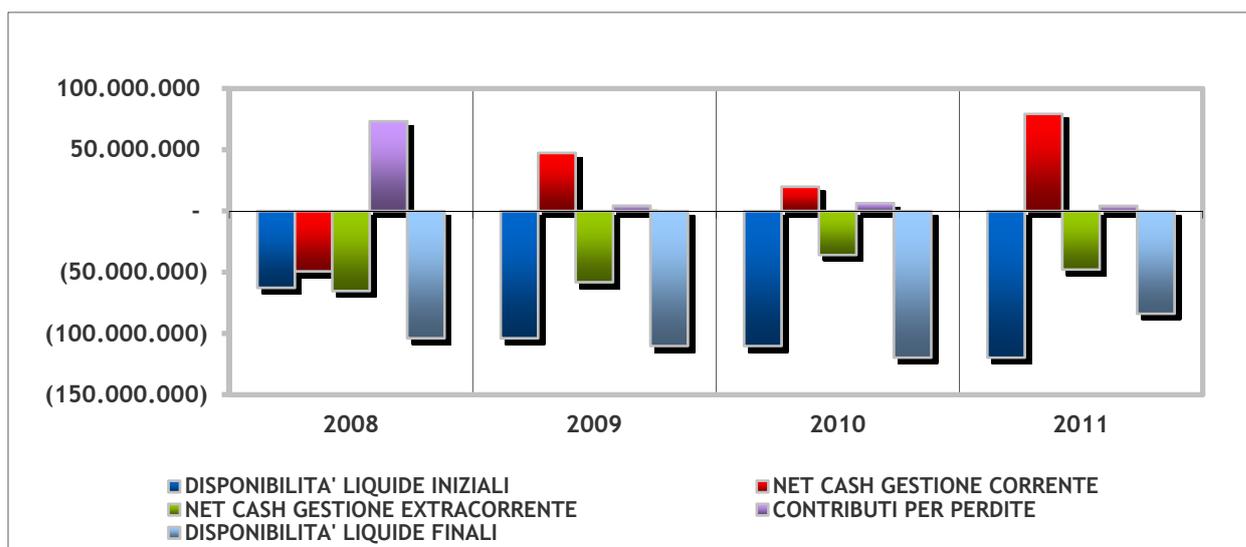
2.2.2. Sostenibilità finanziaria

Gli indicatori selezionati per l'analisi della sostenibilità finanziaria sono volti ad indagare la dinamica dei flussi monetari intervenuti nel periodo considerato ed a determinare i tempi medi di pagamento dei debiti verso fornitori di beni e servizi, con l'obiettivo di rendere evidenti le condizioni attraverso le quali l'Azienda ha affrontato la solvibilità finanziaria.

Rendiconto finanziario di liquidità (Fonti e Impieghi).

Anche per il 2011 il rendiconto finanziario evidenzia una situazione critica di liquidità.

Grafico 2.113 Rendiconto finanziario di liquidità



Le disponibilità liquide sono negative sia in apertura che in chiusura di esercizio e sono sostanzialmente attribuibili alla anticipazione di Tesoreria alla quale l'Azienda ricorre costantemente per far fronte ai pagamenti. Il net cash della gestione corrente per il 2011 risulta positivo.

Sul net cash della gestione extracorrente di valore negativo incidono l'utilizzo di risorse finanziarie per i nuovi investimenti e i rimborsi di finanziamenti.

Debiti medi per forniture in conto esercizio/ (costi per beni e servizi/360) (Fonte: Bilancio d'esercizio Elaborazione: aziendale)

Tabella 2.38 Tempi medi di pagamento anni 2008-2011 (con esclusione costi per mobilità e costi del personale)

	2008	2009	2010	2011
durata media dell'esposizione	281	274	280	300

Tabella 2.39 Tempi medi di pagamento anni 2008-2011 (con ulteriore esclusione dei costi relativi all'assistenza farmaceutica e alle convenzioni nazionali)

	2008	2009	2010	2011
durata media dell'esposizione	409	397	402	414

La criticità legata alle risorse finanziarie è evidente nei dati relativi ai tempi medi di pagamento; infatti, tale valore nel 2011 si attesta a 300 giorni escludendo i debiti verso il personale e la mobilità attiva, mentre se depurato dai costi dell'assistenza farmaceutica e delle convenzioni nazionali che ordinariamente avvengono nei 30 giorni, l'indicatore sale a 414 giorni.

2.2.3. Sostenibilità patrimoniale

Di seguito la trattazione prosegue con l'analisi dello stato patrimoniale dell'Azienda, soffermandosi sulla struttura degli investimenti e dei finanziamenti, evidenziando i tassi di rinnovamento ed il grado di obsolescenza delle immobilizzazioni strumentali.

Rappresentazione grafica dello stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria (Fonte: Bilancio d'esercizio Elaborazione: aziendale).

Tabella 2.40 Stato patrimoniale, composizione percentuale; anni 2008-2011.

		2008	2009	2010	2011
ATTIVITA'	LIQUIDITA' IMMEDIATE e DIFFERITE	29,5%	28,2%	28,9%	29,6%
	RIMANENZE	2,3%	2,1%	2,1%	2,2%
	IMMOBILIZZAZIONI	68,3%	69,7%	69,0%	68,2%
	TOTALE ATTIVO	100%	100%	100%	100%
PASSIVITA'	FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE	74,2%	76,6%	79,1%	82,9%
	FINANZIAMENTI A MEDIO LUNGO TERMINE	10,0%	9,6%	9,0%	8,5%
	PATRIMONIO NETTO	15,8%	13,8%	11,8%	8,6%
	TOTALE PASSIVO	100%	100%	100%	100%

La composizione dello stato patrimoniale mostra, per l'attivo, una prevalenza delle immobilizzazioni legata alla realizzazione del Piano degli Investimenti, mentre nel passivo si evidenzia una composizione determinata principalmente da finanziamenti a breve.

Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi in conto capitale (Fonte: Bilancio d'esercizio Elaborazione: aziendale)

I contributi in conto capitale sono in prevalenza costituiti dai contributi regionali, per circa il 90% del complessivo, nonché da contributi ottenuti a seguito di alienazioni e donazioni vincolate ad investimenti, nonché mutui. Per la maggior parte, tali finanziamenti sono destinati al finanziamento degli investimenti materiali netti, mentre una quota minore è destinata alle immobilizzazioni immateriali.

Tabella 2.41 Grado di copertura immobilizzazioni attraverso contributi in c/capitale

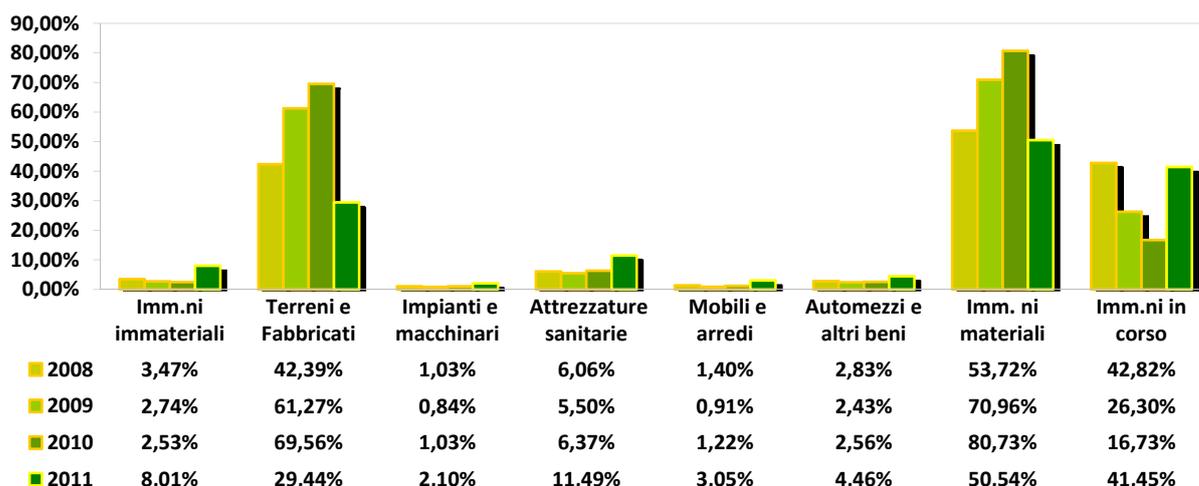
	2008	2009	2010	2011
Grado di copertura immobilizzazioni materiali nette attraverso contributi in c/capitale	40,19%	39,62%	39,09%	37,64%
Grado di copertura immobilizzazioni nette (materiali e non) attraverso contributi in c/capitale	39,20%	38,70%	38,17%	36,75%

Nel periodo preso a riferimento si evidenzia un trend in calo del grado di copertura degli investimenti attraverso i contributi in conto capitale. Si pone la necessità di definire ulteriori fonti di finanziamento, secondo la normativa in vigore; tuttavia, ancor più in questa particolare congiuntura economica, è da valutare attentamente la ricaduta in termini di oneri finanziari ma anche proprio la possibilità di effettuare nuovi investimenti.

Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio nel loro ammontare complessivo e per singola tipologia (Fonte: Bilancio d'esercizio Elaborazione: aziendale)

Per il 2011 il valore assoluto degli investimenti realizzati è in riduzione sugli anni precedenti, soprattutto a causa del temine dei lavori legati all'Ospedale Maggiore nel 2010, mentre rivelano un aumento in percentuale delle attrezzature sanitarie.

Grafico 2.114 Valore % nuovi investimenti per categoria



Grado di rinnovo del patrimonio aziendale (Fonte: Bilancio d'esercizio Elaborazione: aziendale)

L'indicatore confronta i nuovi investimenti realizzati di un anno sul totale di quelli complessivi attuati, indipendentemente dalla fonte di finanziamento. Il risultato può interpretarsi come il grado di rinnovo del patrimonio aziendale e della pensione aziendale ai nuovi investimenti.

Tabella 2.42 Grado di rinnovo del patrimonio aziendale anni 2008-2011 (valori espressi in migliaia di euro).

	2008	2009	2010	2011
Nuovi investimenti in immobilizz. Materiali e immateriali	133.614	172.903	160.531	72.272
Totale investimenti lordi realizzati	994.488	1.043.965	1.077.333	1.109.606
Nuovi investimenti in immobilizz. Materiali e immateriali/totale investimenti lordi	13,4%	16,6%	14,9%	6,5%

La tabella evidenzia come la percentuale di variazione del grado di rinnovo degli investimenti sia strettamente legato al complessivo volume delle immobilizzazioni nell'anno in esame.

Grado di obsolescenza (Fonte: Bilancio d'esercizio Elaborazione: aziendale)

I nuovi investimenti in sanità risultano fondamentali per la caratteristica intrinseca di divenire obsoleti in tempi rapidi, visto i continui sviluppi e innovazioni tecnologiche. D'altra parte, tale necessità si scontra con il fatto che le Aziende devono operare cercando di garantire la sostenibilità economica e finanziaria del sistema.

Tabella 2.43 Grado di obsolescenza anni 2008-2011 (valori espressi in migliaia di euro).

	2008	2009	2010	2011
Valore residuo beni durevoli	744.664	763.927	763.305	763.243
Totale investimenti lordi	994.488	1.043.965	1.077.333	1.109.606
Valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi	74,9%	73,2%	70,9%	68,8%

Il vincolo imposto alle Aziende di predisporre un Piano investimenti che abbia adeguata copertura con risorse certe è determinante nella valutazione dell'andamento di questo indicatore che, nel periodo in esame 2008-2011, evidenzia un trend di valori in progressiva diminuzione.

2.3. IMPATTO SUL CONTESTO TERRITORIALE

2.3.1. Impatto economico

La nostra Azienda risulta essere tra le maggiori aziende presenti in ambito provinciale sia in relazione al numero di soggetti direttamente o indirettamente occupati, sia in ragione dei rapporti di fornitura che producono effetti economici ed occupazionali sul complessivo tessuto economico.

IMPATTO ECONOMICO DEL PERSONALE

Il numero di dipendenti dell'Azienda USL di Bologna è pari a 8419. Di questi, 167 rientrano nella categoria di disabili/ categorie protette. Il dettaglio è illustrato alle tabelle della sezione 4.

Se poi ai dipendenti si aggiungono le persone con contratti atipici (101), i MMG (613) e PLS (118), i medici specialisti ambulatoriali, di continuità assistenziale e del territorio (389) il numero sale a 9.640 persone.

Gli emolumenti complessivi per l'anno 2010 superano i 525 milioni di €.

Tabella 2.44 Numero di dipendenti dell'Azienda USL di Bologna/residenti + domiciliati nell'ambito territoriale anni 2006-2011.

ANNO	dipendenti Azienda USL di Bologna	Residenti + domiciliati ambito Azienda USL	%
2006	8.417	7.315	86,9
2007	8.379	7.270	86,7
2008	8.457	7.340	86,8
2009	8.535	7.380	86,5
2010	8.485	7.554	89,0
2011	8.419	7.387	87,7

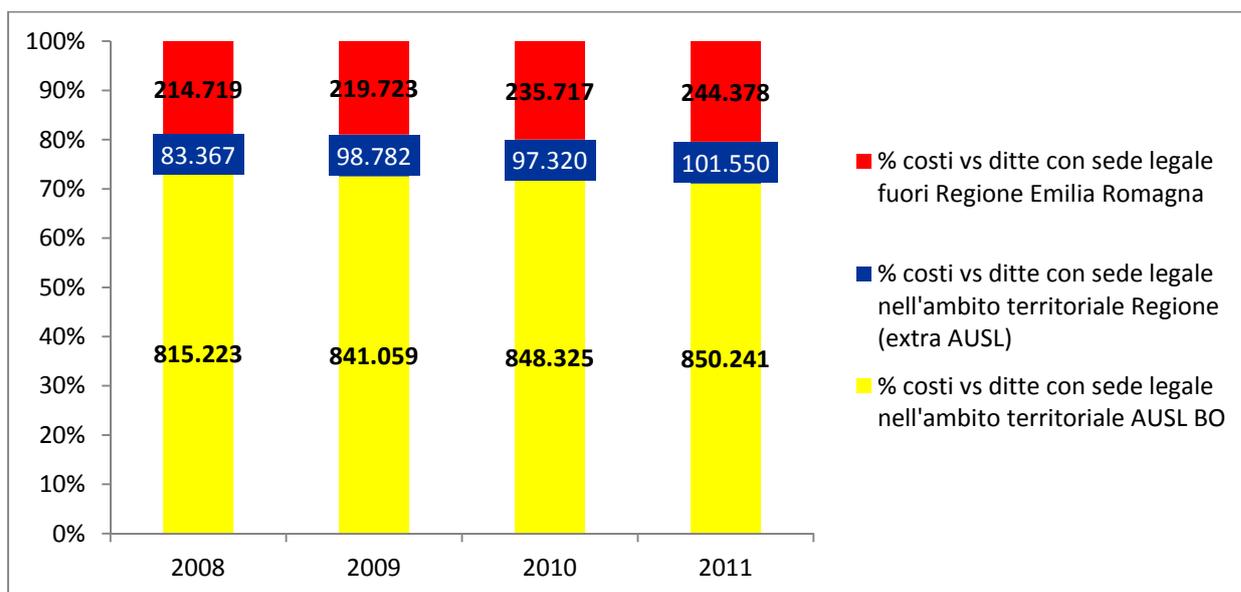
Tabella 2.45 Volume degli emolumenti erogati per il personale dipendente e convenzionato dell'Azienda USL di Bologna anni 2006 - 2011.

ANNO	Dipendenti	Contratto atipico	MMG e PLS	Specialistica ambulatoriale + medicina dei servizi	Med. Emerg. Terr. Conv. e continuità assistenziale	Medicina dei servizi territoriali	TOTALE
2006	380.749.625	10.696.209	71.322.000	11.690.000	5.235.000	1.060.000	480.752.834
2007	378.316.882	10.538.000	76.487.943	11.600.288	5.599.217	1.080.000	483.622.330
2008	396.621.538	9.079.000	78.950.394	12.109.737	6.098.309	1.015.214	503.874.192
2009	401.997.680	7.445.000	85.241.678	12.551.174	6.897.373	995.327	515.128.232
2010	407.310.000	7.109.682	89.855.947	12.868.429	7.200.984	1.258.376	525.603.418
2011	408.214.306	7.215.417	89.385.440	12.662.849	7.047.835	1.225.340	525.751.186

ACQUISTO DI BENI E SERVIZI DA FORNITORI DELL'AMBITO TERRITORIALE

I rapporti di fornitura ammontano nel 2011 a 1.196 mln € e, come negli anni precedenti, rimangono in prevalenza concentrati nell'ambito del territorio dell'Azienda (circa il 71% delle ditte fornitrici ha sede legale nell'area bolognese).

Grafico 2.115 Percentuale dei costi per acquisto di beni e servizi da Aziende dell'ambito territoriale, della regione ed extraregionali anni 2006-2010. Fonte Azienda USL di Bologna.



2.3.2. Impatto sociale

L'AUSL di Bologna ha aderito al **Servizio Civile regionale per Minori** che la Regione Emilia Romagna ha istituito per ragazzi e ragazze di età compresa fra i 15 ai 18 anni offrendo così l'opportunità di vivere un'esperienza di partecipazione e solidarietà anche ai più giovani.

Il Progetto dal titolo "Per star bene leggiamo un bel libro!", attivato per il periodo ottobre 2010/ottobre 2011, rientra nel settore di intervento "Educazione e Promozione culturale - interventi di animazione nel territorio".

I 6 giovani volontari sono stati impegnati nel sotto-progetto "Corsie di lettura", attivato dal Circolo Ravone, presso l'Ospedale Maggiore, svolgendo attività di ascolto, lettura e gioco presso la struttura ospedaliera per bambini ed adulti ospedalizzati e lungodegenti.

Nel corso del 2011, in continuità con l'esperienza precedente e ampliandola ai servizi socio-sanitari, sono stati presentati i progetti per l'impiego dei minori in servizio civile per il nuovo bando di settembre- ottobre 2011.

Nei sei ambiti distrettuali sono state inoltre promosse una serie di iniziative di volontariato rivolte ai giovani (scuola, scout, parrocchie, ecc...) attivate nei servizi socio-sanitari per anziani e disabili.

L'AUSL di Bologna collabora al **progetto "Incontriamoci a tavola"** promosso dall'associazione AMISS.

Il progetto si propone di promuovere un percorso di avvicinamento fra diversi bisogni di cura e benessere dell'anziano solo e, nel contempo, di integrazione dei migranti nel tessuto sociale e lavorativo della città di Bologna.

Il percorso, rivolto a stranieri che lavorano in percorsi di assistenza agli anziani, fornisce una formazione basilica sulle nozioni di cucina italiana, sulla conservazione degli alimenti, sulla corretta alimentazione, sulle diete per diverse patologie e, nel contempo, favorisce il miglioramento della conoscenza della lingua italiana, dei percorsi assistenziali e dell'acquisizione di abilità sociali.

Questo percorso facilita l'approfondimento e la crescita qualitativa delle relazioni tra generazioni, generi e culture portando ad un miglioramento generale nella qualità della vita degli anziani, delle loro famiglie e dei caregivers evitando conflitti tipici di queste situazioni.

A tutela delle fasce più deboli di popolazione, nell'ambito del Progetto Salute e Immigrazione l'Azienda ha svolto numerose iniziative volte a garantire:

coordinamento, pianificazione e formazione degli operatori per il servizio di Mediazione culturale all'interno del Dipartimento di Cure primarie, nei servizi Ospedalieri, nel Dipartimento di Salute Mentale e in carcere;

monitoraggio degli accessi e dei bisogni dell'utenza in base alle tipologie di prestazioni richieste e alla provenienza e invio alla rete dei servizi per la presa in carico;

attività di interpretariato e traduzione di strumenti per campagne informative e di promozione della salute.

Il Progetto Salute e Immigrazione ha promosso varie attività, con particolare riguardo alla salute della donna e del bambino, dando avvio ad una specifica indagine finalizzata a prevenire il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili.

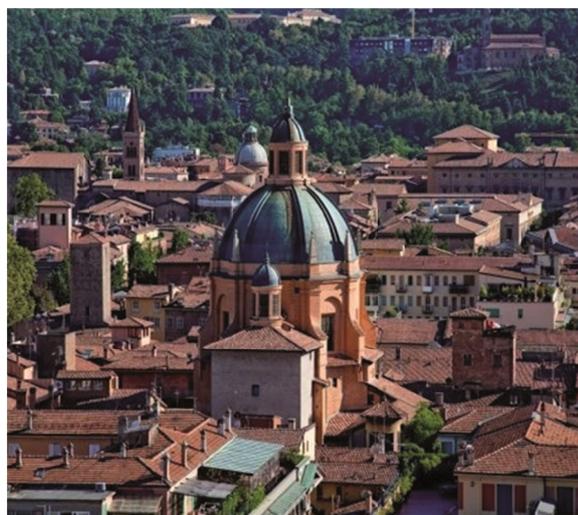
Nel corso del 2011 sono stati necessari particolari sforzi a seguito dell'emergenza causata dalle ondate di profughi provenienti dall'Africa.

2.3.3. Impatto culturale

SANTA MARIA DELLA VITA

Il compito di migliorare il rapporto complessivo con la società civile, attraverso la valorizzazione dello straordinario patrimonio artistico e culturale dell'Azienda, non è solo un atto dovuto, ma anche una particolarissima occasione in cui l'Azienda può dimostrare di non aver perso quella sensibilità sociale che la contraddistingue. E' ovvio quindi quanto conti, accanto alla promozione della salute, anche la qualità della vita.

L'intero complesso dal 2006, è uno dei numerosi edifici di grande rilevanza storico-artistica che realizza il percorso culturale del *Museo della Città di Bologna*, questo grazie all'accordo stretto dall'Azienda Sanitaria Locale proprietaria dell'immobile, con la Curia e la Fondazione Carisbo.



Il complesso monumentale di Santa Maria della Vita, a due passi da Piazza Maggiore è nel cuore del centro storico della città e comprende: il Santuario, luogo di devozione aperto al culto racchiude l'opera immensa di Niccolò dell'Arca "*Il Compianto sul Cristo morto*", il suo Oratorio, carico di ori e stucchi conserva il noto *Transito della Vergine* di Alfonso Lombardi, i locali del vecchio ospedale cittadino ora adibiti a Museo dell'Assistenza che attraverso documenti e testimonianze raccoglie parte della storia della sanità cittadina e custodisce due celebri quadri di Gaetano Gandolfi *Coriolano* e *la madre e La continenza di Scipione*.

Attività organizzate nel corso dell'anno 2011

La struttura sempre aperta è inoltre utilizzata in via continuativa per tutto l'anno per le più varie iniziative di tipo culturale e per incontri istituzionali.

I locali che interessano l'Oratorio e il Museo sono usati per attività culturali quali ad esempio conferenze, mostre, concerti, incontri, presentazioni di libri e visite guidate; all'interno della Chiesa, si tengono attività musicali. Alcune manifestazioni ed eventi nell'ambito dei settori dell'arte e della cultura sono legate ad importanti appuntamenti che coinvolgono l'intera città a livello nazionale. Tutte le attività che si svolgono tengono conto del carattere sacro dei luoghi.

L'affluenza

Il totale dei visitatori nel 2011, al Complesso monumentale di Santa Maria della Vita è stato di 68.769.

L'affluenza al museo durante l'anno è stata di 18.853, quella relativa ai soli eventi pari a 6.994, per un totale di 25.847, quella relativa al Santuario, a partire dal 19 luglio al dicembre 2011 (si ricorda che prima di questo periodo il dato non era stato rilevato) tra fedeli e turisti, è pari a 42.922.

Nel mese di agosto il Santuario, su proposta della Fondazione, è rimasto aperto al pubblico per la prima volta. Nel mese si sono registrate più di 11.000 presenze per il solo Compianto. A questo proposito va rilevato il visibile e quotidiano aumento di visitatori a questo meraviglioso oggetto d'arte, tale da farci ritenere di superare ogni anno i 100.000 visitatori.

2.3.4. Impatto sull'ambiente

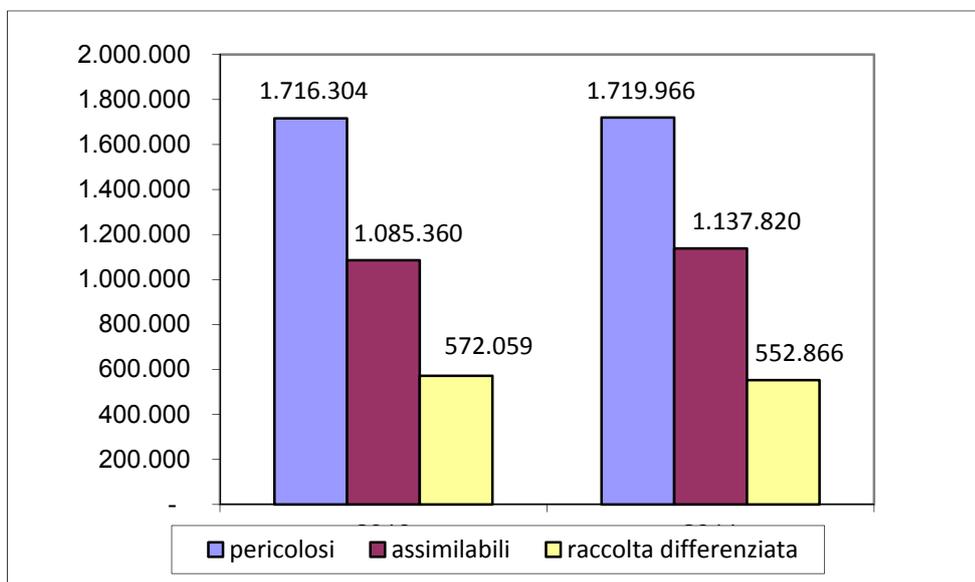
GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI

Sono proseguite nel corso del 2011 le azioni di razionalizzazione della gestione dei rifiuti, in particolare, tramite azione continua di formazione con incontri multidisciplinari svolti nei differenti ospedali e distretti (ex area città, ex area nord, ex area sud), che ha visto la partecipazione di 179 dipendenti.

E' stato avviato un progetto di gestione ambientale all'interno di un blocco operatorio, mirato a razionalizzare differenti aspetti relativi alla corretta segregazione dei rifiuti, con particolare attenzione al rifiuto pericoloso ed alle raccolte differenziate, corretta gestione della biancheria, infetta e non infetta, riduzione guidata dell'utilizzo del monouso, aumentata sensibilizzazione ai consumi di acqua ed energia. Sulla base dei risultati raggiunti è stato previsto un percorso di razionalizzazione nei blocchi operatori e nelle aree ad alto rischio degli Ospedali Bellaria e Maggiore.

Nell'anno 2011 è iniziata la raccolta porta a porta dei rifiuti recuperabili in alcune strutture della Provincia di Bologna che ha prodotto un'apparente flessione nella produzione e nei costi sostenuti dall'azienda per tale capitolo in quanto i rifiuti vengono gestiti direttamente all'interno della tassa sui rifiuti.

Grafico 2.116 Parametrazione tra produzione dei rifiuti anno 2010 e anno 2011. N.B. dati espressi al lordo dei contenitori Fonte: azienda USL di Bologna



POLITICHE AZIENDALI PER L'USO RAZIONALE DELL'ENERGIA E DEL RISPETTO AMBIENTALE

Negli ultimi anni le strutture sanitarie di competenza Azienda USL di Bologna sono state oggetto di profonde ristrutturazioni e riqualificazioni strutturali ed impiantistiche.

La progettazione di tutti gli interventi già realizzati nonché di quelli in fase di realizzazione ha tenuto conto, oltre che del rispetto delle norme in materia di accreditamento sanitario e di sicurezza delle strutture, soprattutto di soluzioni impiantistiche e strutturali aventi per obiettivo principale il contenimento della spesa energetica nel rispetto delle Normative Nazionali e Regionali.

Per ogni nuovo intervento da realizzare l'Energy Manager provvede alla redazione di una relazione ai sensi del D.Lgs 115/08.

Nell'ambito delle attività specifiche dell'Energy Manager Aziendale e della sua attività svolta anche all'interno del Gruppo Aziendale per lo Sviluppo sostenibile si evidenziano:

Partecipazione attiva all'adesione dell'Azienda alla gara Regionale INTERCENT –ER per la fornitura di energia elettrica per l'anno 2012 confermando, all'interno del contratto, tutte le strutture aziendali

Aggiudicazione della gara per la realizzazione con lo strumento del Project financing di un sistema energetico trigenerativo a servizio dell'ospedale Bellaria

Completamento della fase di studio relativa alla fattibilità di sistemi di cogenerazione, da prevedere sui presidi ospedalieri territoriali

Completamento della sostituzione di due generatori di vapore presso la C.T. dell'Ospedale Bellaria, con generatori di nuova concezione ad alto rendimento corredati di economizzatore per il recupero del calore dai gas di scarico e preriscaldamento dell'acqua di alimentazione, nonché sistema di recupero di calore dalle fumane dei serbatoi di raccolta condensa.

L'Energy Manager Aziendale è membro del Gruppo Regionale Energia ed è il coordinatore del gruppo di formazione degli Energy manager regionali. In tale veste ha contribuito alla definizione di linee guida per l'uso razionale dell'energia e interventi di risparmio energetico. Tutti gli interventi, realizzati anche secondo le previsioni della Legge Regionale 156/08 in materia di Certificazione energetica, portano complessivamente ad una riduzione delle emissioni in atmosfera contribuendo al rispetto delle politiche energetiche Regionali. L'Energy Manager Aziendale, invitato ai lavori, ha dato il suo contributo al PAES "piano di azione per l'energia sostenibile" del Comune di Bologna

Politiche aziendali di promozione di una mobilità sostenibile "mobilityamoci"

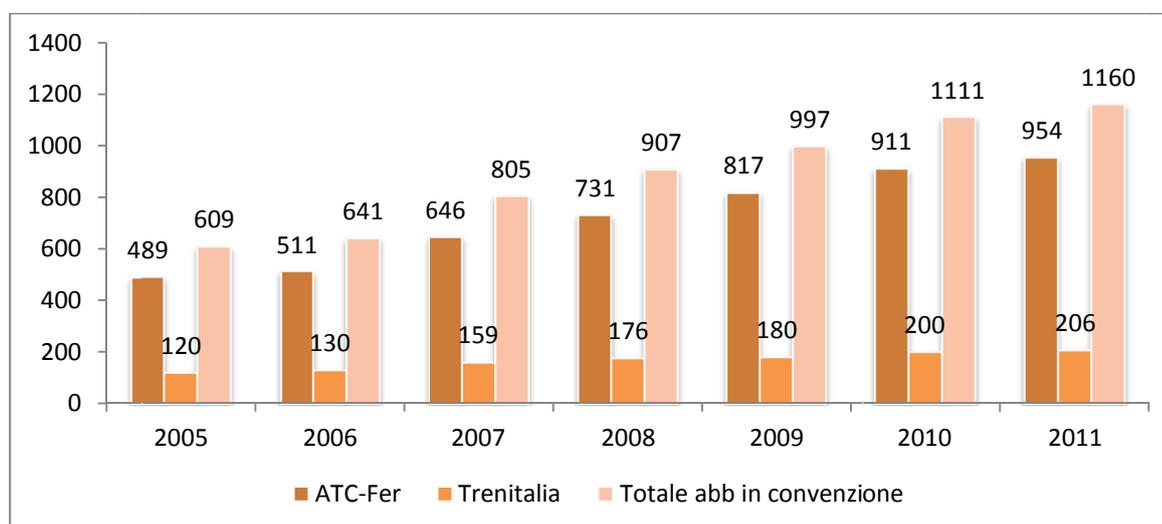
Tali politiche si caratterizzano per la pluralità e organicità delle azioni e iniziative adottate per promuovere forme di mobilità sostenibili, negli spostamenti casa-lavoro e per servizio del personale.

L'obiettivo è quello di far crescere una maggiore attenzione alle conseguenze delle nostre scelte e comportamenti quotidiani e orientare i dipendenti (ovvero, dei cittadini) verso stili di mobilità compatibili con la salute e sostenibili per la collettività e l'ambiente. I principali progetti realizzati finora sono:

Lasciati trasportare: al lavoro in bus o treno

L'iniziativa, giunta alla sesta edizione, ha l'intento di incentivare l'utilizzo del trasporto pubblico negli spostamenti casa-lavoro e per servizio dei dipendenti dell'azienda. Il numero di abbonamenti sottoscritti è ancora in aumento a conferma della validità dell'iniziativa.

Grafico 2.117 Trend abbonamenti al TPL sottoscritti in convenzione



I dipendenti che hanno sottoscritto un abbonamento annuale sono stati premiati con:

- la riduzione del 5% da parte di ATC/FER/TRENITALIA del costo di listino dell'abbonamento;
- un "ecoincentivo" aziendale, pari a 130 euro per il comparto e di 75 euro per i dirigenti.

ECODRIVE: VIDEO CORSO IN INTRANET DI GUIDA ECOLOGICA



Corso di guida ecologica e sicura: Il progetto ha visto la divulgazione a tutto il personale attraverso l'intranet aziendale di un videocorso sulle tecniche di risparmio del carburante e il contenimento dell'inquinamento veicolare.

Le lezioni guidano passo-passo attraverso tematiche quali: la pressione dei pneumatici, la resistenza al rotolamento, il come regolare la velocità in base alla marcia e come gestire la coppia di trazione, gli impatti del rumore e i consumi elettrici del motore, fino al video conclusivo che riassume le regole d'oro del "guidare- ecologico".

Un vero manuale on-line per risparmiare e inquinare meno senza fatica.

3. OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI

La sezione, anche in coerenza con la rendicontazione sugli Obiettivi Regionali assegnati all'Azienda nel 2011, è stata articolata nei seguenti paragrafi:

- Promozione della salute e prevenzione delle malattie e del disagio
- Integrazione, accessibilità e continuità delle cure
- Sicurezza delle cure e gestione del rischio
- Appropriatelyzza, qualità delle cure e dignità della persona
- Innovazione e investimenti

PRINCIPALI VARIAZIONI RISPETTO AL BILANCIO di MISSIONE 2010

▪ PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE E DEL DISAGIO

E' stato realizzato il progetto promosso dal Ministero della Salute, **"Accompagnare al cambiamento. Il counseling motivazionale breve (CMB) come strumento operativo per la promozione di sani stili di vita "**.

La finalità del progetto è stata quella di diffondere la metodologia del CMB a operatori di differenti professionalità che svolgono quotidianamente attività di informazione ed educazione alla salute: operatori sanitari, farmacisti, insegnanti, operatori del mondo dello sport e tempo libero.

Sono stati attuati ulteriori **progetti per la promozione di corretti stili di vita** rivolti alle diverse fasce della popolazione.

Sono stati estesi anche alla popolazione detenuta gli interventi atti a favorire la partecipazione ai programmi di **screening**.

Sono stati avviati lo **screening uditivo neonatale** e il percorso clinico e organizzativo per i bambini affetti da ipoacusia.

L'azienda ha messo in atto le disposizioni relative alla **prevenzione del gozzo endemico** e di altre patologie da carenza iodica, nell'ambito della ristorazione pubblica e collettiva, affinché venisse offerto ai consumatori anche il sale arricchito con iodio e ha aderito alla campagna per la **riduzione del consumo di sale** (poco sale, ma iodato).

▪ INTEGRAZIONE, ACCESSIBILITÀ E CONTINUITÀ DELLE CURE

Programma Stroke Care: in collaborazione con l'AOU è stato completato nel 2011 il progetto di estensione della trombolisi sistemica per ictus ischemico acuto in tutto il territorio della Provincia di Bologna. Sono stati attivati letti di stroke care in 3 ospedali di prossimità (4 pl a Bentivoglio, 4 pl a San Giovanni in Persiceto, 4 a Porretta Terme).

E' stato istituito il **"Pronto Soccorso per le violenze sessuali"** e completato il percorso interaziendale per bambini/e e adolescenti vittime di violenze sessuali.

Il **percorso scopenso cardiaco**, applicato nel 2010 in due ambiti territoriali (Porretta Terme e San Lazzaro di Savena), è stato esteso nel 2011 a tutto il territorio aziendale, con il coinvolgimento dei MMG.

Nell'Area di degenza dell'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Maggiore è stata attivata una sezione di **Ortogeriatria** con 12 posti letto dedicati per la gestione multidisciplinare dei Pazienti anziani ricoverati per frattura da fragilità ed in particolare per le lesioni del terzo prossimale di femore.

E' stata incrementata l'attività della **CeMPA** (Centrale Metropolitana Post-Acuzie a gestione infermieristica), all'interno della quale dal 2011 si è inserito anche l'Istituto Ortopedico Rizzoli, e delle CCOT (Centrali di Continuità Ospedale Territorio) che assicurano il collegamento con i servizi sociali e con i servizi sanitari territoriali per l'organizzazione della dimissione protetta dell'anziano e del disabile.

Nell'ambito dell'assistenza protesica, è aumentato nel 2011 il numero complessivo di utenti cui sono stati forniti **ausili**, con un aumento delle forniture di quelli ricondizionati tramite magazzino aziendale.

Riguardo alle **prestazioni specialistiche ambulatoriali**, l'andamento degli Indici di Performance mostra un sostanziale miglioramento della disponibilità per i cittadini delle prestazioni entro i tempi di attesa previsti, il 91% delle agende di prenotazione CUP aziendali è aperto alla prenotazione per oltre 2 anni e si registra un incremento significativo dei posti complessivamente offerti per le Urgenze Differibili.

Il modello organizzativo per **intensità di cure e complessità assistenziale** è stato attivato sperimentalmente dall'ottobre 2010 presso il nuovo Ospedale di Porretta Terme: nel 2011 sono sensibilmente migliorati l'indice operatorio (+60,8%) e il numero delle dimissioni protette (+118%) ed è diminuita la percentuale dei re-ricoveri a trenta giorni (-17%).

▪ SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO

L'utilizzo della **Checklist SOSnet** per la sicurezza in sala operatoria è stato attivato in via sperimentale nel Blocco operatorio generale dell'Ospedale Maggiore. Il suo utilizzo è inoltre risultato molto alto nelle strutture private accreditate, dove ha interessato nel 2011 quasi il 50% degli interventi chirurgici.

Sono stati messi a disposizione dei professionisti strumenti relativi al rischio di **cadute dei pazienti**: la procedura aziendale per la gestione e prevenzione delle cadute accidentali in ospedale, uno strumento di valutazione del rischio ed una scheda di segnalazione che ha consentito dal 2011 la rilevazione delle cadute in tutte le strutture aziendali.

Nell'ambito della gestione di eventi critici si è avviato lo strumento della **mediazione**, procedura attraverso la quale si ricompongono le relazioni conflittuali, con l'attuazione di 41 mediazioni nell'anno 2011.

Nel 2011 è stata avviata in via sperimentale l'adozione del **braccialetto** di identificazione del paziente con tecnologia RFID in tutti i Pronto Soccorso, tranne quelli dell'ospedale Maggiore, e le diagnostiche per immagini degli ospedali aziendali. Presso l'ospedale di Porretta Terme è stata avviata la sperimentazione di altre procedure informatizzate.

E' stata messa a punto e pubblicata in intranet una procedura informatica per supportare i professionisti nell'analisi di processo in termini di gestione del rischio.

▪ APPROPRIATEZZA, QUALITÀ DELLE CURE E DIGNITÀ DELLA PERSONA

Lo strumento **audit clinico** è entrato come elemento fondante le logiche di governo clinico in Azienda: è stato di 41 il numero di obiettivi di budget inerenti progetti di audit nel 2011, a fronte di 15 nel 2009 e 26 nel 2010.

Nel 2011 l'Azienda ha avviato, parallelamente ed in maniera integrata ai progetti di audit clinico-assistenziale, una attività di monitoraggio sistematico di alcuni **PDTA** (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) insieme alla sperimentazione di nuovi strumenti per la Valutazione della Performance dei Percorsi (VPP).

Alcuni percorsi sono stati anche oggetto di **Certificazione professionale**: in particolare il PDTA del paziente con mielolesione da trauma, completato nel 2011, e i percorsi delle donne con tumore al seno, delle persone con tumore polmonare, di quelle con tumore del colon e con Sclerosi Laterale Amiotrofica, in via di definizione.

Nel corso dell'anno 2011 sono state effettuate le verifiche ispettive esterne per l'**Accreditamento istituzionale** presso le Unità Operative Medicina riabilitativa (comprendente la Casa dei Risvegli) e Ortopedia- Vergato, appartenenti al Dipartimento Emergenza. Sono inoltre state effettuate le verifiche ispettive esterne per il rinnovo dell'Accreditamento istituzionale di tutte le strutture appartenenti al Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche, già accreditato nel 2007.

Il progetto **Carta dei Servizi**, avviato nel 2005, si è concluso nel 2011 con la prima elaborazione, diffusione e verifica di applicazione delle garanzie dichiarate.

E' stata realizzata nel 2011 un'indagine di valutazione della **qualità percepita** all'interno di tutti i punti di Pronto Soccorso aziendali in collaborazione con Il Comitato Consultivo Misto Aziendale.

L'offerta di metodiche di provata efficacia per il controllo del **dolore nel travaglio di parto**, sia farmacologiche (analgesia epidurale) che non farmacologiche, è stata resa omogenea in tutti i punti nascita del territorio compresa l'AOU.

▪ INNOVAZIONE E INVESTIMENTI

Molte innovazioni hanno riguardato nel 2011 il **sistema informativo**, tra cui: il nuovo sistema di prescrizione elettronica (NRE) per la specialistica con particolare riferimento alle prestazioni aggiuntive e alla presa in carico (visite di controllo); il miglioramento del sistema informativo degli screening mammografico e colon-retto; la partecipazione al gruppo di lavoro regionale per l'avvio del nuovo flusso informativo specifico sull'attività consultoriale.

Sono stati conclusi i **progetti con finanziamento regionale**: Risonanza Magnetica Ospedale Maggiore; Attrezzature Sale Operatorie, Rianimazione e Sterilizzazione Corpo D ospedale Maggiore; Attrezzature Sale Operatorie e Sterilizzazione Edificio G ospedale Bellaria.

E' stato proposto, finanziato e approvato nel programma regionale Investimenti in Sanità il progetto tecnologico che prevede l'installazione di **3 angiografi digitali** presso la Cardiologia dell'ospedale Maggiore.

3.1. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE E DEL DISAGIO

3.1.1. PROMOZIONE DELLA SALUTE

PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA

E' stato sottoscritto, a livello regionale, l'accordo di collaborazione con CONI ed Enti di Promozione sportiva oggetto di una specifica Conferenza Stampa.

Nel territorio Aziendale sono già attivi molti rapporti di collaborazione con questi Enti per realizzazione di azioni comuni: si citano a tal proposito i progetti avviati in collaborazione con gli enti di Promozione sportiva:

- "Pillole di Movimento", "Gruppi omogenei di cammino" e "Parchi in movimento" rivolti alla popolazione generale;
- Progetto "SAMBA" il cui target è prioritariamente l'età infantile e le famiglie;
- "Mettiamoci in moto", rivolto prioritariamente alla popolazione anziana, ha coinvolto oltre 100 anziani dei Comuni di Castel Maggiore e di Monghidoro in gruppi di cammino, attività motoria in acqua e a ginnastica dolce.

E' stata conclusa l'elaborazione grafica dei materiali informativi per la realizzazione della campagna di sensibilizzazione per la "promozione dell'uso delle scale"

Per stimolare le **persone anziane** all'adozione di comportamenti utili a migliorare o a mantenere una buona qualità della vita, sono stati attivati numerosi programmi di promozione della salute mirati a favorire l'attività fisica e la socializzazione attraverso numerose iniziative comuni e diversi laboratori, in collaborazione con le associazioni dei cittadini: "Alimentazione", "Turismo sociale", "Tenere in forma la mente", "Movimento".

E' stato inoltre attivato il progetto "Fisica-mente" destinato ai **giovani** pazienti sedentari e/o in sovrappeso e obesi **in carico ai CSM** (Centri Salute Mentale) dell'area urbana.

PROMOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA E ABITUDINI ALIMENTARI

I programmi di promozione della salute rivolti ai **giovani e ai ragazzi** sono stati realizzati prevalentemente sul versante dell'alimentazione e del contrasto dei consumi a rischio.

Sono state diffuse agli uffici scolastici comunali e ristorazioni scolastiche le linee guida regionali sulla ristorazione scolastica. Sono stati valutati il 70% dei menù delle ristorazioni scolastiche e, alla luce di questa esperienza, è stato attivato un tavolo di confronto permanente che coinvolge tutte le ditte fornitrici. Sempre nelle scuole sono state promosse numerose iniziative per sensibilizzare i giovani nei confronti dei rischi correlati al fumo di sigaretta. Sono proseguiti numerosi progetti di prevenzione nei confronti del consumo di sostanze stupefacenti rivolti sia al mondo della scuola, sia ad altri contesti sociali, in particolare luoghi di aggregazione giovanile.

Sono state promosse iniziative per sensibilizzare i giovani e i gestori dei bar sulle problematiche alcol-correlate, con l'organizzazione di un evento analcolico in un bar di tendenza a Bologna, rivolto ai ragazzi e a tutti i cittadini bolognesi.

Sono stati potenziati i Corsi info-educativi rivolti ai soggetti che hanno violato l'art. 186 del Codice della strada (guida in stato di ebbrezza alcolica), propedeutici alla visita presso la Commissione Patenti, raggiungendo oltre 600 utenti, rispetto ai 281 del 2010.

L'Azienda USL di Bologna è parte attiva nei **progetti regionali** sulla promozione di stili di vita salutari.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Bologna ha poi avviato nel 2010 il progetto promosso dal Ministero della Salute, **“Accompagnare al cambiamento. Il counseling motivazionale breve (CMB) come strumento operativo per la promozione di sani stili di vita”**.

La finalità del progetto è stata quella di diffondere la metodologia del Counseling Motivazionale Breve (CMB) e di sviluppare relative abilità professionali a operatori che svolgono quotidianamente attività di informazione ed educazione alla salute.

Il progetto si è rivolto a quattro professionalità diverse: **operatori sanitari, farmacisti, insegnanti, operatori del mondo dello sport e tempo libero** coinvolti a vario titolo in attività di informazione, comunicazione ed educazione alla salute; questa scelta nasce dalla convinzione dell'efficacia del lavoro intersettoriale e interdisciplinare nella promozione della salute.

Il team progettuale e operativo era composto, oltre che da professionisti dell'Azienda USL di Bologna, anche da professionisti di AfM Spa (Azienda Farmaceutica Municipalizzata), di Federfarma Bologna, del Comitato Provinciale UISP di Bologna (Unione Italiana Sport Per Tutti), dell'Ufficio Scolastico Territoriale di Bologna e della Lega Tumori di Reggio Emilia.

La struttura del progetto si è articolata in:

1. Costituzione del gruppo di pilotaggio
2. Formazione d'aula composta da 2 moduli formativi di due giorni ciascuno (che hanno coinvolto contestualmente oltre **100 professionisti** provenienti da istituzioni/enti diversi) . La metodologia formativa si è strutturata in lezioni frontali, lavori di gruppo e role-playing, privilegiando modalità interattive, per un totale di 32 ore.
3. Predisposizione di materiali didattici a supporto. Sono state elaborate delle “Raccomandazioni per una buona pratica” del CMB, Inoltre è stato realizzato un DVD che può essere anche un supporto alla formazione continua degli operatori.
4. Supervisione e tutoraggio, della durata di 1 anno, per aumentare le competenze e facilitare l'applicazione del metodo nel proprio contesto di appartenenza: 6 incontri di 4 ore ciascuno per ogni setting coinvolto e disponibilità di un tutor telefonico durante l'intero percorso progettuale
5. Monitoraggio e valutazione, per sondare le ricadute del percorso in termini di processo, abilità acquisite e applicabilità della metodo.

L'intero percorso formativo si è concretamente realizzato nel periodo compreso tra il 13 settembre 2010 e il 30 novembre 2011.

L'esperienza formativa proposta ha raggiunto gli obiettivi declinati: tutte le professionalità coinvolte hanno migliorato le abilità nella gestione di un colloquio motivazionale breve. Le abilità permangono a distanza di un anno dalla formazione d'aula.

Le migliori performance, tenendo conto del livello di abilità all'inizio del corso, si sono osservate nella categoria dei sanitari e degli insegnanti.

3.1.2. PREVENZIONE

L'Azienda ha esteso anche nei confronti della **popolazione detenuta** gli interventi tesi a favorire la partecipazione ai programmi di **screening**, adottando iniziative mirate al particolare contesto umano,

culturale e strutturale del carcere. Un team aziendale di esperti ha incontrato i detenuti illustrando modalità e finalità degli screening oncologici e distribuendo il materiale informativo.

Nello specifico allo screening del tumore della mammella (effettuato con l'intervento dell'unità mobile mammografica) hanno aderito tutte le detenute suscettibili.

Allo screening del tumore dell'utero ha aderito il 71,4 % delle detenute (25/35).

Allo screening del Ca del colon-retto ha aderito il 64% dei detenuti (75/117); 10 test FOBT sono risultati positivi; tutti questi soggetti sono stati invitati ad effettuare colonscopia presso struttura ospedaliera aziendale, con percorso di accesso dedicato.

Tutti i nuovi giunti sono sottoposti a RX torace entro 48/72 ore dall'ingresso in carcere.

Sono state prodotte le istruzioni operative per la diagnosi precoce **dell'Infezione Tuberculare Latente**, per la gestione dei casi sospetti e dei contatti dei casi indice di TB attiva in carcere.

Sono stati avviati lo **screening uditivo neonatale** e il percorso clinico e organizzativo per i bambini affetti da ipoacusia.

I programmi di **screening oncologici** ed i relativi risultati sono trattati nella sezione 2.1.1.

PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI

L'Azienda ha garantito il regolare svolgimento e il consolidamento delle campagne vaccinali (antinfluenzale, antiHPV, antiMPR, antivaricella, ecc.).

Viene garantita la regolare applicazione dei sistemi di sorveglianza e delle misure di profilassi delle malattie trasmissibili, non prevenibili con vaccino, anche in collaborazione con tutte le strutture aziendali coinvolte.

Per ottenere una più efficace applicazione delle misure di profilassi in caso di malattie infettive si sta cercando di consolidare i rapporti con le associazioni di immigrati e mediatori culturali e le collaborazioni con le strutture comunali e provinciali.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica svolge, inoltre, un ruolo di indirizzo e coordinamento delle strutture coinvolte nei sistemi di sorveglianza e diagnosi per malattie invasive batteriche, malattie trasmesse da alimenti e tubercolosi.

I programmi di **vaccinazioni** ed i relativi risultati sono trattati nella sezione 2.1.1

Controllo delle malattie socialmente rilevanti

Tabella 3.1 Indicatori di controllo delle malattie socialmente rilevanti dalla verifica PRP anno 2011 (31/12). Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

	Azienda USL di Bologna (osservato)	Azienda USL di Bologna (atteso)	RER (osservato)	RER (atteso)
Esiti favorevoli della terapia dei casi di TB (Tubercolosi)	52/70 (74,3%)	≥80%	73%	≥80%
% di MIB (Malattie Invasive Batteriche) con agente patogeno identificato	92,6%	≥90%	92%	≥90%
% focolai MTA (Malattie Trasmissibili per via Alimentare) da agente patogeno non id.	23,5% (2009-2010)	≤20%	24,7% (media 2009-10)	≤20%

I valori raggiunti dagli indicatori a livello aziendale e regionale relativamente a esiti di terapia dei casi di Tubercolosi e % di focolai MTA (Malattie Trasmissibili per via Alimentare) da agente patogeno non identificato non sono pienamente soddisfacenti.

La percentuale di MIB con agente patogeno non identificato nel 2011 è invece stata inferiore al valore atteso. Saranno realizzati interventi formativi rivolti ai professionisti e informativi indirizzati alla popolazione.

SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI

Tabella 3.2 Indicatori controllo Sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettori dalla verifica PRP anno 2011 (31/12). Fonte dati Regione Emilia-Romagna.

	Azienda USL di Bologna (osservato)	Azienda USL di Bologna (atteso)	RER (osservato)	RER (atteso)
% casi, anche solo sospetti, di Chikungunya, Dengue e malattia di West Nile segnalati al DSP entro 24 ore	34/62 (54,8%)	≥80%	58%	≥ 80%

Si prevede di incentivare la propensione alla segnalazione da parte dei medici curanti attraverso iniziative di formazione e incontri/contatti motivazionali.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

L'Azienda USL di Bologna è parte attiva nel progetto regionale: **La carta del rischio cardiovascolare.**

Il progetto di **audit** sulle lettere di dimissione ospedaliera di pazienti ricoverati per IMA/SCA nelle Cardiologie, avviato nel 2010, è stato esteso nel 2011 anche ai reparti di Medicina e Geriatria. I risultati sono descritti di seguito nel paragrafo riservato agli audit clinici (3.4.1)

La Regione ha proceduto nel 2011 all'esame di materiale divulgativo già pubblicato a supporto delle attività di **counselling**, finalizzato a promuovere stili di vita sani post-IMA, attraverso l'avvio della revisione dell'opuscolo utilizzato attualmente dalla Azienda USL di Bologna, con l'obiettivo di produrre materiale informativo a valenza regionale da rendere disponibile alle Aziende sanitarie

3.1.3. SICUREZZA E SALUTE

Gli **indicatori** sulla sicurezza alimentare e negli ambienti di lavoro sono pubblicati nel paragrafo 2.1.1, quelli su incidenti stradali e infortuni sul lavoro nel paragrafo 1.8 .

Promozione della salute e prevenzione infortuni sul lavoro

E' stata effettuata la vigilanza sul 9,3% delle unità locali del territorio puntando in particolare ai comparti a maggior rischio con l'attivazione dei 3 progetti previsti dal PRP 2010-2012:

"progetto agricoltura", che ha raggiunto tutte le 50 UULL programmate;

"progetto edilizia", nel corso del quale è stata effettuata la vigilanza su 934 cantieri (15% in più di quelli previsti dal piano regionale). In particolare è stata garantita la vigilanza nei cantieri di scavo delle Grandi Opere superando il minimo previsto di almeno 1 sopralluogo settimanale per cantiere di scavo: sono stati realizzati per il nodo TAV 35 sopralluoghi in 29 settimane, e per la Variante Autostradale di Valico 496 sopralluoghi in 467 settimane;

"progetto attrezzature di lavoro": per quanto riguarda il comparto edilizia, su richiesta dei datori di lavoro, sono state effettuate a livello provinciale le verifiche di 465 gru a torre e la vigilanza sugli impianti elettrici in 145 cantieri edili; nel comparto agricoltura, sono state verificate 72 attrezzature di sollevamento.

Sono state, inoltre, realizzate attività di informazione ed assistenza che hanno coinvolto il 50% di imprese in più di quelle previste (738 rispetto alle 470).

Dall'analisi dei dati dei nuovi flussi INAIL e del flusso MALPROF sono state desunte le informazioni utilizzate per l'identificazione di comparti/aziende sulle quali effettuare i restanti progetti previsti dal PRP (malattie muscolo-scheletriche) e specifici progetti aziendali.

Nell'ambito delle problematiche connesse allo stress da lavoro è proseguita l'attività dell'ambulatorio del disagio: 68 casi in carico nell'anno.

E' stato, inoltre, definito un piano di tutela delle lavoratrici in stato di gravidanza nell'ambito del quale sono state gestite pratiche relative a 1.071 lavoratrici, superando l'obiettivo annuale della vigilanza in almeno 100 UULL (vigilanza effettuata in 174 UULL).

E' in corso un progetto dal titolo: "Ascolto e comunicazione ai cittadini immigrati con particolare attenzione ai lavoratori dei comparti a maggiore rischio".

PROMOZIONE DELLA SICUREZZA STRADALE

Nel corso dell'anno è stata fatta un'indagine sulla popolazione dei dipendenti AUSL circa il corretto uso del **seggolino** per valutare la sensibilità e l'utilizzo di tale dispositivo di sicurezza.

Quasi 1.500 dipendenti hanno risposto e di questi quasi 200 sono stati coinvolti in alcuni focus group che hanno l'obiettivo di individuare modalità ottimali per diffondere la conoscenza sull'uso corretto del seggiolino e superare le barriere che sono emerse dall'indagine di cui sopra. Sono stati distribuiti gadgets a tutti i partecipanti all'indagine come avviene anche per la popolazione generale in occasione di momenti pubblici che promuovono la salute (ad esempio in occasione della 33° edizione della StraBologna).

Secondo l'indagine PASSI 2007-2009 la percentuale di persone che utilizzano la **cintura posteriore** è del 28% nel territorio aziendale, a fronte di un 24% regionale.

PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DOMESTICA

A settembre 2011 si è concluso un percorso formativo strutturato per **genitori**, associato a visite domiciliari e correlato al percorso vaccinale di nuovi nati. L'intervento ha interessato 6 poliambulatori del comune di Bologna e il comune di Budrio. Sono stati proposti e somministrati 249 questionari sulla percezione del rischio ottenendo 221 consensi all'accesso domiciliare in seguito ai quali sono stati effettuati 217 accessi domiciliari (87% dei genitori contattati a fronte di un atteso pari al 30%).

Per quello che riguarda gli **anziani**, in collaborazione con i Centri di aggregazione di riferimento è stata effettuata la formazione dei "volontari esperti" per la rilevazione a domicilio degli aspetti strutturali dell'ambiente domestico. I volontari hanno effettuato 26 accessi presso le abitazioni degli anziani aderenti con l'utilizzo della check list predisposta allo specifico scopo a livello regionale.

A livello aziendale è stato attivato un terzo progetto per la prevenzione delle (ri) cadute dell'anziano fragile a domicilio.

Dopo la ridefinizione dei criteri di attuazione del progetto, anche per coinvolgere i MMG nell'individuazione dei soggetti eleggibili, è iniziato il loro reclutamento da parte dei fisioterapisti dell'UA riabilitativa di Budrio.

E' stato formalizzato il progetto di un percorso formativo per donne straniere (progetto donnecare) da parte delle associazioni di donne straniere attive sul territorio regionale (Associazione capofila: il Ventaglio, Bologna).

LE RELAZIONI TRA AMBIENTE NATURALE, AMBIENTE COSTRUITO E SALUTE

L'AUSL di Bologna ha collaborato al gruppo scientifico che coordina lo studio Monitor i cui risultati finali sono stati presentati il 6 ottobre 2011, in occasione della riunione periodica del tavolo provinciale di monitoraggio dell'impianto d'incenerimento del "Frullo".

Questi risultati sono stati inoltre diffusi, in più occasioni, sia al pubblico di esperti che alla popolazione generale che a quella più specificamente interessata (residenti a Castenaso e Granarolo nell'Emilia). Attualmente è in atto una collaborazione per lo sviluppo delle attività del Supersito con il gruppo di coordinamento regionale.

Si è partecipato attivamente ai gruppi di lavoro nazionali per gli studi sull'**inquinamento atmosferico** e sui **cambiamenti climatici**.

Nel corso dell'estate 2011 è stato realizzato il sistema di allerta **ondate di calore** e sono stati predisposti report specifici e un rapporto conclusivo di stagione.

TUTELARE LA SALUTE DELLE PERSONE E DEGLI ANIMALI CON ADEGUATE MISURE DI PREVENZIONE IN MATERIA DI MANGIMI, ALIMENTI E ACQUE POTABILI, SANITÀ E BENESSERE ANIMALE

E' in corso la riorganizzazione dell'area Sanità Pubblica Veterinaria secondo il modello regionale. E' stata garantita formazione del personale per le funzioni di valutazione e di controllo. L'utilizzo degli strumenti previsti dalla RER è stato verificato mediante supervisione interna.

Lo svolgimento dei piani di campionamento è in linea con l'atteso e periodicamente vengono effettuate verifiche sulle corrette modalità di campionamento, trasporto e consegna.

L'Area dipartimentale di Sanità pubblica veterinaria ha effettuato tutte le attività previste dai piani regionali di sorveglianza delle malattie degli animali da reddito.

In occasione degli interventi di vigilanza presso mense scolastiche, ospedaliere e pubbliche, si è verificato che pasti senza glutine venissero messi a disposizione dei richiedenti e che ciò avvenisse garantendo gli indispensabili requisiti di sicurezza.

L'azienda ha messo in atto le disposizioni relative alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica, nell'ambito della ristorazione pubblica e collettiva affinché venisse offerto ai consumatori anche il sale arricchito con iodio e ha aderito alla campagna per la riduzione del consumo di sale fornendo materiali informativi anche circa l'importanza dell'uso del sale iodato (poco sale, ma iodato).

TUTELA DELLA SALUTE E DEL BENESSERE DEGLI ANIMALI E PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI DA ANIMALI A UOMO

L'Area dipartimentale di Sanità pubblica veterinaria ha effettuato tutte le attività previste dai piani regionali di sorveglianza delle **malattie degli animali da reddito**.

In ottemperanza alle disposizioni regionali per il controllo del **randagismo**, in tutti i canili sul territorio dell'Azienda USL di Bologna sono stati approntati piani di sterilizzazione sui cani maschi e femmine presenti, dando la priorità alle femmine in età di adozione.

E' inoltre in atto da anni, in collaborazione con gli Uffici dell'Anagrafe Canina dei Comuni della Provincia di Bologna, una collaudata attività programmata di sterilizzazione dei gatti liberi sul territorio nei 7 ambulatori veterinari dell'Azienda. Nel corso dell'anno sono stati sterilizzati 166 cani e 2.346 gatti pari al 100% delle richieste. Per tutelare il benessere degli animali da reddito e d'affezione sono stati effettuati tutti i **controlli** previsti dal piano regionale.

Nell'ambito del piano regionale di controllo della **leishmaniosi** canina, a seguito delle segnalazioni di casi accertati di Leishmaniosi canina da parte dei veterinari della Facoltà di Veterinaria di Bologna o LL.PP., sono state trasmesse ai proprietari dei cani le prescrizioni previste.

Sono stati effettuati 682 prelievi (100% dei cani sentinella + cani entrati e rimasti in canile per più di 6 mesi) e 327 sopralluoghi per Leishmaniosi e adottate le misure del caso in funzione delle positività riscontrate (isolamento, trattamento animali, applicazione misure previste dal progetto RER sul Leishmania).

3.2. INTEGRAZIONE, ACCESSIBILITA' E CONTINUITA' DELLE CURE

3.2.1. LE RETI CLINICHE

PROSEGUIMENTO DELL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA STROKE CARE

In collaborazione con l'AOU è stato completato il progetto di estensione della trombolisi sistemica per ictus ischemico acuto in tutto il territorio della Provincia di Bologna. Sono stati attivati letti di stroke care in 3 ospedali di prossimità (4 pl a Bentivoglio, 4 pl a San Giovanni in Persiceto, 4 a Porretta Terme). E' stato avviato un monitoraggio delle performance clinico-assistenziali sul percorso stroke.

RETE CARDIOLOGICA: LA REVISIONE DELLE FUNZIONI E DELL'ORGANIZZAZIONE DELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CORONARICA (UTIC) NON SEDE DI EMODINAMICA

L'AUSL di Bologna dispone di una UTIC Hub dotata di emodinamica interventistica h24 presso l'ospedale Maggiore ed una UTIC **Spoke senza emodinamica presso l'ospedale di Bentivoglio** collegata in rete con la UTIC Hub aziendale del Maggiore per la gestione integrata dei percorsi dei pazienti coronarici acuti.

Dall'analisi condotta sulla banca dati delle SDO relative all'attività del mese campione di gennaio 2011 emerge che l'UTIC di Bentivoglio si fa carico del rientro dei pazienti con infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) residenti nel territorio della pianura sottoposti ad angioplastica primaria presso l'emodinamica dell'ospedale Maggiore o della AOU di Bologna e ricovera pazienti con sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento del tratto ST (SCA – NSTE) ad alto rischio, per i quali è appropriato il ricovero in UTIC.

Un'altra tipologia importante di pazienti ricoverata presso l'UTIC di Bentivoglio è quella dei pazienti con scompenso cardiaco grave che in UTIC possono ricevere un trattamento intensivo cardiologico adeguato.

L'UTIC di Bentivoglio ha, inoltre, già di fatto da anni ampliato le sue funzioni intensive e semintensive.

IL PROGETTO LUM (LABORATORIO UNICO METROPOLITANO)

Il bacino d'utenza dell'area metropolitana di Bologna, pari a circa 850.000 abitanti, sviluppa, congiuntamente all'attività rivolta ai pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere, una produzione complessiva di oltre 20 milioni di esami/anno.

Il disegno complessivo del progetto si fonda sull'opportunità di eliminare le ridondanze attuali attraverso una logica di rete che vede nelle due sedi del Laboratorio dell'Ospedale Maggiore e del Laboratorio Centralizzato - l'AOU, i due centri organizzativi ai quali far affluire l'intero volume di attività avendo l'obiettivo di garantire una funzionalità integrata nonché il reciproco supporto in caso di eventuali situazioni critiche, andando al superamento della frammentazione del processo produttivo.

Nulla cambia circa la rete dei prelievi che ha già raggiunto una notevole capillarità nel territorio migliorando la possibilità di accesso dei cittadini tramite anche l'accesso diretto; si prevede, inoltre, il miglioramento della funzionalità e tempestività (tempi di risposta) delle analisi in ambito ospedaliero o dei servizi specialistici, e di quegli aspetti qualitativi (ad esempio: uniformità ed omogeneizzazione delle modalità di risposta) sui quali non sono ipotizzabili interventi efficaci con l'attuale assetto gestionale del sistema di produzione.

La concentrazione in un'unica sede di specifiche linee analitiche crea la possibilità di garantire risposte uniformi, di consolidare le competenze professionali, di generare economie di scala, migliorando la qualità della prestazione e i livelli di competenza.

Ad oggi sono già state realizzate molte fasi quali:

- trasferimento degli esami per esterni dai punti prelievo dell'area est al laboratorio dell'AOU
- trasferimento dell'allergologia al Maggiore
- centralizzazione della batteriologia dell'ex Bologna Nord presso la micro-virologia dell'AOU
- trasferimento dell'afferenza gestionale, diagnostica ed organizzativa del Laboratorio analisi degli Ospedale Bellaria e di Budrio al laboratorio Centralizzato dell'AOU;
- trasferimento della batteriologia della zona centro ed ex Bologna Sud presso la micro-virologia dell'AOU.

LA RETE EMERGENZA – URGENZA TERRITORIALE

Sono stati effettuati i controlli su tutte le centrali 118 relativamente agli elementi di sicurezza e compatibilità degli impianti tecnologici, e per quanto riguarda l'area di competenza della centrale operativa 118 di Bologna si è provveduto a definire i protocolli operativi con il Comando dei Carabinieri competente per l'attuazione e gestione della cosiddetta "NUE 112 soluzione ponte". Tutte le associazioni di volontariato per l'emergenza che avevano i requisiti previsti dalla delibera regionale sono state supportate in tutte le fasi e hanno completato il percorso di presentazione della domanda per l'accreditamento.

Nel corso dell'anno è stato definito un nuovo assetto del cruscotto dei ricoveri da Pronto Soccorso, da applicare nel 2012, per arrivare a una maggiore equità distributiva e appropriatezza dei ricoveri tra le UO di Medicina e le UO Specialistiche.

L'AUSL di Bologna raccoglie i dati dell'intera Regione per il Flusso Informativo del 118 che è a regime dal 2010. Nel corso del 2011 si è conclusa l'implementazione del nuovo software del Pronto Soccorso per la gestione di tutti i PS aziendali, questo ha consentito di gestire informaticamente i trasferimenti degli utenti tra i vari stabilimenti ospedalieri, sia per gli accessi al PS che per i ricoveri e di ottemperare al debito informativo regionale secondo le scadenze definite.

ACCOGLIENZA E PRESA IN CURA DI DONNE E BAMBINI VITTIME DI VIOLENZA E/O MALTRATTAMENTO

E' stato completato il percorso che ha condotto all'istituzione del "**Pronto Soccorso per le violenze sessuali**", con la formazione degli operatori delle strutture sociali e sanitarie distrettuali alla quale hanno partecipato anche le Forze dell'Ordine e le associazioni locali. La formazione al personale del territorio rappresenta l'ultima tappa del percorso formativo che ha coinvolto i medici legali e gli operatori dei servizi di Pronto Soccorso ospedalieri.

Sono in corso di elaborazione i dati relativi a un questionario predisposto per valutare la percezione, da parte degli operatori dei servizi di Pronto Soccorso degli stabilimenti ospedalieri aziendali, del **maltrattamento alle donne**. In collaborazione con la Regione, l'Azienda ha realizzato un corso regionale per formare professionisti al trattamento/sostegno e cura degli uomini violenti.

E' stato completato il percorso interaziendale per **bambini/e e adolescenti vittime di violenze sessuali** e sono state predisposte procedure per la valutazione e la presa in carico dei minori vittime di violenza che coinvolgono i servizi territoriali ed il centro specialistico "Il Faro".

LA GESTIONE INTEGRATA DELLE PATOLOGIE CRONICHE

Nell'ottica della presa in carico integrata delle patologie croniche è stata posta particolare attenzione alle modalità di presa in carico ai pazienti affetti da patologie oncologiche, scompenso cardiaco e diabete.

Nell'AUSL di Bologna coesistono varie modalità di presa in carico domiciliare dei **pazienti oncologici**, frutto di risorse diversamente distribuite e nel territorio.

Con l'obiettivo di ridurre i ricoveri durante trattamento e follow up, l'attività degli oncologi ambulatoriali è stata riorganizzata per integrare anche attività domiciliari e di supporto/formazione per i MMG di tutto il territorio dell'AUSL, in raccordo con Ospedali e in rete con ANT per:

- garantire la consulenza ai MMG che assistono pazienti oncologici
- costituire il raccordo con le strutture ospedaliere di terzo livello.

Questa modalità di lavoro in rete garantisce un contatto stretto con gli ospedali, una valutazione più attendibile della tenuta della famiglia, un accesso più equo e omogeneo ai benefit economici, maggiore omogeneità negli interventi, attivazione tempestiva delle risorse disponibili e una rete logistica comune per i pazienti.

Nelle nuove convenzioni si è inoltre strutturata una rete capillare di collaborazione con associazioni di volontariato (ANT, Nelson Frigatti) che permette un ulteriore supporto al MMG nella cura dei pazienti oncologici seguiti a domicilio in tutte le fasi della loro malattia.

E' in via di completamento un sistema di raccolta dati che permetta di monitorare queste collaborazioni a completamento dei flussi correnti già in uso (Si-ADI)

Il **percorso scompenso cardiaco**, applicato nel 2010 in due ambiti territoriali (Porretta Terme e San Lazzaro di Savena), nel 2011 è stato esteso a tutto il territorio aziendale, con il coinvolgimento dei MMG nell'ambito degli incontri di NCP.

Si segnalano in particolare alcune azioni messe in atto nel 2011:

- costituzione di un registro dei pazienti affetti da scompenso (fonti informative: SDO, segnalazioni MMG, segnalazioni di dimissioni protette e cardiologi ambulatoriali)
- attivazione dell'equipe infermieristica sui casi più complessi per fornire supporto ai MMG (educazione sanitaria e monitoraggio compliance)
- definizione della rete delle consulenze e le sue competenze:
 - Secondo livello (cardiologi ambulatoriali)
 - Terzo livello (cardiologi ospedaliere dell'AUSL e dell'AOSP S.Orsola)

3.2.2. LA TUTELA DELLE FASCE FRAGILI E DEBOLI DELLA POPOLAZIONE

LA LUNGODEGENZA, LE CURE INTERMEDIE E LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

Dal 14 Marzo 2011 nell'Area di degenza dell'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Maggiore è stata attivata una sezione di **Ortogeriatria** con 12 posti letto dedicati per la gestione dei Pazienti anziani ricoverati per frattura da fragilità ed, in particolare, per le lesioni del terzo prossimale di femore. Il modello scelto è stato quello di Assistenza Continuativa in cui un team multidisciplinare formato dal geriatra, dall'ortopedico, dal fisiatra e dall'infermiere case manager, prende in carico precocemente il paziente e gestisce in modo collegiale il programma terapeutico (responsabile della gestione assistenziale del paziente è l'infermiere case manager).

Tra gli obiettivi del modello, risulta prioritario quello di anticipare, per i pazienti eleggibili, l'intervento chirurgico per frattura di collo di femore, anche se la percentuale di pazienti operati di frattura di collo di femore entro i 2 giorni è ancora inferiore all'atteso.

E' strutturata da molti anni l'**Unità di Valutazione Geriatrica** sia territoriale che ospedaliera, quest'ultima formula il percorso assistenziale anche all'interno delle lungodegenze convenzionate esterne, con appositi accordi.

Obiettivi per il 2011 sono stati il completamento della messa a sistema dell'intera offerta pubblica e privata per lungodegenza, Riabilitazione e RSA, e il completamento dell'informatizzazione della CCOT (Centrale di Continuità Ospedale Territorio)

L'Azienda USL di Bologna, insieme alla locale Azienda Ospedaliera ha costituito la **CeMPA (Centrale Metropolitana Post-Acuzie a gestione infermieristica)** all'interno della quale dal 2011 si è inserito anche l'Istituto Ortopedico Rizzoli, che cura l'invio in tutte le lungodegenze, riabilitazioni estensive e RSA temporanee da dimissione ospedaliera dell'area metropolitana, sia pubbliche che private.

La tabella sotto riportata confronta i dati relativi ai trasferimenti effettuati nel 2010 e nel 2011, anche in questo caso si rileva un incremento dell'attività (i letti disponibili nelle strutture vengono utilizzati quasi al 100%).

Tabella 3.3 trasferimenti 2010 e 2011

	Lungodegenza		Riabilitazioni Estensive		Riabilitazioni Intensive	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
N° letti	153	153	38	38	30	30
Tempo medio attesa per trasferimento	2,6	2,9	2,8	4,6	4,3	3,8
N° trasferiti	2.878	3.255	374	441	120	172
Turn over per PL	18,8	21,3	9,8	11,6		

Tale struttura mette in relazione la domanda con l'offerta di ricovero, rendendo più efficiente l'utilizzo della funzione di lungodegenza e favorendo l'invio nel luogo più prossimo alla residenza del paziente, facilitando il contatto con la famiglia e il reinserimento al domicilio. All'interno dell'Azienda sono inoltre presenti due Unità Assistenziali di Post-acuzie, a gestione infermieristica, che ricoverano pazienti provenienti dall'acuzie sia medica che chirurgica, stabilizzati, ma che necessitano ancora di trattamenti disponibili solo all'interno della struttura ospedaliera e non possono essere convenientemente trasferiti nelle lungodegenze esterne (controlli ravvicinati con diagnostiche complesse, trattamenti post-chirurgici specialistici, ecc.), o sorveglianza specialistica (alcune tipologie di ortogeriatrie e stroke).

Per migliorare la presa in carico riabilitativa dei pazienti anziani operati per frattura di femore e razionalizzare l'utilizzo dei posti letto riabilitativi è stato completato il percorso interaziendale (AUSL di Bologna, AOU di Bologna e IOR) per la frattura di femore che attualmente è in fase di applicazione.

La continuità assistenziale ospedale-territorio è garantita dalla presenza di **Centrali di Continuità Ospedale Territorio (CCOT)** che assicurano il collegamento con i servizi sociali e con i servizi sanitari territoriali per l'organizzazione della dimissione protetta dell'anziano e del disabile. Viene assicurata anche la continuità e la

presa in carico riabilitativa attraverso i **Punti di Valutazione Fisioterapia (PVF)** presenti in ogni distretto. Rispetto al 2010 si osserva, anche grazie al completamento dell'informatizzazione, un importante incremento di attività.

Tabella 3.4 attività CCOT 2010 e 2011

	2010	2011
totale segnalazioni*	6.110	7.726
di cui con bisogni sanitari, sanitari-sociali	4.996	6.471
% paz presi in carico in Ass. domiciliare	69%	73%

Per migliorare la presa in carico è stato attivato un corso interno di formazione sul Case Management infermieristico che ha coinvolto tutti gli infermieri e coordinatori assegnati all'Assistenza Domiciliare.

Il **case manager** governa il percorso assistenziale definito nell'**Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.)**, anche attraverso il **piano di assistenza individualizzato (P.A.I.)**, mantenendo e supportando le interazioni tra i diversi professionisti coinvolti e curando la continuità della relazione con l'assistito anche quando quest'ultimo è inserito in setting assistenziali diversi da quello domiciliare.

L'ASSISTENZA PROTESICA

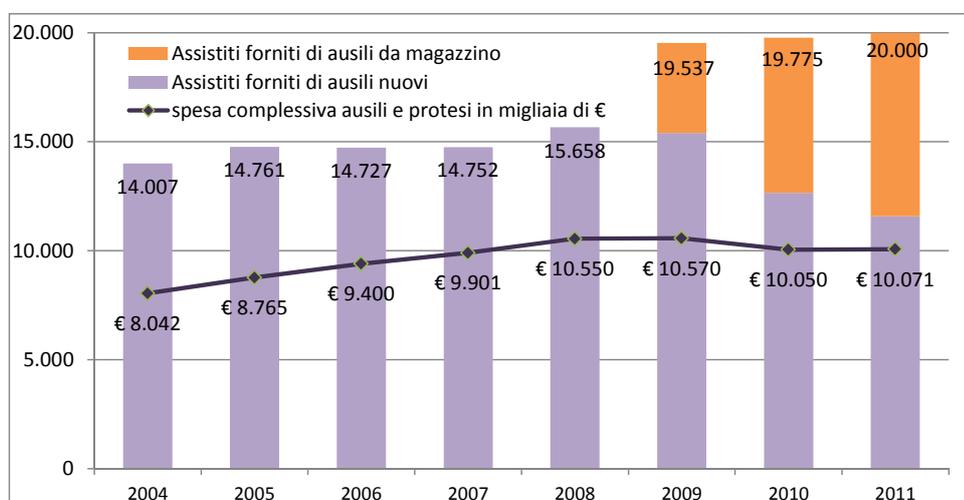
Particolare attenzione è stata posta alla facilitazione di accesso al **percorso di ausiliazione** per i pazienti in condizione di fragilità: dimissione protetta e percorsi aziendali quali femore, stroke, cerebrolesione, mielolesione, ecc. Inoltre si stanno attivando percorsi di accesso facilitato al servizio di **assistenza protesica** fin dal momento della prescrizione dell'ausilio.

Relativamente all'assistenza protesica, nell'ottica di fornire una risposta qualificata, tempestiva ed appropriata al bisogno del cittadino, è stata data attuazione a quanto indicato nella DGR 427/2009. Questo ha favorito la presa in carico multiprofessionale, evitando sprechi di risorse umane e economiche.

La collaborazione tra tutti i professionisti coinvolti nel percorso ha consentito un contenimento della spesa: a fronte di un costante aumento degli assistiti si è progressivamente passati da un costo pro-capite per assistito di 677,7 Euro del 2008 a 503,5 nel 2011.

L'implementazione del sistema informativo aziendale ha consentito di migliorare notevolmente l'utilizzo del magazzino aziendale ausili in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza. Nel 2011 è aumentato il numero complessivo di utenti cui sono stati forniti ausili, con un aumento delle forniture di ausili ricondizionati tramite magazzino aziendale e conseguente riduzione di quelli acquistati tramite fornitore esterno.

Grafico 3.1 Utenti con fornitura di ausili e costo pro-capite 2004-2011



Relativamente all'adattamento all'ambiente domestico, il lavoro svolto negli anni passati ha permesso il consolidamento di modalità operative atte a fornire sempre maggiore presenza e integrazione fra CAAD (Centro Adattamento Ambiente Domestico) e strutture aziendali distrettuali, sia a livello di informazione/formazione dei professionisti che di consulenza diretta all'utenza. E' stato perfezionato un protocollo di intesa in sede CTSS tra il Comune di Bologna e i comuni capofila dei Distretti dell'AUSL di Bologna a garanzia di monitoraggio e verifica delle attività svolte.

I dati di attività evidenziano un incremento dell'attività che è passata da 424 interventi nel 2010 a 589 nel 2011.

LA RETE DELLA SALUTE MENTALE

Le diverse aree dipartimentali del DSM (Dipartimento di Salute Mentale) da anni garantiscono percorsi per l'accesso e la continuità assistenziale.

Vengono applicati protocolli per la continuità assistenziale fra NPIA (Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza), USSI (Unità Socio Sanitaria Integrata) disabili adulti, CSM (Centro Salute Mentale) e Medicina Fisica e Riabilitativa per la valutazione dei bisogni e delle progettazioni personalizzate socio-assistenziali e riabilitative per le persone disabili.

E' stato gestito con modalità integrate il 100% dei passaggi al momento del compimento della maggiore età e, attraverso l'azione della UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) psichiatrica, sono state valutate tutte le situazioni dei disabili con gravi disturbi comportamentali.

Il **programma dipendenze patologiche** ha consolidato il rapporto con le Comunità attraverso il coordinamento della commissione di monitoraggio dell'accordo di sistema. Nel 2011 sono stati predisposti percorsi differenziati per l'accesso e il trattamento nei SERT (Servizi Tossicodipendenze) ed è operativo un Protocollo d'intesa CSM-SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura)-SERT per la gestione congiunta dei pazienti con doppia diagnosi che prevede la gestione del paziente con sospetta intossicazione da droghe d'abuso in emergenza-urgenza psichiatrica anche in SPDC.

Vengono, inoltre, attuati percorsi di cura dedicati agli adolescenti con dipendenza patologica o comportamenti di consumo/abuso di sostanze, all'occorrenza integrati con l'Area NPIA del DSM DP (Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche), gli Spazi Giovani, il Settore Minori dei Servizi Sociali, le strutture private accreditate e il Centro di Giustizia Minorile.

Relativamente al **Programma Regionale Autismo** è stato predisposto il gruppo di lavoro e sono state tracciate le linee principali del percorso, che è stato presentato ai CCM (Comitati Consultivi Misti) di tutti i Distretti e approvato dal CUFO (Comitato Utenti Familiari Operatori della Salute Mentale).

Nell'ambito del percorso sui **Disturbi Specifici dell'Apprendimento** sono stati attivati:

screening per l'individuazione precoce delle difficoltà di lettura e scrittura,

percorsi abilitativi sui casi individuati a rischio.

Sono stati avviati i lavori per il programma regionale sui **Disturbi dei Comportamenti Alimentari**.

Le strutture dedicate alle persone con **epilessia in età adulta ed evolutiva** (Neurologia Bellaria, Clinica Neurologica, NPIA Maggiore) si raccordano fra loro per lo studio dei pazienti e per il loro invio alle strutture idonee all'approfondimento diagnostico e al trattamento.

Le strutture s'interfacciano inoltre con le aree di urgenza degli dell'Azienda per l'invio di persone che accedono ai PS per crisi epilettiche di nuova comparsa o recidivate.

Per l'età evolutiva 0-18 il raccordo con i servizi territoriali di Pediatria di Comunità, i PLS e NPIA è già attivo e consolidato, sia per la gestione delle crisi epilettiche in ambito scolastico, sia per l'intervento riabilitativo, ove necessario.

E' in atto un raccordo fra le varie strutture per l'invio di pazienti al Centro di riferimento regionale del Bellaria per il monitoraggio prolungato delle crisi e per la terapia chirurgica dell'epilessia nelle forme farmaco-

resistenti. Viene particolarmente curata la formazione degli operatori anche attraverso corsi di aggiornamento (nazionali e internazionali), incontri di discussione di casistica e meeting settimanali.

Nel corso dell'anno tutti i professionisti hanno condiviso il PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) dell'epilessia nel paziente adulto.

Particolare attenzione è stata posta al problema delle **contenzioni fisiche** e i dati raccolti dimostrano una flessione del loro utilizzo rispetto all'anno precedente. E' stato attivato il primo audit di rivalutazione complessivo delle contenzioni fisiche che ha portato all'aggiornamento della procedura delle contenzioni meccaniche negli SPDC. Gli incontri di rivalutazione delle contenzioni hanno evidenziato alcune criticità legate principalmente agli strumenti in uso.

I PERCORSI DI CURA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

I PS e gli ospedali sono impegnati nella redazione/ridefinizione di protocolli operativi volti a facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie delle **persone con disabilità** in particolare:

implementare la rete di accesso a PS e ospedali (DAMA)

completare la stesura di un "libretto informativo" da distribuire sul territorio provinciale.

In tutti i distretti dell'Azienda è stato implementato l'utilizzo della scheda SIS, strumento per la presa in carico dei disabili, per una progettazione individualizzata, qualificata, integrata e omogenea tra i territori. Per questo è stata realizzata, a seguito del corso base svolto nel 2010, un'iniziativa formativa di "secondo livello" rivolta ai professionisti delle USSI disabili distrettuali- assistenti sociali ed educatori professionali- per migliorare le capacità di utilizzo pratico della scheda.

3.2.3. L'ACCESSIBILITÀ

COLLEGAMENTO SPORTELLI SOCIALI E ALTRI SPORTELLI DI ACCESSO AI SERVIZI

L'Azienda USL ha continuato a mettere in atto attività volte a semplificare l'accesso delle fasce più deboli di popolazione. A livello provinciale è stata effettuata una ricognizione per raccogliere le principali informazioni relative allo **Sportello Sociale** di ciascun Comune: sede, indirizzo, recapito telefonico e posta elettronica, giorni ed orari di apertura. Le informazioni ottenute sono state condivise fra gli operatori di tutti gli Sportelli Sociali presenti sul territorio provinciale. Tutte le informazioni sono allineate con quelle del numero verde regionale.

EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI APPROPRIATE, IN TEMPI ADEGUATI E CON PERCORSI CHIARI E DEFINITI, GESTIONE APPROPRIATA DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI

L'offerta di prestazioni ambulatoriali specialistiche in ambito metropolitano bolognese si articola in una pluralità di strutture eroganti: 9 Ospedali Azienda USL Bologna, Azienda Ospedaliero Universitaria, IOR, 78 Poliambulatori Azienda USL, 34 Poliambulatori Privati Accreditati.

L'Azienda USL di Bologna, in collaborazione con l'AOU e lo IOR ha predisposto il Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa secondo le indicazioni regionali.

Il documento costituisce aggiornamento del Programma elaborato nel 2009 e contiene le azioni messe in atto e che s'intende implementare per conseguire gli obiettivi indicati, con particolare riferimento a:

- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa;
- individuazione di strumenti funzionali al contenimento dei tempi di attesa in caso di criticità: aggiornamento dei percorsi e degli ambiti di Garanzia, analisi andamento dei tempi di attesa confrontati con i volumi pianificati, revisione continua delle agende di prenotazione;
- monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici;
- completamento del piano di comunicazione aziendale.

Il Programma contiene elementi utili a contestualizzare l'assistenza specialistica nell'ambito dell'area metropolitana di Bologna, attraverso la valutazione dell'andamento nel tempo degli indici di consumo

standardizzati in relazione ai parametri di riferimento regionali e degli indici di performance monitorati tramite MAPS.

Gli **Indici di Consumo Standardizzati**¹⁹ per tutti gli aggregati FARE (ad eccezione del laboratorio analisi) presentano dal 2003 al 2011 una significativa riduzione del delta che storicamente ha caratterizzato i consumi aziendali rispetto alla RER.

Anche l'andamento degli **Indici di Performance**²⁰ mostra un sostanziale miglioramento della disponibilità per i cittadini delle prestazioni entro i tempi di attesa previsti.

Per la maggior parte delle prestazioni monitorate si è registrato nel 2011 un miglioramento dell'IP, in alcuni casi estremamente significativo; solo per poche prestazioni si rileva un peggioramento.

Tabella 3.5 media degli Indici di performance negli anni dal 2007 al 2011 (fonte: azienda USL di Bologna).

INDICE PERFORMANCE DA MAPS	media 2007	media 2008	media 2009	media 2010	media 2011
visita oculistica	20%	26%	25%	53%	69%
visita urologica	21%	30%	40%	37%	66%
visita fisiatrice	51%	65%	65%	90%	90%
v. endocrinologica	32%	17%	24%	22%	20%
visita neurologica	14%	20%	29%	53%	66%
visita ortopedica	32%	37%	39%	69%	79%
visita oncologica	55%	67%	75%	92%	92%
visita cardiologica	24%	28%	35%	77%	85%
colonscopia	29%	50%	46%	66%	70%
EMG	60%	46%	39%	98%	98%
Ecocolordoppler	38%	63%	38%	63%	42%
ecografia addome	30%	28%	38%	39%	68%
gastroscopia	36%	40%	32%	59%	75%
TC del capo	43%	32%	26%	22%	21%
TC addome	37%	38%	38%	43%	60%
RM cerebrale	41%	75%	67%	64%	100%
RM addome	40%	56%	65%	46%	28%
RM colonna	45%	74%	68%	76%	100%
v.ginecologica	38%	32%	32%	39%	30%
visita dermatologia	35%	31%	29%	55%	55%
visita ORL	40%	28%	21%	42%	70%
visita ch.vascolare	19%	31%	21%	8%	70%
TC rachide speco vertebrale	88%	72%	84%	63%	56%
TC bacino	79%	58%	49%	75%	71%
TC torace	48%	36%	35%	36%	43%
eco mammella	45%	29%	40%	16%	61%
ecocardiogramma	57%	40%	62%	70%	75%
ECG	88%	90%	92%	98%	99%
HOLTER	65%	88%	88%	95%	89%
audiometria	58%	56%	61%	73%	60%
spirometria	55%	48%	49%	50%	52%
fundus	42%	54%	48%	81%	63%

¹⁹numero di prestazioni consumate per 1000 abitanti con popolazione pesata

²⁰numero di prestazioni prenotate entro i tda previsti nella settimana campione nel corso delle 4 rilevazioni effettuate nel corso dell'anno

Per le prestazioni oggetto di monitoraggio sono stati individuati i **nuovi ambiti territoriali** entro i quali garantire i tempi di attesa, definendo le prestazioni specialistiche a rilevazione distrettuale e quelle a rilevazione sovra distrettuale e aziendale.

IL SISTEMA DELL'ACCESSO

La società CUP 2000 S.p.A., che gestisce l'accesso all'assistenza ambulatoriale, ha effettuato nel 2011 2.941.828 prenotazioni, sono prenotabili 2.000 tipi di prestazioni su circa 6.000 agende mediche di prenotazione (regime di erogazione ssn e libera professione).

Il percorso di accesso più utilizzato dai cittadini è lo sportello CUP (47,4% delle prenotazioni), seguito dalle farmacie (39,5%), call center (9,2%), altro compreso web (3,9%).

Si nota un incremento dell'attività di prenotazione presso le farmacie

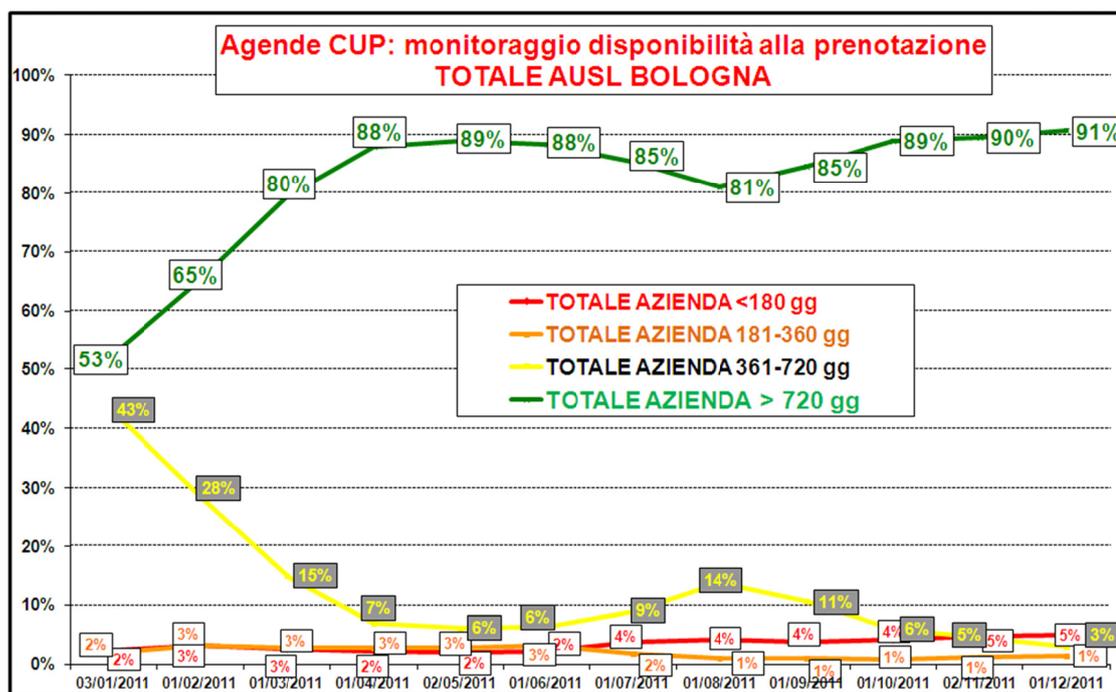
Sono state effettuate 637.664 cancellazioni di prenotazioni, i cittadini hanno privilegiato l'uso del call center (44,9%) seguito dall'accesso allo sportello cup (30,4%); in crescita quelle tramite web.

E'operativo il **Progetto SMS contro drop out** che prevede l'invio 10 gg prima dell'appuntamento di un sms di conferma della persistenza della necessità della prestazione, con possibilità di disdetta automatica.

Mensilmente vengono inviati mediamente circa 7000 sms di conferma prenotazione, con recupero di circa il 3% delle prenotazioni, prestazioni che vengono contestualmente reinserite nel sistema cup.

L'implementazione del **Progetto Agende Sempre Aperte** ha consentito a dicembre 2011 di avere il 91% delle agende di prenotazione CUP dell'azienda USL di Bologna disponibili alla prenotazione per oltre 2 anni.

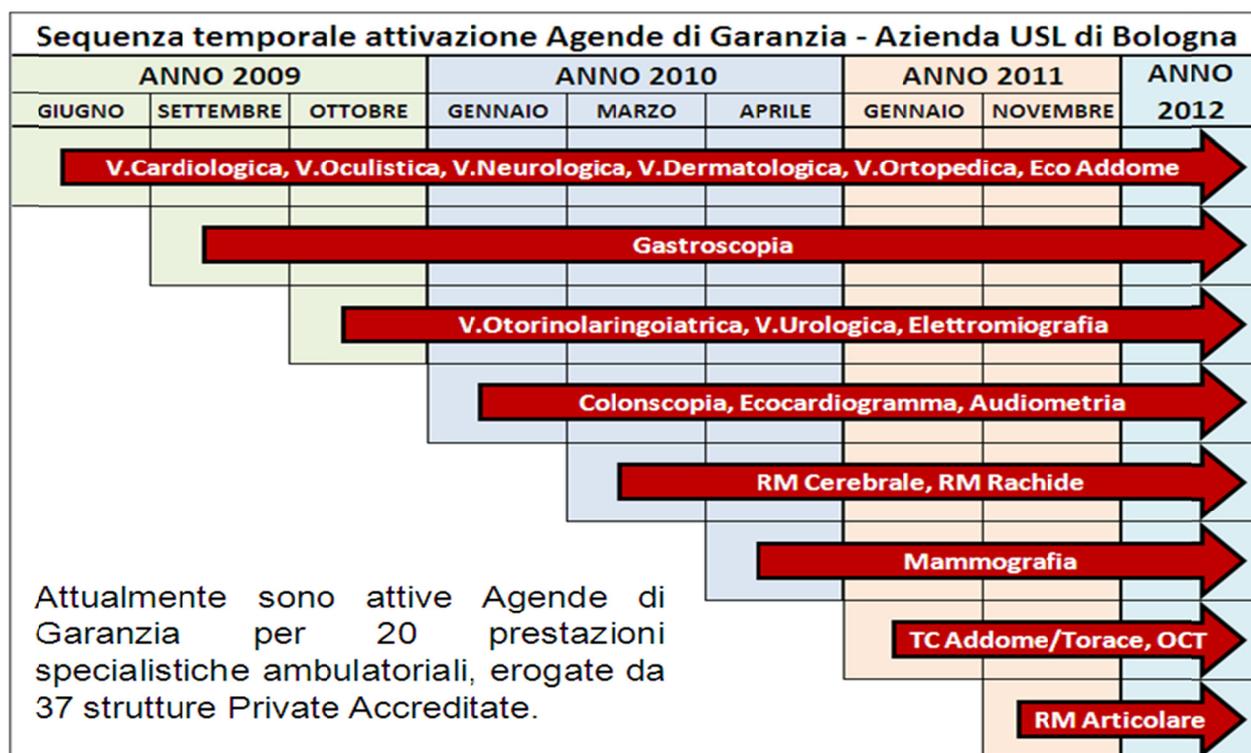
Grafico 3.2 monitoraggio apertura agende di prenotazione CUP



L'Azienda USL di Bologna, qualora non fosse possibile garantire temporaneamente il pieno rispetto dei Tempi Massimi di Attesa per le prestazioni ambulatoriali specialistiche, ha attivato interventi di garanzia con l'acquisizione di prestazioni aggiuntive nell'ambito territoriale in cui è emersa la criticità, tramite pacchetti prestazionali aggiuntivi o caso alternativi, rispetto ai Piani di Attività concordati con i fornitori Privati Accreditati.

Il **Progetto AGENDE di GARANZIA (AG)** dell'Azienda USL di Bologna ha l'obiettivo di garantire al cittadino il pieno rispetto dei tempi di attesa per 20 prestazioni specialistiche, di norma in ogni ambito distrettuale con definizione di percorsi di accesso specifici, tramite l'attivazione di agende CUP dedicate definite "Agende di Garanzia".

Figura 3.1 Sequenza temporale attivazione Agende di Garanzia



E' stato esplicitato il percorso per le prestazioni specialistiche in **Urgenza e Urgenza differibile**, operativo nell'ambito del territorio metropolitano bolognese (Protocollo Interaziendale Urgenza) che prevede la disponibilità di prestazioni in regime di urgenza differibile tramite agende dedicate CUP.

Nel corso del 2011 sono stati messi a sistema, in area metropolitana Bolognese, più di 134.00 posti per Urgenza Differibile (escluso il laboratorio analisi) di cui più di 113.000 dall'Azienda USL di Bologna (inclusi i soggetti Privati Accreditati).

La seguente tabella illustra il numero di posti offerti in UD negli anni 2010 e 2011 dalla rete Metropolitana Bolognese, il relativo indice di occupazione e la variazione nel corso del biennio.

Si registra un incremento significativo dei posti complessivamente offerti (+17%), ancor più accentuato (+30%) se si escludono i prelievi.

Tabella 3.6 posti per Urgenze Differibili anni 2010 e 2011

Urgenze Differibili (Area Metro BO)	2010			2011			Δ 2011 - 2010			
	Posti offerti	Posti occupati	% occ.	Posti offerti	Posti occupati	% occ.	Posti offerti	In %	Posti occupati	In %
TOTALE	184.418	115.275	63%	216.159	134.474	62%	31.741	17%	19.199	17%
TOTALE (esclusi prelievi)	106.739	87.072	83%	139.043	105.917	76%	32.304	30%	18.845	22%

Sono state poi attivate iniziative finalizzate **all'appropriatezza prescrittiva ed erogativa** (Audit, PDTA, attivazione Gruppi di lavoro interprofessionali ed interaziendali) e di verifica della presenza sulle ricette dei quesiti diagnostici e della priorità di accesso.

Dalla esperienza acquisita emerge come spesso il fattore prioritario per l'acquisizione da parte del paziente della prestazione non sia la tempestività dell'erogazione, ma la **possibilità di scelta** della struttura e del professionista: ne deriva la necessità di differenziare l'offerta in relazione alle caratteristiche della domanda.

E' dunque da riprogettare strategicamente l'assistenza ambulatoriale specialistica in relazione alle caratteristiche della domanda, tenendo conto che una crescente fascia di popolazione non sempre trova la soluzione al suo problema di salute nella singola prestazione, ma necessita di essere accompagnata nel **percorso di cura**.

Si è definito un nuovo modello di assistenza ambulatoriale specialistica che prevede l'erogazione delle prestazioni in relazione alle caratteristiche della domanda espressa dai cittadini differenziando:

- **specialistica di base**, in cui l'elemento temporale risulta prioritario per il cittadino;
- **specialistica evoluta** nella quale è necessaria la presa in carico del caso, in quanto si tratta di un paziente cronico e/o complesso, che vede nel Day Service Ambulatoriale la sua espressione organizzativa di maggiore complessità per pazienti che necessitano di prestazioni afferenti a più discipline in un tempo definito.

Elemento fondamentale per la presa in carico del paziente è la progressiva implementazione del **Piano di Informatizzazione Aziendale** tramite il sistema informativo GESI, che consente allo Specialista di ricettare (anche tramite ricetta virtuale), refertare (secondo modalità condivise fra prescrittori ed erogatori), archiviare (su cartella ambulatoriale), visualizzare anche le immagini di diagnostica strumentale, prenotare direttamente su agende dedicate ai controlli o su altre agende "collegate" funzionalmente nell'ambito di definiti percorsi assistenziali, senza che il paziente si rechi a CUP.

La completa connessione del sistema con **SOLE** consente altresì di comunicare al MMG la presa in carico del paziente e di inoltrare direttamente i referti nel fascicolo elettronico del suo assistito.

3.2.4. GLI ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'INTEGRAZIONE

MODELLO ORGANIZZATIVO PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE²¹

Il modello organizzativo per intensità di cure e complessità assistenziale è stato attivato sperimentalmente dall'ottobre 2010 presso il nuovo **Ospedale di Porretta Terme** dopo una fase di progettazione a carattere multiprofessionale e multidisciplinare con il coinvolgimento dei Dipartimenti Medico, Chirurgico, Materno Infantile e dell'Emergenza.

I ricoveri avvengono sia in forma programmata che con accesso da Pronto Soccorso. Per ogni paziente viene identificata una responsabilità disciplinare clinica.

Dopo una valutazione congiunta medico infermieristica, il paziente viene collocato nell'area "appropriata".

La realizzazione del nuovo Ospedale di Porretta Terme, caratterizzato da sempre da una forte integrazione con il territorio e da una significativa distanza dagli ospedali *Hub* della città, ha costituito per l'AUSL di Bologna una grande opportunità per sperimentare nuovi modelli assistenziali. Il progetto adottato consiste nel graduare l'intensità di cura per ogni ricoverato ricercando la similarità dei bisogni piuttosto che la contiguità tra patologie afferenti ad una singola disciplina specialistica. Lo scopo del progetto è quello di correlare la centralità dell'assistito e dei suoi bisogni con l'appropriatezza clinico assistenziale, la continuità e l'integrazione professionale.

L'Ospedale di Porretta Terme è punto di riferimento per l'omonimo Distretto che comprende 13 comuni significativamente distanziati tra loro e collocati in territorio prevalentemente montano; è collegato con i nodi della rete ospedaliera metropolitana, in particolare con la Rete Cardiologica, Stroke, Oncologica e dei percorsi clinico assistenziali, P.S. ed Emergenza, Pediatria Ospedaliera e dell'Emergenza Pediatrica. Le attività chirurgiche e medico-oncologiche vengono garantite in day surgery e day hospital.

²¹ da: I sistemi di programmazione e controllo negli ospedali per intensità di cura: un'analisi empirica di A. Francesconi, F. Lecci, E. Vendramini in fase di pubblicazione

Nel corso del 2010 e del 2011 l'ospedale di Porretta Terme è stato riorganizzato nelle aree di degenza:

Area Rossa (alta intensità/complessità): 16 PL (22%), area polivalente per pazienti a maggior complessità clinico-assistenziale. Necessita di forte integrazione secondo il modello Hub and Spoke attraverso percorsi aziendali predefiniti (es. SCA (sindrome coronarica acuta), IR (insufficienza respiratoria) e STROKE); inoltre all'interno dell'area rossa è previsto il monitoraggio non invasivo delle funzioni vitali

Area Blu (media intensità/complessità): 46 PL (65%), area polivalente per pazienti a media complessità clinico-assistenziale. Vi confluisce la gran parte dei pazienti chirurgici ed internistici, inclusi quelli con malattie croniche in fase di riabilitazione.

Area Verde (bassa intensità/complessità): 9 PL (13%), che si identifica con l'U.A (unità assistenziale) di Post-acuzie. L'accesso avviene in rispondenza ai criteri di inclusione previsti nel modulo di trasferimento attraverso **CeMPA** (Centrale Metropolitana Post-Acuzie).

I trasferimenti entro le aree vengono pianificati tenendo in conto sia il criterio dell'appropriatezza assistenziale (livello di complessità incluso) sia il criterio della continuità dell'assistenza.

Per i pazienti urgenti/non programmati, l'avvio del percorso è a carico del medico di P.S che individua la necessità di ricovero, assegna il paziente al medico di competenza e, salvo i casi che necessitano di monitoraggio, invia lo stesso in ambiente dedicato per la valutazione della complessità clinico-assistenziale. Nell'ambiente dedicato, il medico che ha avuto in carico clinicamente il paziente e l'infermiere responsabile del processo valutano congiuntamente i bisogni dell'assistito e danno evidenza della loro valutazione nella cartella clinica - assistenziale. L'infermiere responsabile del processo alloca il paziente nella specifica area di degenza (area rossa oppure Blu).

In merito invece alle dimissioni, stante l'importanza del processo esso viene pianificato con almeno 24 ore di anticipo. Questo permette il raccordo con le CCOT (Centrale di Continuità Ospedale Territorio), l'educazione dei caregivers, la pianificazione delle risorse professionali necessarie e la predisposizione di quanto di necessità nel domicilio dell'assistito. All'interno delle aree di degenza è previsto l'utilizzo di un modello a settori con infermieri responsabili di processo.

Dal punto di vista dell'attribuzione delle responsabilità emerge come ve ne siano una clinica ed una di processo. Nello specifico il medico è il responsabile clinico del paziente, ha competenza anche del relativo PDTA e elabora insieme all'infermiere di processo (case manager) il profilo clinico-assistenziale intra ospedaliero, individuando la modalità e la data presunta di dimissione.

Il personale infermieristico ha la responsabilità di processo e della continuità dell'assistenza intra-area e nel passaggio ad area diversa. Inoltre assicura, integrandosi con l'infermiere di settore, le informazioni di pertinenza e il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia e contribuisce, in collaborazione con il responsabile clinico, alla definizione della data di dimissione raccordandosi con la CCOT e il Dipartimento di Cure Primarie.

Nel caso dell'ospedale di Porretta Terme la sperimentazione ha comportato un progressivo passaggio da un sistema di responsabilizzazione tradizionale sulle UU.OO ad un meccanismo avente come riferimento le aree e i percorsi. Nello specifico poi le risorse umane vengono definite/allocate a livello di Stabilimento e l'oggetto della responsabilizzazione è l'implementazione dei **percorsi** e la *compliance* dei pazienti agli stessi.

Nel 2011 sono stati raggiunti gli obiettivi della sperimentazione: sono sensibilmente migliorati il tasso di occupazione dei posti letto (+16%) e l'indice operatorio (+60,8%). E' diminuita la percentuale dei re-ricoveri a trenta giorni (-17%). E' sensibilmente aumentato il numero delle dimissioni protette (+118%).

I dati qualitativi con indicatori nursing sensitive, before-after, come indicato nel progetto di ricerca, saranno disponibili nel 2012.

POLITICHE D'AREA VASTA PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

Gli acquisti per l'AUSL sono sempre più volti verso le adesioni alle convenzioni regionali o alle gare effettuate in Area Vasta: gradualmente si assiste a una diminuzione degli acquisti a livello aziendale.

Nel 2011 anche l'Area Vasta Emilia Centrale si è allineata, grazie alle due convenzioni per farmaci, alla migliore performance del 2010: Intercent-ER ha, infatti, già dichiarato che "Le percentuali della spesa affrontata da Intercent-ER nelle 3 Aree Vaste sono sostanzialmente allineate".

Sebbene le gare di Intercent FARMACI AVEC 1 e 2 abbiano fortemente innalzato la percentuale di acquisizioni effettuate tramite l'Agenzia, lo strumento delle convenzioni regionali è entrato completamente nel sistema di programmazione degli acquisti di AVEC.

Prendendo in esame il valore annuo degli acquisti sui contratti in essere e facendo il raffronto tra l'anno 2010 e il 2011, si ottengono i seguenti risultati:

- nel 2010 il valore annuo, espresso in % rispetto alla previsione di bilancio, degli acquisti per **Beni Sanitari** per l'AUSL di Bologna su contratti stipulati in Area Vasta era pari al 61,70%, mentre nel 2011 è stato del 46,59: le convenzioni stipulate da Intercent-ER per i farmaci hanno sostanzialmente modificato il rapporto. Infatti, mentre il valore annuo delle adesioni alle convenzioni Intercent-ER nel 2010, sempre in tema di beni sanitari, era pari al 10,13%, nel 2011 è passato al 40,67% (% calcolata sul valore del Bil.Prev. 2011). Altresì il valore degli acquisti in economia passa dal 7,79 del 2010 al 3,90, il valore dei contratti di valenza aziendale passa dal 26,76 nel 2010 al 23,15% nel 2011.
- Per i **Beni non sanitari**, si passa dal 42,61% del 2010 al 53,25% nel 2011 per i contratti in Area vasta, dal 29,12% nel 2010 al 46,11% nel 2011 per le adesioni a Intercent-ER e dal 7,79 al 3,90% per gli acquisti in economia.

3.3. SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO

3.3.1. ASSETTO ORGANIZZATIVO PER RISCHIO E SICUREZZA

L'assetto organizzativo dell'Azienda vede nell'Area tutela e Sicurezza clinica recentemente costituita all'interno del Dipartimento igienico organizzativo la risposta più aderente alle indicazioni regionali per una complessiva visione della sicurezza delle cure e gestione del rischio.

Tale struttura infatti ha al suo interno delle articolazioni che prevedono una visione integrata delle varie accezioni del rischio e della sicurezza potendo dialogare a tutto campo sia con i coloro che operano per processi di cura sia con le strutture tecniche di riferimento; nello stesso tempo garantisce il supporto per l'identificazione, l'analisi e il trattamento dei rischi, per la mediazione trasformativa e per la gestione degli eventi critici, sentinella e dei sinistri ed il risarcimento dei danni secondo le direttive della DGR 653/12 e 1706/2009, effettuando anche interventi correttivi su aree critiche, revisione di procedure, etc.

Tale struttura (che ha al suo interno la presenza del Risk Manager aziendale) opera poi a stretto contatto con il Direttore Sanitario a cui è affidata la responsabilità generale del rischio e della sicurezza e degli organi consultivi e di riferimento (quali la cabina di regia del rischio) per la predisposizione dei piani/ programmi del rischio e per le relative strategie aziendali (formazione, rendicontazione etc).

Inoltre la struttura opera direttamente nella gestione del contenzioso medico legale, si rapporta con l'ufficio legale ed assicurativo dell'azienda e partecipa al comitato valutazione dei sinistri per la loro gestione e negoziazione.

Nella sezione 4 è descritta la formazione del personale su rischio e sicurezza.

Si segnalano il corso di formazione "Sicurezza delle attività clinico assistenziali nell'AUSL di Bologna", e la quarta edizione del convegno aziendale "La verità e il suo doppio", con l'obiettivo principale di dare rilevanza alle attività sviluppate sul tema della sicurezza dalle singole Unità Operative aziendali.

3.3.2. SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Di seguito alcuni indicatori monitorati a livello regionale:

Governo rischio infettivo: punteggio aziendale sulle attività di governo del rischio infettivo in ambito sanitario e socio-sanitario:

- Igiene delle mani - 1: consumo globale di prodotti idralcolici (*proxy* per pratica di igiene delle mani): 2.688,5 lt (consumi per degenza ordinaria e day hospital).
- L'indicatore è di 4,78 lt /1.000 giorni di degenza a fronte di uno standard WHO di 20 lt /1.000 giorni di degenza
- Igiene delle mani – 2: punteggio riportato alla griglia di autovalutazione dell'OMS per l'adesione a una corretta igiene delle mani: 405/500
- Infezioni del sito chirurgico: si riportano di seguito i dati rilevati nel 2011 nelle strutture aziendali, riguardanti l'adesione al progetto regionale Sicher (Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico)

Tabella 3.7 percentuale di interventi sorvegliati nell'ambito del progetto SICHER

Dipartimento	U. O.	Percentuale adesione Sicher U.O. gennaio/dicembre 2011	Percentuale media di adesione Sicher dipartimento gennaio/dicembre 2011
Dipartimento Chirurgico	Chirurgia Generale Bazzano	37,20%	30,92%
	Chirurgia Generale Bentivoglio	31,90%	
	Chirurgia Generale Budrio	46,98%	
	Chirurgia Generale A Maggiore	16,77%	
	Chirurgia Generale B Maggiore	23,84% start ottobre 2011	
	Chirurgia Generale S. Giovanni in P.	43,02%	
	Chirurgia Generale Porretta	16,71% start febbraio 2011	
Dipartimento Oncologico	Chirurgia Senologica Bellaria	83,15%	71,10%
	Chirurgia Senologica S. Giovanni in P.	59,02%	
IRCSS Neuroscienze	Neurochirurgia Bellaria	55,80 % start giugno 2011	56,01%
	Neurochirurgia d'urgenza	56,25% start settembre 2011	
Dipartimento Emergenza	Ortopedia e Traumatologia Maggiore	0%	13,79%
	Ortopedia e Traumatologia Vergato	41,38%	
	Chirurgia del Trauma c/o chirurgia A -Maggiore	0%	
Dipartimento Materno Infantile	Bentivoglio	start dicembre 2011	start dicembre 2011 dati non valutabili
	Ostetricia Ginecologia	dati non valutabili	
	Maggiore Chirurgia Pediatrica	start dicembre 2011 dati non valutabili	
	Maggiore Ginecologia	start dicembre 2011 dati non valutabili	
	Maggiore Ostetricia	start dicembre 2011 dati non valutabili	
	Porretta Ostetricia	start dicembre 2011 dati non valutabili	

L'arruolamento delle 21 unità operative chirurgiche, generali, ortopediche e specialistiche, del Presidio Ospedaliero dell'Azienda USL di Bologna è stato suddiviso nell'arco dei 2 anni 2011 e 2012, per cui solo a fine anno 2012 saranno arruolate tutte le UUOO. E' comunque già in corso il feed back trimestrale alle UU.OO. coinvolte di dati sulla frequenza di infezioni, così come previsto dal progetto di sorveglianza attiva regionale e nazionale. La Regione Emilia Romagna, nel suo complesso, è la regione che maggiormente alimenta il progetto nazionale.

Vengono riportati nel paragrafo seguente relativo agli audit clinici i risultati degli **audit sulle infezioni** effettuati nel 2011.

SINISTRI/CONTENZIOSO

La capacità delle organizzazioni sanitarie di rilevare, analizzare e gestire le conseguenze di eventi avversi/indesiderati rappresenta un elemento di credibilità e affidabilità nei confronti dei pazienti e della comunità di riferimento.

La capacità dell'Azienda di garantire la buona qualità dei dati inseriti nel *database* regionale dei sinistri può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso due indicatori:

% di **missing** (informazioni mancanti) per quattro variabili rilevanti nella descrizione del singolo sinistro: a) danno lamentato; b) tipo di prestazione; c) anno di nascita della persona danneggiata; d) codice ministeriale;

% di **procedimenti ancora aperti** rispetto al numero totale atteso di procedimenti chiusi.

Tabella 3.8 Indicatori su sinistri/contenzioso Anni 2009-2011 Fonte: Banca dati del contenzioso RER

	AUSL BO	AOU BO	IOR	RER
Percentuale di valori missing relativi alle variabili: danno lamentato, tipo prestazione, anno di nascita, codice. Anni 2009-2011	10,1	9,4	2,6	7,6
Percentuale di sinistri eligibili per la chiusura ma non ancora chiusi. Anni 2009-2011	0,8	1,0	0,0	4,6

L'impegno assunto con la costituzione dell'Area Tutela e Sicurezza clinica prevede un miglior riscontro sugli indicatori di riferimento tenuto conto del maggior numero di sinistri complessivo dell'azienda e della loro gestione con uno snellimento dei passaggi procedurali soprattutto al fine di chiudere in tempi rapidi i sinistri da risarcire.

SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Nel 2008 l'OMS ha pubblicato e diffuso le linee guida "Guidelines for Safe Surgery" per la sicurezza in sala operatoria. Sulla base di queste raccomandazioni, è stata costruita una checklist per la sicurezza in sala operatoria, a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'adesione a standard di sicurezza per la prevenzione degli eventi avversi evitabili. I risultati emersi dalla sperimentazione condotta in ospedali di diversi Paesi suggeriscono che l'utilizzo della checklist può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie.

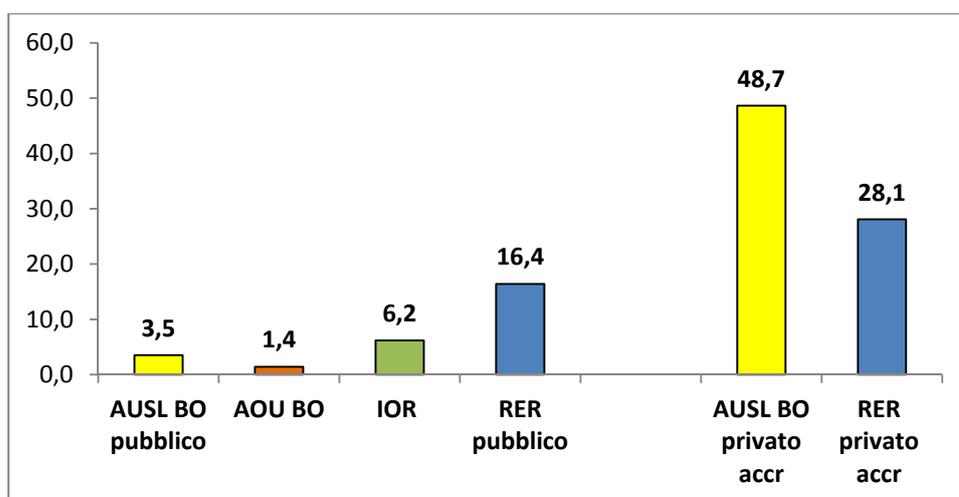
Il progetto SOS.net della regione Emilia Romagna si propone di promuovere l'uso della checklist nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un database dedicato.

L'adesione delle Aziende al progetto SOS.net – e, in particolare, l'adesione al database dedicato - può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso un semplice indicatore di "copertura":

% di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della checklist SOS.net²²

²² Naturalmente non entra nel calcolo dell'indicatore (e in particolare non viene inclusa nel numeratore) la quota di *checklist* che, pur correttamente compilate nella pratica quotidiana, non sono state inserite nel *database* regionale.

Grafico 3.3 Percentuale di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della checklist SOS.net Anno 2011 Fonte: Banca dati del contenzioso RER



Nell'Azienda Usl di Bologna l'utilizzo della Checklist SOSnet è stato attivato in via sperimentale, a partire dal 27/11/2010, nel Blocco operatorio generale **dell'Ospedale Maggiore**.

La scelta del Blocco generale del Presidio Maggiore è stata determinata dalla numerosità degli interventi effettuati annualmente, dalla complessità degli stessi e contemporaneamente dalle diverse tipologie chirurgiche ad esso afferenti. In fase iniziale la Checklist è stata applicata in una sola specialità chirurgica, e progressivamente estesa a tutte le specialità chirurgiche afferenti al blocco operatorio.

Nell'anno 2011 sono state inviate alla Regione 895 Checklist, relative ad interventi programmati; solo il 2% ha presentato caratteristiche di non conformità. Tutte le Checklist pervenute al centro di raccolta dati regionali sono risultate conformi con i criteri indicati dal progetto regionale SOS net.

Per l'anno 2012 l'obiettivo è l'applicazione della Checklist per migliorare la sicurezza del paziente in tutti i blocchi operatori aziendali. L'utilizzo della Check list è risultato molto alto nelle strutture **private accreditate**: più di 10.000 nel 2011, per quasi il 50% degli interventi chirurgici.

USO APPROPRIATO E SICURO DEI FARMACI

Audit sui farmaci sono descritti di seguito nel paragrafo relativo agli audit clinici (3.4.1).

Attività del Gruppo Regionale sul Rischio Clinico da farmaci

In continuità con i contenuti della Raccomandazione regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica "La ricognizione: premessa alla prescrizione", il Gruppo regionale per l'anno 2011 ha approfondito il tema della Riconciliazione. Quest'ultima è intesa come il processo nell'ambito del quale si confrontano i farmaci assunti dal paziente, così come evidenziato nella Ricognizione, con quelli indicati per la cura nella particolare circostanza, in funzione di una decisione prescrittiva corretta e sicura.

La Raccomandazione "Sicurezza nella terapia Farmacologica-Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura" è stata trasmessa a tutte le Aziende Sanitarie nell'agosto del 2011. Nel dicembre 2011 è stata completata la **revisione della Procedura madre di gestione clinica dei farmaci** ed è stato redatto il nuovo documento denominato "Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci". Nell'aprile del 2011 è stato realizzato un **video didattico** "Nonostante tutto" che mette in risalto alcuni passaggi critici del processo di terapia.

E' stata promossa una **giornata di formazione**, rivolta a Infermieri, Medici e Farmacisti coinvolti nei percorsi e nell'adozione degli strumenti di gestione del rischio o appartenenti a gruppi multidisciplinari aziendali.

USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI

Sono state recepite e diffuse le indicazioni del documento regionale, Dossier RER 190-2010, è stato attivato uno specifico gruppo di lavoro aziendale del Comitato Infezioni per l'elaborazione di un protocollo di

trattamento delle infezioni delle vie urinarie nell'adulto, nell'ambito dei lavori dell'Audit, avviato sulle prescrizioni dei fluorochinoloni nel dipartimento medico.

Il protocollo è stato elaborato dal gruppo multidisciplinare del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere), secondo la composizione prevista dalla Commissione regionale, attivata dall'Area rischio infettivo dell'Agenzia sociosanitaria RER, ed è stato diffuso all'interno del Dipartimento medico nell'ambito del quale è stata misurata l'adesione tramite le attività di Audit.

Sono state inoltre realizzate e presentate le indicazioni operative per il trattamento delle infezioni delle vie urinarie non complicate, polmoniti, della diarrea da *Clostridium difficile*.

Sono stati individuati in tutti gli stabilimenti ospedalieri i referenti nell'ambito del programma di stewardship antibiotica.

Trimestralmente sono prodotti report, inoltrati alle UU.OO., per il monitoraggio dei consumi e delle multi resistenze.

REAZIONI AVVERSE DA FARMACI

E' attivo il progetto Reazioni avverse da farmaci. Viene effettuata Farmacovigilanza attiva presso il PS e la Medicina d'Urgenza Ospedale Maggiore. Ogni mattina il farmacista svolge una rapida analisi degli accessi al PS del giorno precedente (il lunedì mattina del week-end precedente), estrapolando i casi "sospetti" e confrontandosi con il medico che ha redatto il referto per discutere l'eventuale correlazione "patologia-assunzione del farmaco". I medici in questa occasione vengono aggiornati sulla situazione dell'avanzamento del progetto di Farmacovigilanza al fine di sensibilizzarli sull'importanza della segnalazione.

Sono state inoltre avviate le procedure per l'attivazione delle borse di studio da dedicare ai progetti "Farmacovigilanza nelle RSA" e "Farmacovigilanza in pazienti politrattati" finanziati da AIFA.

Nell'anno 2011 le segnalazioni di sospette reazioni avverse (ADR) pervenute al Responsabile Aziendale di FV ed inserite nella rete nazionale sono state **223**.

La sospette ADR definite dal segnalatore di tipo "grave", che hanno messo in pericolo la vita del paziente provocando l'ospedalizzazione o il suo prolungamento sono state 41, 179 sono state classificate "non gravi" e 3 con esito "non definito". Tra le gravi vanno segnalate 3 sospette ADR in cui si è verificato il decesso del paziente. Le segnalazioni di sospette ADR riguardanti i Vaccini sono state in totale 45. Di queste 32 a bambini e adolescenti (7 ADR per "PAPILLOMAVIRUS - UMANO TIPI 16, 18 -" e di queste, 1 con esito GRAVE) e 13 ad adulti.

La percentuale di segnalazioni riguardanti il sesso femminile è del 58,7%.

Nel corso del 2011 sono state inserite 13 sospette ADR presenti nella rete "Farmaci sottoposti a monitoraggio - Registri ONCO AIFA".

CADUTE

Al fine di un approccio sistemico, si è provveduto a creare uno strumento (procedura Prevenzione e gestione dell'evento caduta del paziente in ospedale Dic.2011) al fine di identificare nuove strategie di miglioramento del processo clinico-assistenziale.

Gli strumenti ora a disposizione dei professionisti sono:

- procedura aziendale per la gestione e prevenzione delle cadute accidentali in ospedale ;
- strumento di valutazione del rischio caduta;
- scheda di segnalazione di caduta accidentale .

Ai fine dello studio sistemico sono stati considerati alcuni parametri:

- numero totale di cadute nel periodo anno 2011
- conseguenze riportate in seguito alla caduta
- luoghi in cui più frequentemente si verifica l'evento
- orari in cui avviene con maggiore frequenza la caduta
- circostanza in cui si verifica più frequentemente l'evento

Azioni in fase di progettazione :

- implementazione strategie preventive
- interventi educativi/formativi rivolti al personale sanitario
- interventi informativi (es. poster) rivolti ai parenti/accompagnatori degli utenti

Le schede di segnalazione delle cadute vengono inserite manualmente in un database. Riportiamo alcuni dati significativi relativi all'anno 2011.

Tabella 3.9 numero di cadute distribuite per dipartimento. Anno 2011

DIPARTIMENTO	Casi	%
DIPARTIMENTO MEDICO	550	66,8%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	84	10,2%
DIP.NEUROSCIENZE E CHIR.TESTA COLLO	74	9,0%
DIPARTIMENTO EMERGENZA	63	7,7%
DIP. SALUTE MENTALE	15	1,8%
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	10	1,2%
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	8	1,0%
DIPARTIMENTO IGIENICO ORGANIZZATIVO	7	0,9%
non indicato	6	0,7%
DIPARTIMENTO SERVIZI	6	0,7%
	823	100,0%

Tabella 3.10 numero di cadute distribuite per classe di età. Anno 2011

FASCIA D'ETA'	Casi	%
75-84	268	32,6%
85 e oltre	222	27,0%
65-74	163	19,8%
45-64	101	12,3%
15-44	47	5,7%
non indicato	13	1,6%
01-04	7	0,9%
05-14	2	0,2%
	823	100,0%

E' inoltre stato rilevato che quasi il 50% delle cadute avviene nelle ore notturne.

SICUREZZA DEI SISTEMI RIS-PACS

L'azienda USL di Bologna ha implementato più dell'80% delle azioni definite dalla RER e dalla cabina di regia per la sicurezza RIS-PACS. In particolare gli interventi hanno riguardato la gestione in sicurezza dell'anagrafica del paziente e le interfacce operative per i professionisti allo scopo di ridurre la possibilità di errore. Nel 2011 è stata avviata in via sperimentale l'adozione del braccialetto di ID paziente con tecnologia RFID in tutti i Pronto Soccorso e le diagnostiche per immagini degli ospedali aziendali. Inoltre si sta procedendo alla conversione totale all'uso del bracciale RFID di tutte le UO dell'Ospedale di Porretta Terme. Si sta procedendo all'adozione del sistema di segnalazione regionale per i sistemi RIS-PACS e alla sua integrazione con il sistema di segnalazione interno all'azienda.

La particolare attenzione al tema della sicurezza ha portato la Direzione Sanitaria ad avviare il percorso per la Certificazione UNI EN ISO 27001/2006 per la “Gestione del paziente tramite sistema informativo RIS-PACS finalizzato a pianificazione – erogazione e archiviazione diagnostica”, primo a livello nazionale in ambito sanitario. La ricognizione effettuata presso la nostra Azienda circa le indicazioni RER in materia di sicurezza per i sistemi RIS-PACS ha evidenziato numerosi punti di eccellenza.

3.3.3. GESTIONE DEGLI EVENTI CRITICI

All'interno del Dipartimento Igienico Organizzativo – area Tutela e Sicurezza Clinica, la U.O. di Medicina Legale e Mediazione affronta, tra le altre, le seguenti tematiche:

1. **Consulenze e supporto ai clinici** per quesiti di natura etico professionale e problemi di responsabilità professionale.
2. **Gestione del contenzioso**, incluso le relazioni con le Compagnie Assicurative, integrando competenze economiche, legali, cliniche e medico legali in collaborazione con il Servizio Legale e delle Assicurazioni, in particolare riguardo a:
 - valutazione medico-legale del sinistro
 - procedimento giudiziario civile
 - procedimento penale
3. **Mediazione trasformativa**, procedura attraverso la quale si ricompono una relazione conflittuale tra struttura e cittadino, tra operatori e utenza, tra operatori ed operatori. La mediazione, partendo dall'evento che ha scatenato il conflitto, tende alla ricerca di una dimensione comunicativa tra cittadino e professionista e/o tra professionista e professionista, per facilitare l'instaurarsi di una nuova relazione basata sulla fiducia e sul rispetto reciproco fra le persone.

Al fine di un approccio sistemico, si è provveduto a creare uno strumento (procedura Percorso di ascolto/mediazione dei conflitti in ambito sanitario - Dicembre 2011).

N° mediazioni anno 2011: Tot. 41

La UO di Medicina Legale e Mediazione ha sviluppato la collaborazione con la Direzione Sanitaria per la disamina di alcuni sinistri di particolare rilevanza (gravità di accadimento, risvolti organizzativi, urgenza di provvedimenti correttivi-preventivi rispetto all'accadimento per evitarne il reiterarsi, entità della richiesta risarcitoria, grave danno all'immagine dell'Azienda....). In questo contesto si sviluppa anche la segnalazione degli **Eventi Sentinella** in linea con le indicazioni del Ministero e della Regione.

La segnalazione (volontaria od obbligatoria) è uno degli strumenti retrospettivi che permettono di identificare **eventi avversi o quasi eventi**, nonché situazioni pericolose allo scopo di analizzarli per identificarne le cause ed implementare misure di controllo per evitare futuri accadimenti, permettendo in tal modo di aumentare la sicurezza attraverso l'apprendimento dai fallimenti del sistema individuando/sperimentando le risposte a tali fallimenti.

Azioni adottate:

- sono stati elaborati i nuovi strumenti relativi al rischio cadute, precedentemente descritti
- è stata elaborata una scheda di segnalazione dell'evento/quasi evento e una scheda di analisi dell'evento/quasi evento. Tale modalità di segnalazione, con successiva processazione dell'evento/quasi evento mediante strumenti di gestione del rischio, è corredata da una procedura aziendale attualmente in bozza nella quale viene definito in maniera strutturata il percorso seguito dalla segnalazione e che presuppone l'esistenza di Referenti di I livello e di II livello. Tale modalità di segnalazione è seguita dai Dipartimenti Medico e Materno-Infantile dopo attività di formazione nel periodo 2010-2011.
- è disponibile un Protocollo aziendale “Gestione emergenze medico-legali ed eventi sentinella” illustrante il percorso aziendale previsto per la segnalazione degli eventi critici. In aggiunta l'evento sentinella in accordo con quanto previsto dal Sistema SIMES, viene idoneamente segnalato e processato con applicazione di strumenti retrospettivi (Root Cause Analysis, Focus Group, Significant

Event Audit) per l'individuazione e successiva progettazione/attuazione di azioni di miglioramento individuate.

- per l'analisi degli eventi critici sono stati applicati strumenti retrospettivi (RCA e Audit di evento significativo) e prospettici (FMECA e Audit clinici)

3.3.4. TRACCIABILITÀ DEI PAZIENTI E PREVENZIONE ERRORI DI IDENTIFICAZIONE

BRACCIALETTO

L'azienda USL di Bologna ha introdotto la sperimentazione sull'uso del bracciale ID paziente nel 2010 scegliendo la tecnologia RFID (Radio Frequency Identification) per i potenziali benefici che ne potevano derivare in sede di applicazioni future.

La sperimentazione ha interessato in una prima fase i PS degli Ospedali dell'azienda ad esclusione di quello dell'Ospedale Maggiore per motivi derivanti dalla complessità organizzativa ivi presente e dai tempi di intervento che non erano compatibili con una sperimentazione di questo tipo. L'obiettivo era fare indossare a tutti i pazienti che accedevano al pronto soccorso il bracciale ID paziente e utilizzarlo nella interfaccia con il sistema di accettazione e ricovero paziente, il software di PS e il sistema Ris-PACS della diagnostica per immagini, che sono stati tutti modificati ad hoc per il suo utilizzo. La modifica ha riguardato anche il software di gestione delle richieste diagnostiche (galileo) che è in uso nella nostra azienda. Il lettore utilizzato era un lettore in grado di leggere sia l'RFID sia il codice a barre per permettere una flessibilità di uso in azienda.

La tecnologia ha presentato nelle prime fasi alcune criticità che si possono riassumere in:

- cedevolezza del bracciale alle sollecitazioni meccaniche che lo rendeva non a prova di rottura;
- lettura RFID difficoltosa;
- difficoltà di gestione del segnale WIFI nelle aree di radiologia.

Attualmente il bracciale funziona bene nell'ultima versione, per cui si è deciso di procedere con la fase di conversione progressiva di tutte le UO dei vari ospedali all'uso del bracciale.

I dati di utilizzo del bracciale sono riassunti nella tabella allegata; sono dati indiretti che si basano sul numero di pazienti provenienti da PS che accedono alle diagnostiche per immagini con bracciale.

Tabella 3.11 dati di rilevazione braccialetti anno 2011

RILEVAZIONE ANNO 2011	BAZZANO (ultimi 3 mesi)	BENTIVOGLIO	BUDRIO	PORRETTA TERME (ultimi 6 mesi)	S.GIOVANNI PERSICETO	VERGATO (ultimi 6 mesi)
N. totali esami eseguiti provenienza da PS	2.707	21.232	9.648	3.277	13.072	3.943
N. esami con braccialetto	1.009	6.185	6.816	2.405	6.208	3.127
N. esami con braccialetto verificato anche a mano	773	3.987	5.217	1.906	3.791	2.518
% braccialetti presenti sugli esami totali	37%	29%	71%	73%	47%	79%
% braccialetti verificati anche a mano sugli esami totali	29%	19%	54%	58%	29%	64%

I bassi numeri di Bentivoglio e S. Giovanni in Persiceto, che erano molto più alti ad inizio sperimentazione, sono verosimilmente dovuti all'eccessivo protrarsi della stessa con conseguente perdita di motivazione del personale; la percentuale bassa di Bazzano dipende dal fatto che la introduzione del bracciale è stata fatta negli ultimi due mesi dell'anno. Attualmente tutte le UO dell'ospedale di Porretta Terme usano il bracciale, si procederà poi con quello di Vergato e successivamente con gli altri.

ALTRI APPLICATIVI

All’Ospedale di Porretta Terme è in uso da poco tempo la procedura informatizzata di prelievo ematico. Tale procedura si basa sull’utilizzo di un tablet PC portatile; le provette dopo il prelievo vengono validate/acoppiate al paziente tramite la lettura del bracciale. Tale azione valida anche la richiesta in laboratorio. A Porretta Terme è in uso anche una procedura di bed management su tablet PC, in cui ogni professionista è in grado di identificare il luogo in cui è ricoverato un paziente, con la diagnosi e lo stato in relazione alla possibile dimissione (l’Ospedale di Porretta Terme è organizzato per intensità di cura). Ambedue gli applicativi, se la fase di test sarà efficace, verranno estesi agli altri ospedali.

VALUTAZIONE DEI RISCHI – STRUMENTI PER GLI OPERATORI

Negli ultimi anni, la formazione in aula in materia di gestione del rischio è stata integrata in misura sempre maggiore con metodologie che coinvolgessero in maniera più attiva i professionisti. L’ultimo strumento costruito a tale scopo è una **procedura informatica di facilitazione all’analisi di processo**, per la identificazione delle varie attività che lo compongono e dei possibili eventi a rischio a queste collegate. In relazione agli eventi a rischio sarà possibile individuare delle azioni di miglioramento con un tempogramma di attuazione. Tale strumento risiede sulla intranet, ed ad ogni UO aziendale è stato richiesto di individuare un processo clinico assistenziale di interesse insieme a due referenti (uno dell’area medica ed uno dell’area infermieristica) che potessero fare da facilitatori nella loro equipe per effettuare l’analisi in termini di gestione del rischio. Al termine dell’analisi ogni UO identificherà due azioni di miglioramento da sviluppare in un tempo concordato. Sono state messe a disposizione delle UO anche due persone di supporto alla redazione dell’analisi da parte dei Sistemi per la Sicurezza. Questo progetto è stato inserito come obiettivo di budget per le UO aziendali. Attualmente sono coinvolte ne progetto 41 UO aziendali alcune di queste con processi trasversali.

Un esempio di come si sviluppa una analisi di processo con questo strumento è riportato nell’immagine seguente tratta dall’intranet aziendale:

Scheda di rilevazione degli eventi a rischio

creato da [Intranet Master](#) – ultima modifica 05/07/2011 11:21

Anno: [Manuale d'uso](#)

C.d.R.:

Questa tabella (Tabella A) mostra l'elenco delle informazioni inserite.

Id	Pdt	Attività	Evento a rischio	Rischio Pot.	Soggetto a rischio	Azione	Tipo Azione	Tempi	Stato	Modalità di attuazione dell'azione
96	percorso 1 [1]	accoglienza del paziente	28 - Identificazione non corretta del paziente	Basso	Paziente	accertarsi dell'identità del paziente	preventiva	6/2012	Da Fare	Controllo e verifica del documento sanitario del paziente
76	percorso 1 [2]	Accettazione in reparto del pz vascolare	Mancata consegna o comunicaz. da parte del pz di tutti i farmaci che assume	Medio	Paziente	consegna elenco dei farmaci con dosaggi e posologia chiedi conferma della lista completa all'accompagnatore	preventiva protettiva	1/2001 10/2011	In Corso Da Fare	
85	percorso 1 [3]	referto e prescrizione esame da parte del medico	68 - Inadeguato comportamento del visitatore	Basso	Paziente	chiarezza compilazione	preventiva	12/2011	Da Fare	Utilizzo del foglio di prescrizione unico; formazione operatori
90	percorso 1 [4]	Cateterismo venoso	34 - Imbrattamento dell'operatore da materiale biologico durante una procedura diagnostica	Medio	Operatore	uso DPI	preventiva	1/2011	In Corso	
91	percorso 1 [5]	prelievo ematico	46 - Schizzo di materiale biologico sul viso dell'operatore	Medio	Operatore	uso di adeguati DPI	protettiva	1/2010	Fatto	

3.3.5. SICUREZZA DI STRUTTURE E IMPIANTI

Durante l’anno 2011 è proseguito il piano di adeguamento strutturale ed impiantistico delle strutture sanitarie aziendali, con l’obiettivo di un migliore confort e di una maggior sicurezza per gli operatori ed i pazienti. In particolare il lavoro svolto per gli adeguamenti normativi ha consentito di ottenere o rinnovare il certificato di prevenzione incendi per 6 dei 9 ospedali aziendali e di porre le basi per concludere tale iter

entro il 2012 anche per gli altri tre ospedali. L'andamento degli investimenti per la sicurezza negli ultimi anni è sinteticamente riportato nella tabella seguente.

Tabella 3.12 Piano aziendale degli investimenti per la sicurezza.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	totale generale anni 2005-2011
2.467.000	2.794.000	3.229.000	3.358.000	4.105.000	3.970.867	4.251.167	24.175.034

Una parte significativa degli investimenti è stata dedicata all'adeguamento delle strutture alla normativa antincendio ed al miglioramento della sicurezza degli impianti tecnologici.

Il perseguimento dell'obiettivo della **sicurezza antincendio** secondo l'ultima normativa rappresenta uno degli elementi più importanti nelle scelte strategiche d'investimento dell'azienda; la concretizzazione dell'obiettivo è rilevabile anche da un recente benchmark effettuato a livello regionale, benchmark nel quale l'Azienda è risultata esser quella che meglio e più di altre ha attuato gli interventi previsti dalla normativa. Di rilievo anche la scelta strategica aziendale di privilegiare le caratteristiche ergonomiche e di sicurezza in tutte le attrezzature acquisite, sia tecnologica che di arredo.

TECNOLOGIE BIOMEDICHE E DISPOSITIVI MEDICI

Secondo rapporti nazionali e internazionali i Dispositivi Medici-DM (e tra questi le Tecnologie biomediche) sono tra le principali cause di incidenti ed eventi avversi; la spiegazione può essere molteplice: ampia diffusione delle tecnologie e DM, eccessiva ricorso a strumenti poco conosciuti, maggior disponibilità a denunciare eventi avversi imputabili a cause "esterne". L'Azienda USL per governare questa tipologia di rischio ha sviluppato strategie su più piani operativi:

- investimenti rilevanti volti a **RINNOVARE il parco tecnologico esistente**: la sostituzione delle apparecchiature meno recenti permette non solo di incrementare efficienza, produttività e di assicurare prestazioni diagnostico-terapeutiche adeguate alle esigenze, ma anche di adeguare costantemente gli strumenti alle norme tecniche e alle direttive europee sempre più attente agli aspetti di sicurezza (per i pazienti e gli operatori) ed efficacia clinica.
- Individuazione di aree di rischio e attuazione di **programmi specifici di INNOVAZIONE**. In questo contesto sono state attuate azioni sia per il personale assegnato all'assistenza (letti con movimentazione non manuale, sistemi di sollevamento di tipo portatile nelle nuove aree intensive), ma per ridurre rischi (nuova dotazione di sistemi per iniezione di Mezzo di contrasto adeguati alle nuove indicazioni della direttiva dispositivi medici in materia di monouso-monopaziente) e migliorare l'assistenza dei pazienti (attribuzione di monitor per la rilevazione dei parametri vitali presso le degenze per un controllo puntuale di pazienti in osservazione, ampia diffusione nelle strutture sanitarie di dotazione per l'emergenza con defibrillatore semiautomatico, rilevatore di saturimetria e aspiratore a batteria, per garantire la tempestiva assistenza dei pazienti, etc.).
- **iniziative formative** nei confronti degli operatori per un utilizzo corretto delle tecnologie, vincolando l'accettazione e il collaudo all'avvenuto addestramento del personale utilizzatore. (formazione e responsabilizzazione). Nell'ambito della procedura aziendale per i collaudi delle tecnologie biomediche è stata predisposta modulistica che sintetizza gli aspetti rilevanti (consegna del MANUALE D'USO, riferimenti agli specialisti incaricati dell'addestramento, etc.)
- individuazione di **Referenti Aziendali per la Vigilanza** con competenze specifiche nei settori a maggior rilevanza di rischio (Farmacia e Ingegneria Clinica)
- definizione di **procedure per la valutazione degli eventi avversi** legati a tecnologie e per la valutazione sia delle segnalazioni di incidente/mancato incidente che di verifica e trattamento degli alert su tecnologie e DM.
- Individuazione di **responsabilità e politiche** per la gestione e la manutenzione delle tecnologie

3.4. APPROPRIATEZZA, QUALITA' DELLE CURE E DIGNITA' DELLA PERSONA

3.4.1. L'AUDIT CLINICO

Lo strumento audit clinico è ormai entrato come elemento fondante le logiche di governo clinico in Azienda: la Direzione ha riposto molte aspettative in questo approccio, con l'intento di ottimizzare tutti gli elementi di qualità della cure erogate ai cittadini. Una prima dimostrazione è il crescente numero di obiettivi di budget inerenti progetti di audit: 41 nel 2011, a fronte di 15 nel 2009 e 26 nel 2010.

Nella sezione 4.5 è inserito un abstract del Convegno: Ti racconto di te: l'audit clinico nell'AUSL di Bologna anno 2011

Tabella 3.13 progetti di audit aziendali nel 2011. Fonte dati Governo Clinico aziendale

AUDIT ATTIVI	
Sepsi, fase ospedaliera	Appropriatezza prescrittiva della diagnostica oculistica, interaziendale fase ospedaliera e territoriale
Scompenso cardiaco, fase ospedaliera	Percorso cefalea, fase ospedaliera
Percorso tumore della mammella, fase ospedaliera	Audit percorso mielolesioni, interaziendale
Percorso tumori colon-retto - appropriatezza prescrittiva colonscopie, aziendale	Percorso insufficienza respiratoria, fase ospedaliera
Percorso stroke care, Geriatria Bentivoglio, fase ospedaliera	Audit sorveglianza attiva Clostridium Difficile
Audit profilassi antibiotica perioperatoria	Ossigenoterapia a lungo termine, fase territoriale
Audit su lettere di dimissione di pazienti con IMA/SCA, fase ospedaliera	Audit sulle azioni di miglioramento riferite ai servizi residenziali per anziani
SERT, fase territoriale	Audit prescrizione fluorochinoloni, fase ospedaliera
Farmaci biologici in dermatologia (psoriasi), interaziendale, fase ospedaliera	Audit su trattamento del dolore in area Pediatrica
Audit percorso frattura di femore	Farmaci biologici nella neoplasia del polmone, fase ospedaliera
Farmaci biologici in reumatologia (AR), fase ospedaliera	Percorso trauma cranico dell'adulto, fase ospedaliera
Paziente HIV positivo, fase ospedaliera	Audit riabilitazione domiciliare
Farmaci biologici nella neoplasia del colon-retto	Audit su trattamento del dolore in area Chirurgica-Intensivistica
Audit su trattamento del dolore in area Medica	Audit del percorso SCA/NSTEMI Osp. Maggiore
Audit buon uso del sangue	Audit ossigenoterapia iperbarica
Valutazione dell'adesione alle buone pratiche di aspirazione delle secrezioni tracheo-bronchiali nei pazienti con protesi respiratoria in terapia intensiva	Audit prescrizioni farmaci in dimissione - Dlp.to Medico
Audit trombolisi ictus	Appropriatezza prescrittiva della diagnostica senologica urgente, interaziendale
Audit stroke care	Prevenzione TEV in chirurgia elettiva, fase ospedaliera
Scompenso cardiaco, fase territoriale (Dist. S. Lazzaro)	Audit lavaggio delle mani
Cardiopatía post-infartuale, fase territoriale (MMG)	Audit misure di isolamento da alert organism
AUDIT CHIUSI	
Percorso ictus fase ospedaliera	Audit sulla diagnostica eco-doppler
Appropriatezza prescrittiva della diagnostica dermatologica, interaziendale fase ospedaliera e territoriale	Audit sulla diagnostica pesante (RMN)
Percorso dialisi CAL/CAD, interaziendale	Audit centro anti-fumo angiologia
La contenzione meccanica presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura del DSM-DP	Audit Regionale Ictus
Audit uroflussimetria	Audit PET

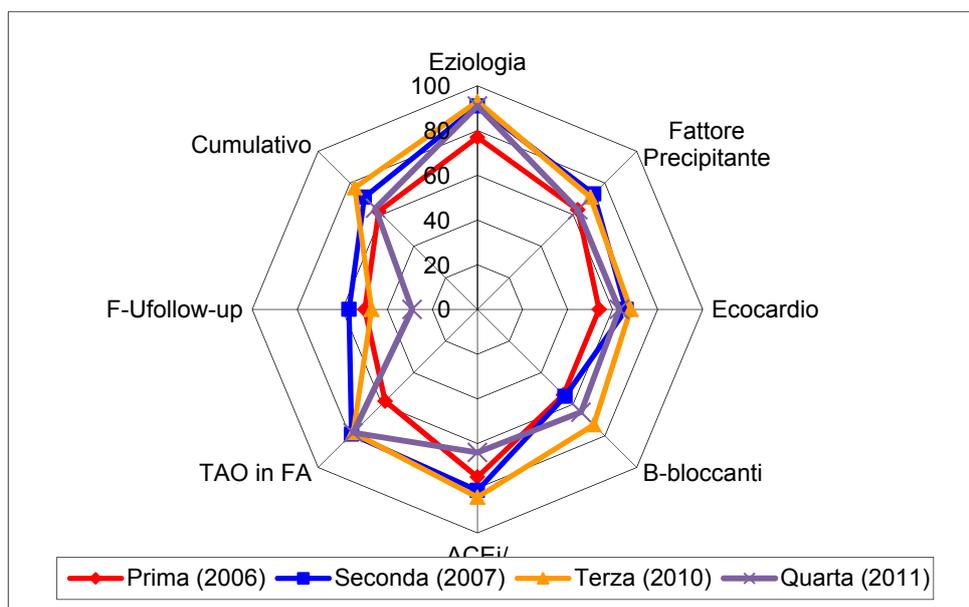
SPECIFICHE DI PROGETTI DI AUDIT

AUDIT SU TEMI CARDIO-CEREBRO-VASCOLARI

Su questo tema si concentrano diversi progetti di audit clinico.

SCOMPENSO CARDIACO: è proseguita l'attività di audit sulle lettere di dimissione di pazienti ricoverati con quadro di scompenso cardiaco. Rispetto agli anni passati, non si è visto un trend in miglioramento delle performance: questo ha imposto una accelerazione del progetto inerente l'ottimizzazione del percorso territoriale del paziente con scompenso cardiaco, nonché una rivisitazione di alcuni indicatori adottati nell'audit (in primis un indice di stabilità del paziente in dimissione).

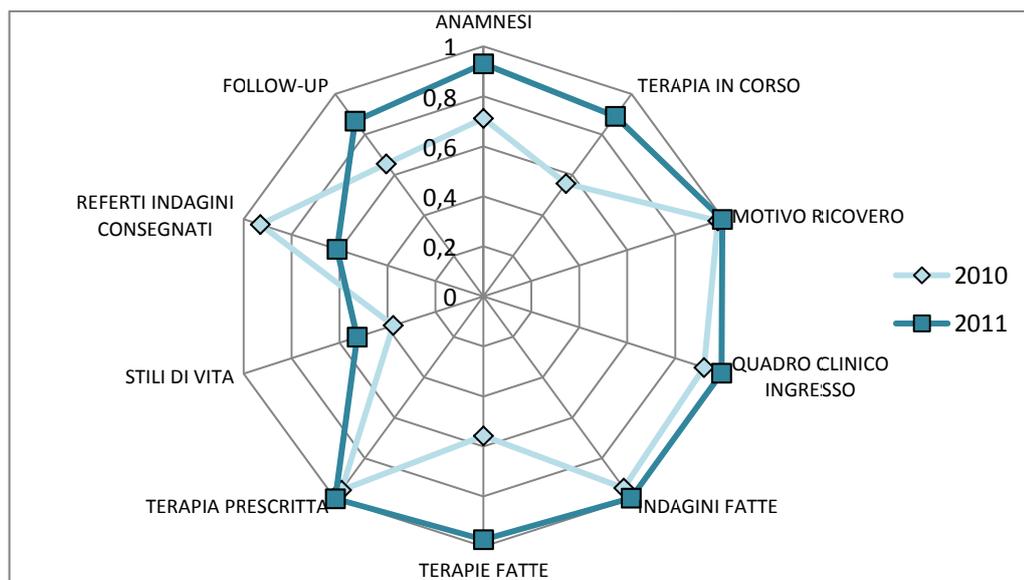
Grafico 3.4 Andamento degli indicatori dell'audit scompenso cardiaco nelle quattro rilevazioni (2006-2007-2010-2011)



POST-IMA: sul tema IMA/SCA i progetti di audit sono tre: uno sulle lettere di dimissione (LDO), un altro con la Medicina Generale sulla prevenzione secondaria ed infine uno sullo NSTEMI/SCA con l'Ospedale Hub (Osp Maggiore) per le procedure di rivascolarizzazione.

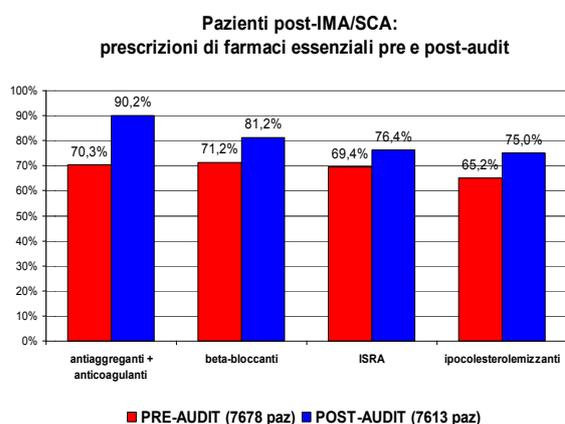
- **LDO (lettera di dimissione ospedaliera):** diversi sono gli ambiti di miglioramento sulla qualità delle lettere di dimissione ospedaliera, soprattutto per quanto concerne un elemento critico di passaggio ospedale-territorio. Nel 2011 questa valutazione è stata fatta anche per i reparti di Medicina/Geriatria che dimettono pazienti con quadri di IMA/SCA. I risultati sono lontani dai livelli di performance delle Cardiologie. E' previsto per il 2012 un progetto di miglioramento inerente la qualità delle lettere di dimissione dei reparti di Medicina/Geriatria (indipendentemente dalla diagnosi).

Grafico 3.5 Andamento degli indicatori dell'audit lettere di dimissione ospedaliera (anni 2010-2011)



MMG: è un progetto che ha visto arruolati 450 MMG e 7.635 pazienti. I risultati sulle principali raccomandazioni cliniche di pazienti con un precedente evento coronarico, già buone in partenza, hanno visto un ulteriore miglioramento, sia in termini di processo (qualità della registrazione del dato) sia in termini di esito clinico-assistenziale (percentuale di pazienti seguiti secondo le migliori raccomandazioni)

Grafici 3.6 Andamento degli indicatori dell'audit post IMA MMG

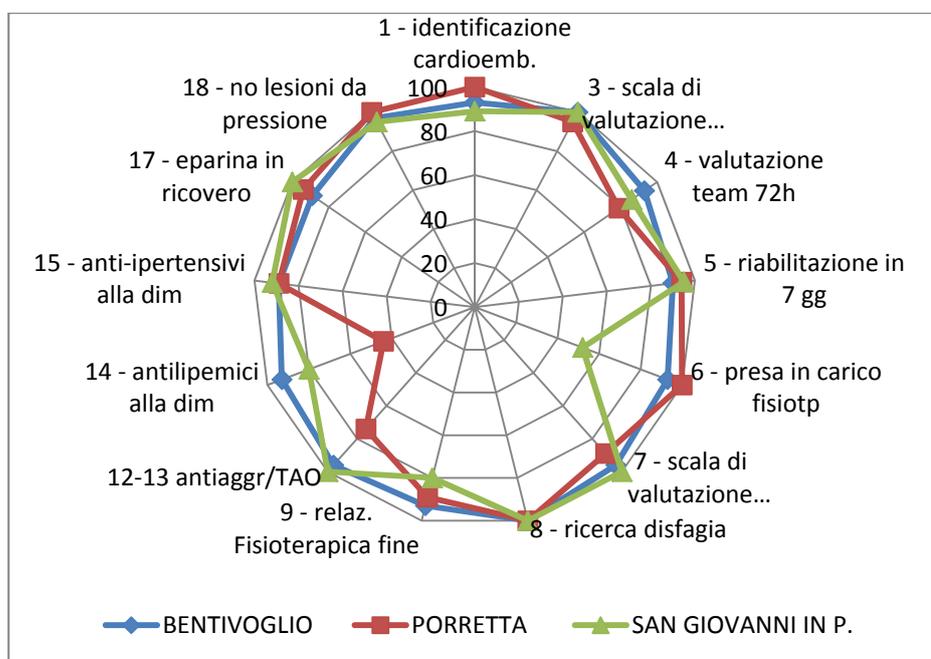


STROKE: gli audit attivi sul tema stroke sono tre: uno sulla fase trombolisi dell'ictus ischemico acuto, uno sulle aree di stroke care ed infine uno dedicato ai letti di stroke care della geriatria di Bentivoglio.

- **Trombolisi nell'ictus ischemico acuto:** è emerso come, a fronte di buoni livelli di performance sulla specificità di riconoscimento (i falsi positivi centralizzati per trombolisi risultano stabili negli ultimi due anni attorno al 10%), sembrano crescere i falsi negativi, cioè quei pazienti erroneamente non riconosciuti sul territorio come candidati alla trombolisi. La fase intraospedaliera del percorso trombolisi vede buoni livelli di performance in termini di timing di processazione delle varie fasi (presa in carico-diagnosi-trattamento), elemento cardine per un percorso molto tempo-dipendente.

Stroke care: come evoluzione dell'audit fatto nella stroke care dell'Ospedale di Bentivoglio, è stato sviluppato un progetto per tutte le aree di stroke care aziendali (Osp. Bentivoglio, Osp. San Giovanni in Persiceto, Osp. Porretta), su 18 indicatori inerenti diverse dimensioni della qualità. Buoni i livelli di performance su indicatori di processo. Questo audit ha mostrato invece i differenti approcci sulla presa in carico riabilitativa in fase acuta-subacuta ed anche sul destino riabilitativo-assistenziale dei pazienti. Anche per questo motivo nel 2012 verrà avviato un tavolo di lavoro interaziendale sui pazienti colpiti da ictus.

Grafico 3.7 Andamento degli indicatori dell'audit stroke care 2011



AUDIT SUL TEMA DOLORE

In Azienda sono attivi tre progetti di audit clinico sul tema dolore: uno in ambito chirurgico, uno in ambito pediatrico ed uno sviluppato nei degenti del Dipartimento medico. Quest'ultimo audit, più avanti dal punto di vista progettuale, ha mostrato alcuni ambiti di miglioramento su cui progettare azioni formative/informative e di percorso. In particolare ancora non ottimale l'utilizzo di scale di valutazione del dolore o l'appropriatezza delle terapie adottate

AUDIT PROFILASSI IN CHIRURGIA

La profilassi in chirurgia sia sul tema del tromboembolismo venoso sia delle infezioni è argomento molto attuale, dalle forti valenze di rischio clinico. In azienda, dopo aver definito procedure apposite, sono stati approntati due audit clinici indipendenti ma paralleli che hanno mostrato un quadro buono anche se migliorabile. In particolare l'inappropriatezza della terapia antibiotica si è dimostrata del 7%: 2% di sottoutilizzo e 5% di sovra utilizzo.

AUDIT INFEZIONI

SEPSI: questo audit, avviato nel 2010 sull'onda del progetto LASER, ha visto nel 2011 la seconda rilevazione di 17 indicatori elaborati partendo dall'algoritmo di gestione della sepsi adottato in azienda. Fra le due rilevazioni sono state fatte azioni di formazione/informazione nonché la distribuzione di remainder focalizzati su 8 step critici per la gestione di questi pazienti. Dei vari indicatori rilevati, da segnalare il miglioramento, anche se ancora non ottimale, del dato emocolture eseguite, miglioramento (dal 56% al 67%) che raggiunge anche una significatività statistica.

HIV: questo audit, indirizzato a valutare la qualità dell'assistenza a pazienti ambulatoriali che accedono al DH infettivologico, nonostante alcune difficoltà di percorso, ha permesso di evidenziare rispetto a standard internazionali un'ottima fotografia delle buone modalità assistenziali di questi pazienti, insieme ad alcuni ambiti di miglioramento. Al 29% dei pazienti viene richiesta una DXA (densitometria ossea).

AUDIT PRESCRIZIONE FLUOROCHINOLONICI: questo audit, condotto nel corso del 2011 nell'ambito del Dipartimento Medico, aveva l'obiettivo di identificare i comportamenti prescrittivi inappropriati dei fluorochinoloni. I risultati hanno evidenziato un'area di inappropriatazza nell'ambito delle infezioni non complicate delle vie urinarie, condizione per la quale sono state realizzate, condivise e presentate delle indicazioni operative per il trattamento. L'esiguità di esami colturali osservati conferma che è necessario continuare a sensibilizzare gli operatori sanitari, anche ai fini di incidere sull'antibiotico-resistenza.

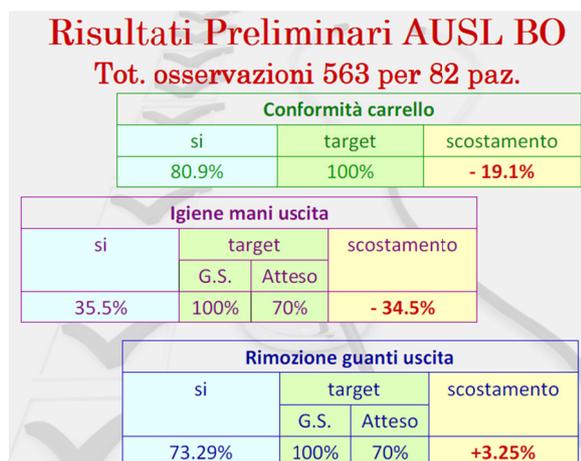
AUDIT LAVAGGIO MANI: questo progetto, inserito in una più ampia visione di sicurezza del paziente nel piano "clean care is safer care", nasce dall'esigenza, condivisa in tutti in tutti gli ambiti assistenziali, di ottimizzare l'adesione alle raccomandazioni sul lavaggio delle mani per il personale sanitario che assiste ai malati. Come per altre realtà internazionali, i risultati non sono confortanti, e su questa priorità è stato portato avanti il progetto di audit.

Figura 3.2 audit lavaggio mani



AUDIT MISURE DI ISOLAMENTO DA ALERT ORGANISM: questo progetto di audit clinico multicentrico coordinato dal CIO della nostra azienda, è stato strutturato per monitorare la delicata fase di messa in opera di misure di isolamento in presenza di rilievo di alert organism. I risultati preliminari mostrano ambiti di miglioramento in diversi ambiti su cui concentrare azioni precise ed incisive.

Figura 3.3 audit misure di isolamento

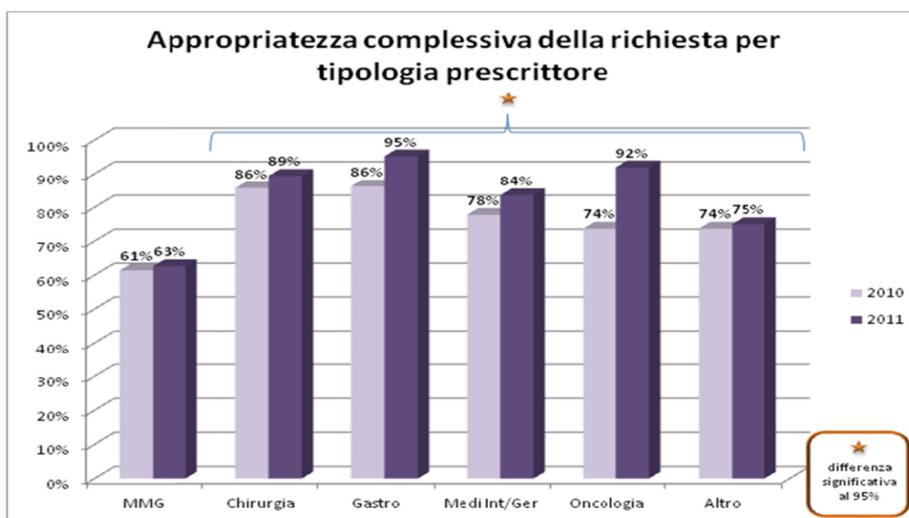


AUDIT VAP: le polmoniti associate a ventilatore (VAP) sono uno degli eventi monitorati nelle realtà assistenziali con pazienti portatori di protesi respiratoria per ventilazione. Una buona pratica assistenziale di aspirazione delle secrezioni è in grado di abbattere l'incidenza di questo pericoloso evento. Su queste priorità è stato strutturato un audit clinico che ha permesso di individuare diverse aree di miglioramento assistenziale.

AUDIT SU INDAGINI DIAGNOSTICHE

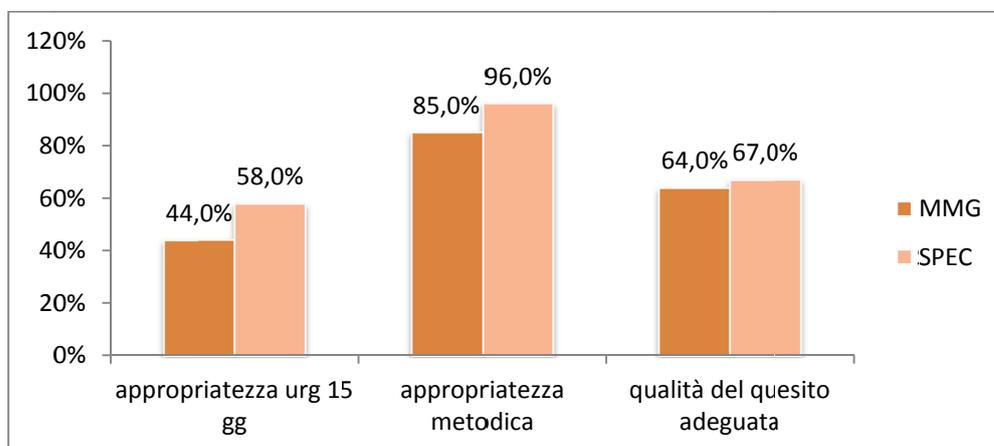
COLONSCOPIE: anche nel 2011 è stata portata avanti una attività di valutazione dell'appropriatezza di utilizzo della diagnostica colonscopica, sia perché prestazione critica, ma anche perché questo progetto era funzionale alla ridefinizione di alcuni passaggi organizzativi (progetto UNENDO) e al disegno complessivo del PDTA tumore del colon. In questa seconda rilevazione, che ha portato all'analisi di circa 900 prestazioni erogate da 10 ambiti diversi, è emerso un miglioramento di diversi indici riassumibili in una miglior appropriatezza complessiva, anche se sono stati evidenziati ancora diversi ambiti di miglioramento.

Grafico 3.8 audit appropriatezza colonscopie



RMN: nel corso del 2011 un gruppo di lavoro interaziendale ha affrontato il tema della RMN, prestazione critica per quanto concerne tempi d'attesa ed appropriatezza d'uso. In questo audit sono state valutate rispetto ai prescrittori, l'appropriatezza della priorità di richiesta in urgenza 15 gg, l'appropriatezza della metodica prescritta e la qualità del quesito clinico e del referto

Grafico 3.9 audit appropriatezza RMN



INDAGINI SENOLOGICHE URGENTI: questo ambito è diventato oggetto di audit già dal 2010, per l'esigenza di monitorare cambiamenti dettati dalle nuove normative regionali sul tema screening del tumore della mammella. Fra gli indicatori presi in esame, quello cumulativo che esprime l'appropriatezza complessiva della richiesta ha visto un'interessante evoluzione dal 2010 al 2011, con un incremento del 18% delle indagini ritenute appropriate (dal 40% al 58%)

UROFLUSSOMETRIA: questo audit è stato impostato partendo da una criticità di accesso a questa indagine in campo urologico. Il progetto di miglioramento messo in campo è stato strutturato attorno al concetto di presa in carico da parte dello specialista che necessita di questa indagine per l'iter diagnostico di inquadramento di questi pazienti.

AUDIT SU ANZIANI-FRAGILI

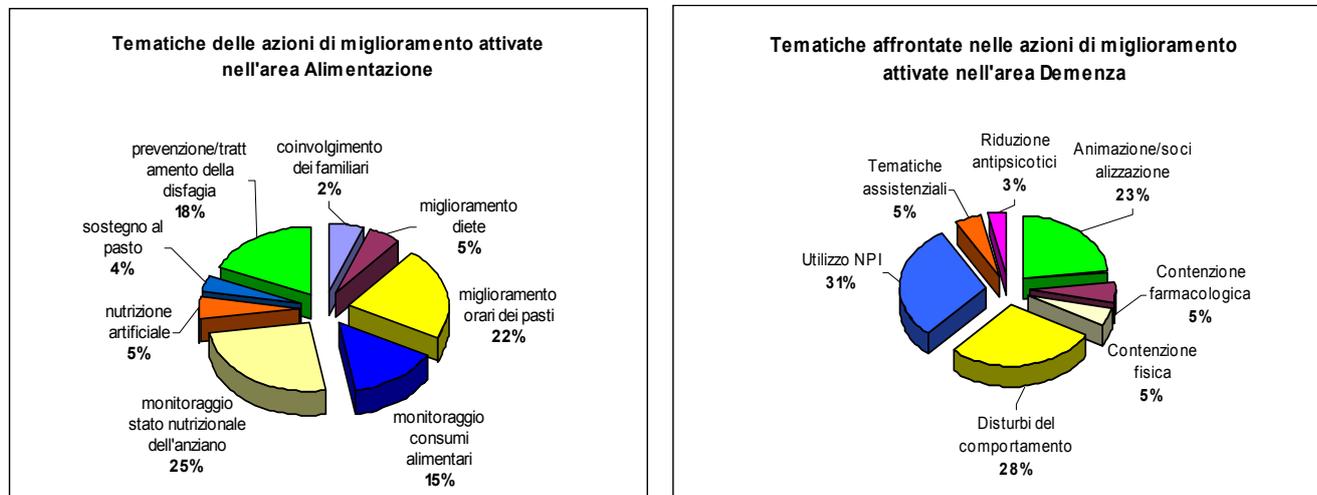
AUDIT SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO RIFERITE AI SERVIZI RESIDENZIALI PER ANZIANI

L'Azienda USL nel 2011 ha avviato un percorso di Audit relativo alla gestione di anziani affetti da demenza e alla gestione dell'alimentazione e nutrizione artificiale nelle 63 strutture residenziali convenzionate (Case Protette e RSA) con AUSL Bologna, suddivise in tre aree territoriali: Bologna città (27), Bologna Nord (21), Bologna Sud (15) per un totale di n. 2.917 ospiti residenti.

Nel giugno 2011 si è provveduto alla rilevazione di alcuni dati relativi alle suddette tematiche attraverso apposito questionario e analisi dei dati degli indicatori di qualità raccolti annualmente tramite flusso informativo Garsia.

Entro fine ottobre 2011 ogni struttura ha elaborato 2 progetti di miglioramento con azioni attivabili già dal mese di novembre: uno relativo all'area "demenze e disturbi del comportamento" e uno relativo all'area "alimentazione e nutrizione artificiale" relativi agli aspetti migliorabili.

Grafici 3.10 audit su anziani fragili



AUDIT ACCESSI IN PS E RICOVERI DA STRUTTURE RESIDENZIALI

Un elemento critico nella gestione dei pazienti anziani ospiti di centri residenziali è l'ospedalizzazione o comunque l'accesso in PS per problematiche non gestibili presso le strutture. Sull'onda di un progetto sviluppato in Azienda ma limitatamente ad un Distretto, l'Azienda ha iniziato a pianificare un più esteso progetto di audit su tutti i 6 Distretti, coinvolgendo da un lato il Dipartimento Emergenza e il Dipartimento Medico per il versante ospedale e dall'altro il Dipartimento Cure Primarie e le strutture residenziali per la parte territoriale. Scopo del progetto è intercettare comportamenti potenzialmente inappropriati che, se ben governati, potrebbero ridurre gli accessi in PS e/o i ricoveri conseguenti.

AUDIT SU FARMACI

Audit prescrittivo lettere di dimissione Dip.to Medico: questo progetto di audit è in evoluzione da qualche anno, concentrandosi su tre classi di farmaci oggetto di puntuale monitoraggio a vari livelli: inibitori di pompa protonica, statine e ACE-inibitori/Sartani. I risultati hanno mostrato comportamenti prescrittivi molto variabili fra i reparti del dipartimento, evidenziando così potenziali aree di miglioramento in tutte e tre le aree oggetto di monitoraggio.

Grafico 3.11 audit appropriatezza prescrittiva farmaci:PPI (inibitori di pompa protonica)

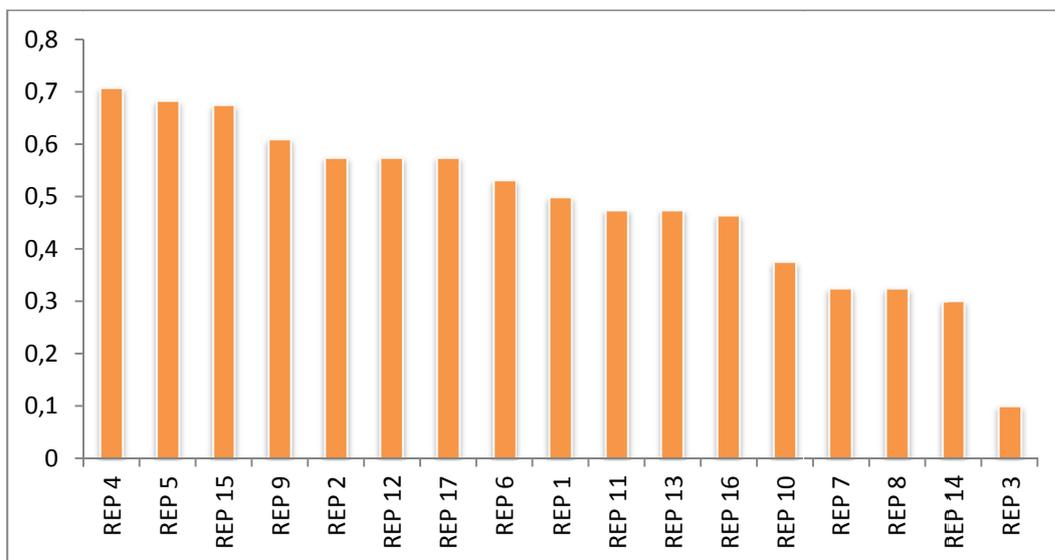
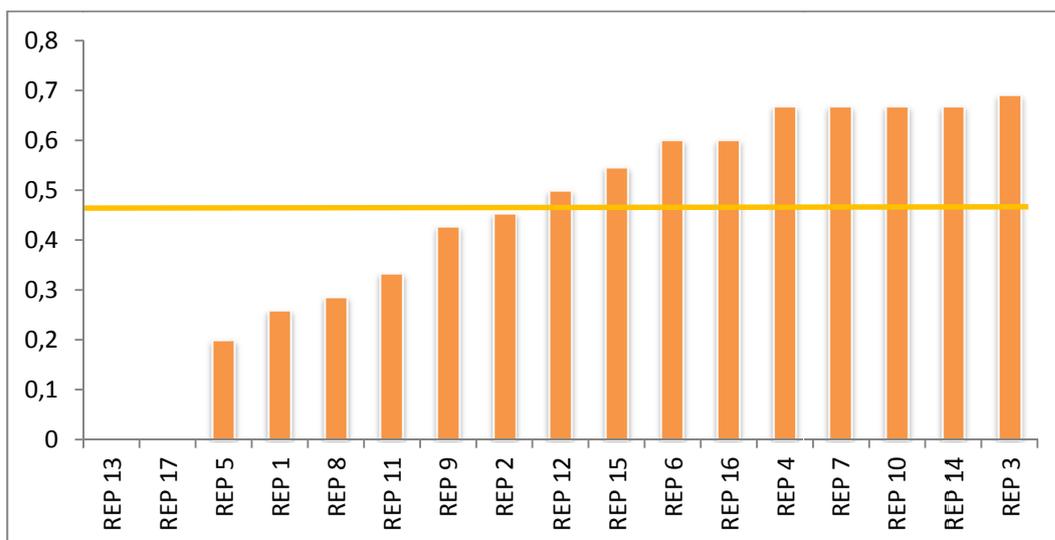


Grafico 3.12 audit appropriatezza prescrittiva farmaci:senza brevetto vs statine



Audit farmaci biologici nella psoriasi, artrite reumatoide, tumore del colon e polmone: gli alti costi di questi trattamenti e la disponibilità di riferimenti regionali robusti in merito all'appropriatezza d'uso di questi farmaci hanno posto le condizioni per costruire progetti di audit in queste discipline già dal 2010. I risultati, già positivi nel 2010, hanno mostrato nel 2011 conferme di appropriato uso di questi farmaci nelle discipline oggetto di esame.

3.4.2. PDTA (percorsi diagnostico – terapeutico - assistenziali)

In Azienda è ormai consolidato un approccio condiviso di progettazione ed implementazione di percorsi di presa in carico di pazienti/patologie che toccano trasversalmente diversi dipartimenti aziendali (in alcuni casi anche interaziendali), con una particolare attenzione ai passaggi ospedale-territorio, all'equità e facilità di accesso e più in generale alla presa in carico complessiva del paziente.

Nel 2011 l'Azienda ha avviato, parallelamente ed in maniera integrata ai progetti di audit clinico-assistenziale, un'attività di monitoraggio sistematico di alcuni **PDTA** (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) per consentire ai coordinatori dei PDTA o delle singole fasi di avere informazioni in merito alla qualità delle cure erogate. Per questo fine il progetto è stato strutturato partendo dall'identificazione di indicatori in grado di esplorare i vari aspetti della qualità del PDTA: dall'accoglienza, all'appropriatezza delle prestazioni, dalla sicurezza agli esiti.

L'attenzione per il paziente, la volontà di governare l'appropriatezza professionale e organizzativa dei processi clinico-assistenziali ha portato la Direzione Aziendale ad impegnarsi nella sperimentazione di nuovi strumenti per la **Valutazione della Performance dei Percorsi (VPP)**. E' perciò stato progettato e sviluppato un modello multidimensionale di valutazione di processi, o segmenti di processi dotati di propria autonomia, rispetto al beneficio ottenuto dalla persona assistita e dai suoi familiari. Sono così state messe a punto le "Schede per la Valutazione della Performance dei Percorsi", ossia schede contenenti alcuni indicatori, significativi dell'intero processo, centrati sull'utente e utili all'Azienda ai fini decisionali.

I PDTA oggetto di questo monitoraggio sono:

PROGETTO VPP – Valutazione Performances Professionali
Percorso tumore del colon-retto
Percorso tumore del polmone
Percorso tumore della mammella
Percorso scompenso cardiaco
Percorso post-infarto miocardico
Percorso stroke
Percorso frattura di femore
Percorso nascita
Percorso ausili

Alcuni percorsi sono stati anche oggetto di **Certificazione professionale**: in particolare il PDTA del paziente con mielolesione da trauma, risultato proficuo per i professionisti e per i rappresentanti delle Associazioni di utenti, nell'ambito del quale nel 2011 è stato attuato il Piano di miglioramento definito a seguito delle criticità rilevate nel corso della 1° verifica svolta dall'Ente certificatore (CERMET).

Nella sezione 4.5 è inserito un abstract del PERCORSO DI CERTIFICAZIONE DEL PDTA DEL PAZIENTE CON MIELOLESIONE TRAUMATICA L'esperienza di Certificazione è stata inoltre estesa ai PDTA delle donne con tumore al seno, delle persone con tumore polmonare, con tumore del colon e con Sclerosi Laterale Amiotrofica, in via di definizione nel 2011.

La strutturazione di PDTA ha reso necessario un nuovo approccio di ascolto dell'utente rispetto alla **qualità percepita**. Infatti all'interno di un percorso di cura non è sufficiente focalizzare l'attenzione sulle singole strutture organizzative ma, per avere il quadro complessivo dell'esperienza dell'utente, occorre conoscere l'insieme di tanti elementi che concorrono a dare risposta alle esigenze della persona con un determinato problema di salute.

PDTA DEL PAZIENTE CON MIELOLESIONE TRAUMATICA

L'Azienda USL di Bologna e **Ospedale di Montecatone (MRI)** hanno sottoscritto nel 2008 un accordo per la costituzione dell'Unità Spinale Integrata per il trattamento delle persone con diagnosi di mielolesione. Nel caso di lesione di origine traumatica, l'accordo prevede l'integrazione tra le strutture del Trauma Center dell'Ospedale Maggiore, le strutture del MRI e le strutture territoriali dell'AUSL di Bologna nelle diverse fasi

del percorso clinico assistenziale che va dal trattamento del paziente in fase di emergenza, alla riabilitazione e al reinserimento nel proprio ambiente di vita. Nel corso dell'anno, in collaborazione con i professionisti dell'Ospedale di Montecatone, è stato elaborato il progetto per la valutazione della qualità percepita e sullo stato di salute percepito (EuroQoL5D) dalle persone inserite in questo PDTA. Un ulteriore questionario è finalizzato alla valutazione degli ausili forniti e relativi servizi (Quest 2.0). Sono stati realizzati due focus group, il primo con la partecipazione dei rappresentanti delle associazioni di pazienti, il secondo con la partecipazione di utenti e familiari.

Sulla base dei contenuti dei focus group si è aperta una fase di verifica, volta a definire con più accuratezza le azioni di miglioramento già programmate, compresa la necessità di un confronto con professionisti esperti di attività specifiche all'interno del PDTA.

PDTA DELLE DONNE CON TUMORE AL SENO

Per le utenti di questo PDTA è stato progettato uno studio che prevede la valutazione della qualità percepita e della qualità della vita. La costruzione di uno strumento specifico di rilevazione della qualità percepita è stata preceduta dall'analisi di ricerche qualitative svolte in questo ambito per delineare con precisione gli elementi cruciali da prendere in considerazione. La qualità della vita è stata studiata con l'utilizzo di EuroQoL5D5L. Il questionario è stato inviato al domicilio di tutte le signore operate nell'AUSL di Bologna nel corso dell'anno 2009. Ha risposto il 47.8% (n=237) delle persone.

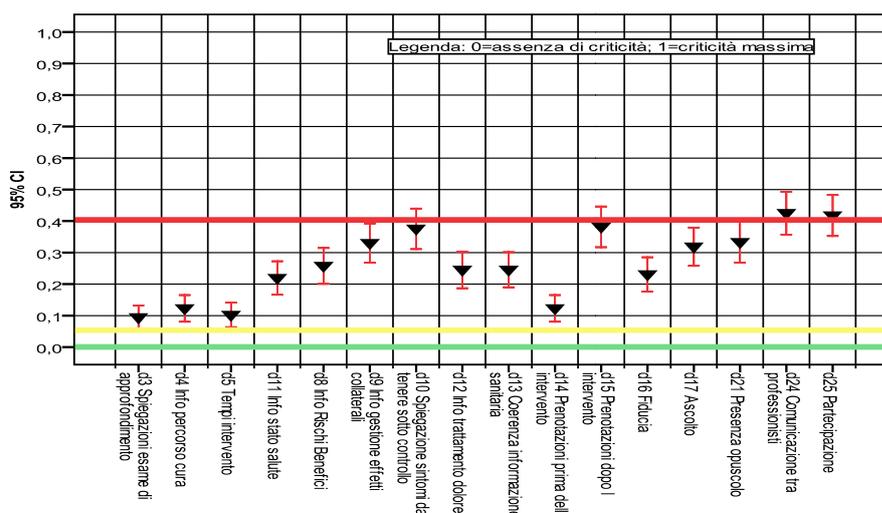
Gli aspetti positivi del percorso riguardano:

- le spiegazioni fornite sui risultati degli esami in fase di diagnosi
- i tempi di attesa per l'intervento
- le informazioni sul percorso di cura
- la prenotazione di visite, esami e terapie prima dell'intervento
- Le rispondenti segnalano inoltre come aspetti migliori del percorso:
- la possibilità di essere curate e di recuperare il proprio stato di salute
- l'organizzazione intesa come buon funzionamento della struttura sanitaria
- la tempestività dell'intervento chirurgico.
- Gli aspetti per i quali possono essere attivati percorsi di miglioramento riguardano:
- il passaggio di informazioni tra professionisti
- la partecipazione alle decisioni e scelte che riguardano il proprio percorso di cura
- la spiegazione dei sintomi da tenere sotto controllo
- l'informazione su come gestire gli effetti collaterali di farmaci e terapie

La qualità della vita in rapporto al proprio stato di salute presenta un punteggio medio totale dell'EQ5DVAS di 73.2 (ds 18.3), più basso rispetto a 77.0 (ds 17.4), valore di riferimento rilevato in uno studio precedente su utenti adulti dell'Azienda USL di Bologna.

Se si esclude la fascia di età dai 31 ai 40 anni, la valutazione del proprio stato di salute EQ5DVAS decresce con l'aumentare dell'età. La dimensione maggiormente correlata con la percezione di salute risulta essere quella relativa alla capacità di continuare a svolgere le proprie attività abituali ($r = .612$ $p = .01$).

Figura 3.4 rilevazione della qualità percepita nelle donne con tumore al seno



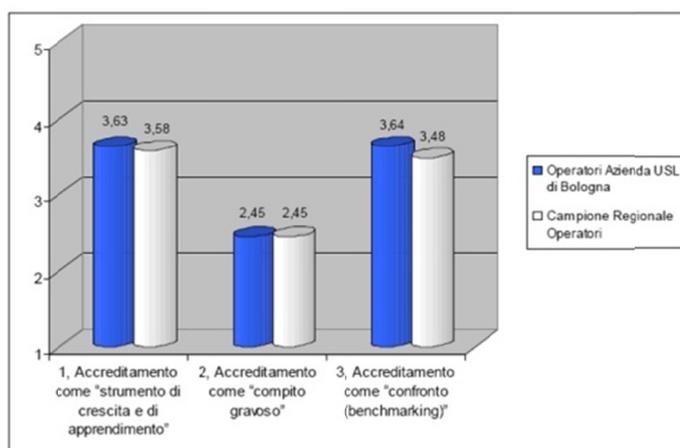
3.4.3. Qualità delle cure

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE E CERTIFICAZIONE

Nel corso dell'anno 2011 sono state effettuate le verifiche ispettive esterne per l'**Accreditamento istituzionale** (Del. Giunta RER 327/2004) presso le Unità Operative Medicina riabilitativa (comprendente la Casa dei Risvegli) e Ortopedia- Vergato, appartenenti al **Dipartimento Emergenza**.

Sono inoltre state effettuate le verifiche ispettive esterne per il **rinnovo** dell'Accreditamento istituzionale di tutte le strutture appartenenti al **Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche**, già accreditato con Decreto n. 22 nel 2007. E' stato programmato ed attuato il piano di auditing interno orientato a verificare l'adeguata implementazione e mantenimento del sistema di gestione per la Qualità secondo il modello dell'Accreditamento RER. Tale piano ha comportato la verifica presso i Dipartimenti Medico, Chirurgico, Igienico-Organizzativo, Servizi, Materno-Infantile, Oncologico, Emergenza, Salute mentale e dipendenze patologiche, Sanità pubblica. Nel corso dell'anno sono stati diffusi i risultati del progetto regionale "VImPA" a cui la nostra Azienda ha partecipato e che aveva come obiettivo la "Valutazione d'Impatto e atteggiamento verso il Processo di Accreditamento" da parte degli operatori. In pratica si è cercato di capire se questo processo abbia introdotto elementi evolutivi e innovativi all'interno delle organizzazioni sanitarie che lo hanno intrapreso. La figura sottostante, tratta dal report dell'ASSR, mostra i risultati ottenuti dalla nostra Azienda in relazione a tre dei fattori indagati.

Figura 3.5 atteggiamento verso l'accREDITamento



Hanno proseguito l'attività per il mantenimento/conseguimento della **Certificazione** UNI EN ISO 9001:2008 le unità operative Qualità, Formazione, Acquisti, Ingegneria Clinica e l'Area dipartimentale Tecnica.

E' stato avviato il percorso per la Certificazione UNI EN ISO 27001/2006 per la "Gestione del paziente tramite sistema informativo RIS-PACS finalizzato a pianificazione – erogazione e archiviazione diagnostica", primo a livello nazionale in ambito sanitario.

Anche alcuni percorsi sono stati oggetto di Certificazione professionale, come sopra riportato.

CARTA DEI SERVIZI

Il progetto "Carta dei Servizi" (CdS), avviato nel 2005, si è concluso nel 2011 con la prima elaborazione, diffusione e verifica di applicazione delle garanzie dichiarate. In questi anni sono stati pertanto predisposti:

- un volume aziendale, distribuito a Comuni, Provincia, Regione, altre Aziende sanitarie, Ministero,
- n. 57 pieghevoli relativi a unità operativa/assistenziale/Area dipartimentale o tipologia di attività e oltre 100 allegati informativi specifici per struttura erogante le prestazioni

Tutti i testi sono pubblicati nel sito intranet e internet dell'Azienda.

Il percorso di elaborazione delle CdS è stato l'occasione per formare o aggiornare numerosi operatori sulle tematiche dei sistemi di gestione per la qualità e del governo clinico e favorire il confronto tra professionisti e tra operatori dell'Azienda e rappresentanti degli utenti. La redazione della CdS ha rappresentato spesso la prima occasione per effettuare la revisione di processi e la ridefinizione di percorsi clinico-assistenziali nell'ottica dell'omogeneizzazione delle diverse realtà produttive.

La **valutazione** è il momento che dà vita all'intera operazione della CdS: la mancanza della verifica delle garanzie rende incompiuto il ciclo di miglioramento della qualità che la CdS stessa dovrebbe innescare. E' stato pertanto attuato un Piano di verifica che ha portato risultati interessanti e importanti, svolto con il rigore metodologico indispensabile per disporre di dati robusti e fondare le considerazioni su basi trasparenti. La valutazione, effettuata per ogni singola UO/UA, ha permesso di individuare le criticità su cui impegnarsi per il miglioramento a diversi livelli dell'organizzazione.

Tutte le strutture hanno analizzato i risultati ottenuti dalle verifiche e numerosi progetti di miglioramento sono stati attuati e altri sono in via di realizzazione.

La sperimentazione di CdS e questionari tradotti in lingua inglese, francese, araba, realizzata nel tentativo di rendere accessibile a tutti gli utenti i servizi offerti e quindi le relative CdS e di ricercare l'opinione indistintamente di utenti di lingua italiana e di lingua straniera, ha messo in luce la difficoltà organizzativa di rendere routinaria tale attività, aprendo nuove domande sull'opportunità di procedere in tale direzione e sul significato di accoglienza e, non ultimo, considerare l'importanza di trovare insieme strutture deputate all'assistenza sociale e strutture sanitarie, strumenti adeguati per favorire l'inserimento e non l'assimilazione delle persone immigrate.

I risultati delle verifiche sono stati presentati ai CCM aziendali, sono pubblicati nel sito intranet Qualità e i vari stadi di avanzamento del progetto sono stati inoltre oggetto di presentazione ai Convegni dell'ambito specifico.

VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DELLE GARANZIE DICHIARATE NELLA CARTA DEI SERVIZI

Nel corso dell'anno 2011 è terminata la verifica dell'applicazione delle garanzie dichiarate nella Carta dei Servizi con un'analisi complessiva dei risultati ottenuti nelle diverse articolazioni aziendali del Presidio Ospedaliero coinvolte nel periodo 2008-2011.

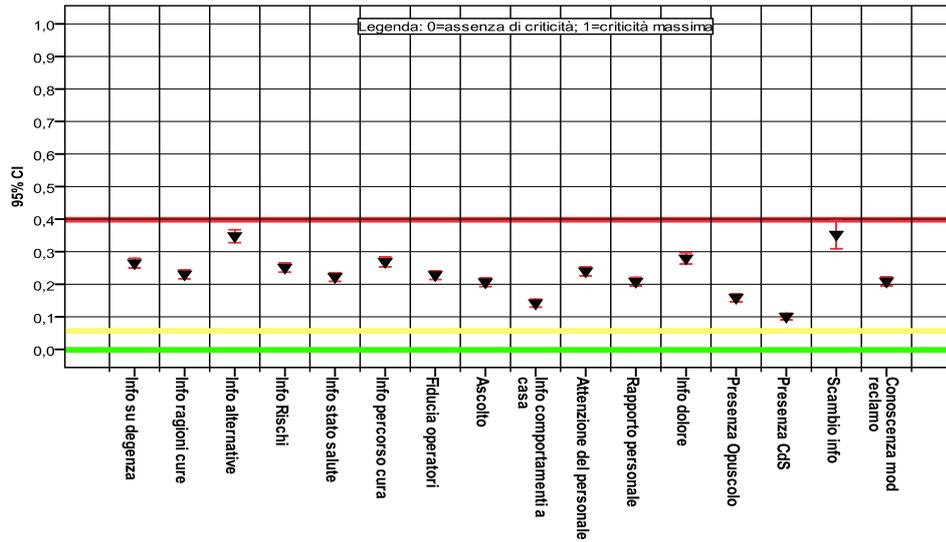
I grafici di seguito riportati rappresentano le medie per ciascuna variabile, con il relativo intervallo di confidenza. I risultati sono stati interpretati adottando come criterio di valutazione i seguenti intervalli di valore:

- da 0 a 0.05: situazione di eccellenza
- da 0.06 a 0.39: situazione per la quale è consigliabile attivare percorsi di miglioramento
- da 0.4 a 1: situazione per la quale è necessario individuare azioni di miglioramento a breve termine.

Attività di degenza

Come si può vedere dal grafico alcune variabili sono prossime alla linea di criticità (fissata a 0.4): informazioni su altri tipi di cura in alternativa a quelli proposti; percezione di scambio di informazioni tra i professionisti. Gli aspetti che più si avvicinano all'eccellenza sono: le informazioni sui comportamenti da tenere a casa, la presenza di materiale informativo.

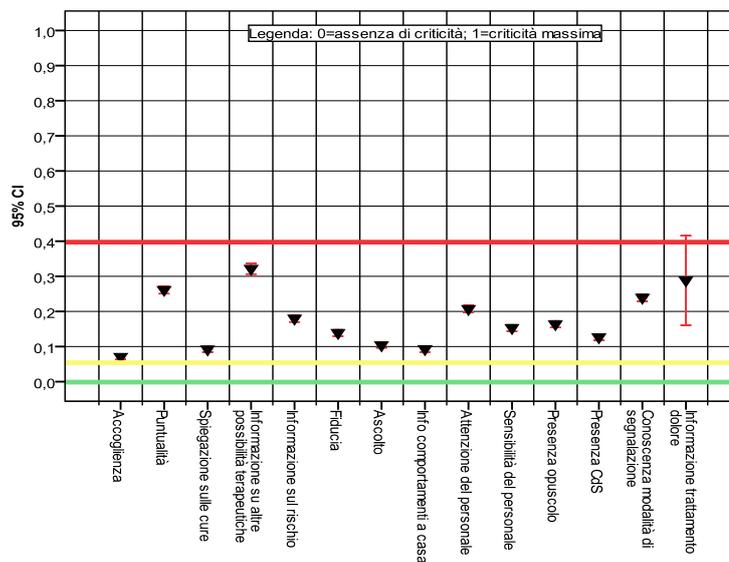
Figura 3.6 rilevazione della qualità percepita nelle attività di degenza



Attività ambulatoriale

Le variabili che più si avvicinano alla linea di criticità (fissata a 0.4) riguardano l'informazione su altre possibilità terapeutiche oltre a quelle proposte, la puntualità, la conoscenza delle modalità per inoltrare segnalazioni all'Azienda (reclami o elogi). Gli aspetti che più si avvicinano all'eccellenza sono l'accoglienza (presenza di personale al momento dell'accesso), le spiegazioni sulle cure prescritte, le informazioni su come comportarsi dopo la visita.

Figura 3.7 rilevazione della qualità percepita nelle attività ambulatoriali



ALTRI INTERVENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

La qualità percepita dell'Assistenza Domiciliare viene monitorata ogni anno nell'Azienda USL di Bologna solo per le forme integrate (ADI) attraverso l'utilizzo di un questionario inviato a tutti gli utenti di norma nei primi 30 giorni dall'attivazione del servizio. L'analisi dei risultati prodotti dalla compilazione di tale questionario ha indotto la necessità di migliorare il sistema di rilevazione e di analisi della qualità percepita dai pazienti o dai Care Givers di pazienti inseriti nel Programma assistenziale.

La sperimentazione di un nuovo strumento di rilevazione è stata realizzata con il coinvolgimento delle persone che hanno ricevuto ADI nel secondo semestre 2010. Hanno risposto al questionario 392 utenti.

Il trattamento del dolore è il punto di eccellenza che emerge dai dati raccolti: il 96.7% delle persone che ha avuto dolore ha ricevuto una terapia antidolorifica, con un buon livello di efficacia.

I principali aspetti per i quali possono essere attivati percorsi di miglioramento riguardano:

- lo scambio di informazioni tra professionisti (sempre buono solo per il 58.1% dei rispondenti)
- il coinvolgimento nella programmazione del Piano Assistenziale Individuale (solo il 57.8% è stato coinvolto).

Gli aspetti relazionali non presentano particolari criticità; viene invece segnalata l'esigenza di avere più prestazioni al domicilio (visite specialistiche, fisioterapia, più assistenza infermieristica).

PERCORSO NASCITA

Nel corso dell'anno 2011 l'AUSL di Bologna ha aderito alla sperimentazione regionale proposta dall'ASSR con l'individuazione di 4 linee di ricerca che saranno sviluppate negli anni successivi. In particolare ha partecipato al percorso formativo organizzato dall'ASSR per l'approfondimento delle tecniche qualitative orientate allo studio del Percorso Nascita.

IL PRONTO SOCCORSO

All'interno di tutti i punti di Pronto Soccorso aziendali è stata realizzata un'indagine in collaborazione con il Comitato Consultivo Misto Aziendale. E' stato costituito un gruppo di lavoro con la partecipazione dei volontari delle Associazioni per la condivisione del progetto, degli obiettivi da raggiungere e dello strumento di rilevazione.

In particolare si è focalizzata l'attenzione sul tempo di attesa che intercorre tra il triage e la visita medica di presa in carico, con l'obiettivo di valutare se:

- l'utente ha percezione che vi sia personale a disposizione in questo intervallo di tempo,
- l'utente percepisce la presenza di aiuto e supporto,
- vengono soddisfatte eventuali necessità dell'utente che dovessero emergere in questo intervallo di tempo
- viene effettuato un monitoraggio costante dello stato di salute ed è rivalutata la gravità dello stato di salute del paziente.

Il questionario è stato somministrato nei mesi di novembre e dicembre 2011 da volontari del CCM dopo aver ricevuto una formazione specifica. Sono stati compilati complessivamente n. 716 questionari i cui dati sono stati elaborati e analizzati all'inizio dell'anno 2012.

Proseguono sia l'attività del **Laboratorio dei Cittadini per la salute**, nato nel 2004, esperienza di partecipazione volta all'empowerment dei cittadini sulle tematiche della salute e sull'utilizzo consapevole dei servizi sanitari, sia l'attività di sostegno e messa in rete dei **gruppi di Auto Mutuo Aiuto** che a livello aziendale sono attualmente sessanta, riguardano diverse tematiche e sono accomunati dall'obiettivo di promuovere l'assunzione di responsabilità nell'affrontare, con altri, la propria situazione di disagio.

L'ATTIVITÀ 2011 DEL COMITATO CONSULTIVO MISTO AZIENDALE DI COORDINAMENTO

Sono state effettuate 11 sedute. Principali argomenti trattati:

- 26 GENNAIO 2011 Agende di garanzia e tempi di attesa a cura del Direttore Sanitario Ausl di Bologna. La parola ai Distretti.
- 23 FEBBRAIO 2011 Le novità del Numero Verde Regionale per il Cittadino a cura della Regione Emilia Romagna; Esenzione Ticket per Reddito, informazioni sul percorso, a cura dell' Azienda USL
- 1 APRILE 2011 Servizi per il Cittadino: le novità del Numero Verde Regionale - a cura della Regione Emilia Romagna; valutazione modulistica per le visite da parte del CCM
- 27 APRILE 2011 Fondo Regionale per la Non Autosufficienza: Stato dell'arte AUSL e Distretti. Programmazione CCMA: Proposte Anno 2011
- 25 MAGGIO 2011 INVALIDITA' e DISABILITA': percorso, modalità, tempi, innovazioni. Le competenze aziendali
- 22 GIUGNO 2011 Aggiornamento progetto Umanizzazione in Sanità. Traslochi dell'ospedale Maggiore (otorino, oculistica, senologia..). Programmazione chiusura estiva 2011 servizi. Il Comitato Etico Aziendale. Progetto Indagine sulla qualità percepita dagli utenti del Pronto Soccorso.
- 27 LUGLIO 2011 Comitato Etico Aziendale I nuovi distretti, i progetti per l'accesso, le reti ospedaliere metropolitane
- 28 SETTEMBRE 2011 il Servizio Assistenziale Tecnico e Riabilitativo (Sater) Ausl di Bologna: stato dell'arte. Presentazione recenti linee assessorato regionale alla sanità collegate con la Finanziaria.
- 27 OTTOBRE 2011 STATO DELL'ARTE DEI GRUPPI DI LAVORO CCMA (Carte dei Servizi, Qualità percepita P.S, Segnalazioni, Regolamento CCM...) Tra essere e divenire, a cura del Presidente e Vicepresidente CCMA. PROGRAMMAZIONE ANNO 2012
- 24 NOVEMBRE 2011 IL PERCORSO AUTISMO - CARTA DEI SERVIZI: Stato dell'arte e proposte future
- 22 DICEMBRE 2011 Lavoro del gruppo segnalazioni: la nuova procedura per la gestione delle segnalazioni dei cittadini. CCM proposte analisi del regolamento e programmazione futura.

3.4.4. Dignità della persona

SVILUPPO DI RELAZIONI EMPATICHE E ATTIVITÀ DI COUNSELLING NELLA RELAZIONE OPERATORE ASSISTITO

L'Azienda USL partecipa al Gruppo di Lavoro Regionale "Sviluppo di Relazioni Empatiche e Attività di Counselling nelle relazioni Operatore Assistito".

AMPLIAMENTO DI CONOSCENZE E COMPETENZE DELLE PERSONE CHE GARANTISCONO CURA E ASSISTENZA AI MALATI D'ALZHEIMER

Particolare attenzione è stata rivolta all'informazione/formazione e sostegno dei cittadini, familiari e caregivers informali dei malati di Alzheimer per i quali sono state messe in atto iniziative in collaborazione con i centri esperti in disturbi cognitivi, Enti Locali, ASP, associazioni di familiari; sono stati effettuati 9 cicli di incontri nei 6 Distretti dell'AUSL.

A partire dal 2010, nei Distretti di Bologna Città, di Porretta Terme e di Casalecchio di Reno sono stati realizzati 20 corsi di formazione per assistenti domiciliari; nei distretti Pianura Ovest, Casalecchio e a San Lazzaro sono attivi programmi di affiancamento di tutor all'assistente domiciliare per i pazienti in dimissione protetta.

In collaborazione con ASP e Comuni, sono stati individuati i costituenti delle equipe multiprofessionali che in ambito distrettuale si occupano della diffusione delle conoscenze in tema di demenza.

L'accesso ai Caffè Alzheimer (13, presenti in tutti i distretti), è libero ed è sostenuto dai Centri Esperti Disturbi Cognitivi dell'AUSL Bologna che, nell'ambito delle proprie attività, si interfacciano con i Servizi Assistenza alla Persona dei Comuni e con le UVG Territoriali per la elaborazione dei piani assistenziali e per l'inserimento degli utenti nelle strutture semi-residenziali e residenziali.

Nell'ambito dei programmi individualizzati di cura e di assistenza dei pazienti dementi, viene consegnato alle famiglie il manuale "Cosa avrei fatto senza di te" prodotto dalla Regione Emilia Romagna, manuale che viene anche utilizzato per i corsi di formazione e nelle iniziative di informazione/comunicazione ai cittadini.

Il Centro Disturbi Cognitivi dell'Ospedale Maggiore, inoltre, collabora con CUP 2000 per il progetto e-care per persone affette da demenza.

RETI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

L'AUSL di Bologna sta ultimando il progetto di sviluppo della Rete delle Cure Palliative che prevede la sistematizzazione dell'attività ambulatoriale su tutti i Distretti per la presa in carico precoce e simultanea dei pazienti oncologici in fase metastatica di malattia e delle famiglie dei malati. Tale attività è attualmente in fase sperimentale presso gli ambulatori degli Hospice Seragnoli e del Bellaria. Il progetto prevede anche la realizzazione dell'attività di consulenza ospedaliera oggi presente in modo non strutturato. Il progetto si focalizza anche sulla necessità di garantire la continuità assistenziale migliorando l'appropriatezza delle cure, il flusso dei pazienti in assistenza domiciliare e l'attività di consulenza al MMG e al Medico di Continuità Assistenziale.

Nel 2011 si sono attivati tutti gli interventi propedeutici all'apertura **dell'Hospice di Casalecchio** prevista per il 2012.

Per quanto riguarda la semplificazione dell'accesso ai medicinali impiegati nelle **terapie del dolore** in ambito ospedaliero è stato recepito e attuato quanto indicato nel Decreto Ministeriale 21 maggio 2009 sulla semplificazione della prescrizione e della gestione dei farmaci oppiacei. Il monitoraggio dell'applicazione mostra un incremento del 12 % nell'utilizzo di questi farmaci a livello aziendale e del 20% negli stabilimenti ospedalieri.

Le aree nelle quali si è registrato l'incremento maggiore sono state quelle in cui l'utilizzo di tali farmaci era inferiore alla media aziendale. I maggiori incrementi nell'utilizzo si sono registrati sull'ossicodone e il paracetamolo.

In tutti gli Ospedali sono state svolte attività divulgative-informative sul dolore.

Il 29 maggio 2011 nel corso della giornata del sollievo in tutti gli stabilimenti ospedalieri e strutture territoriali è stato somministrato il questionario regionale sull'autovalutazione del dolore nei pazienti ricoverati in ospedale, in Hospice e assistiti a domicilio. I risultati sono sovrapponibili a quelli riportati dalla letteratura. Sono in corso audit sul trattamento del dolore in area medica, pediatrica e chirurgica.

USO DI METODICHE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE NEL TRAVAGLIO DI PARTO

Dal 1 giugno 2011 l'offerta di metodiche di provata efficacia per il controllo del dolore nel travaglio di parto, sia farmacologiche (analgesia epidurale) sia non farmacologiche (Acqua, Supporto emotivo strutturato, manipolazioni, libero movimento), è stata resa omogenea in tutti i punti nascita del territorio (compresa AOU).

L'analgesia epidurale gratuita h 24 viene offerta nei tre punti nascita Maggiore, Bentivoglio, AOSP con gli stessi criteri a tutte le gravide (criteri terapeutici della gravida e/o del feto, particolari condizioni che si manifestano nell'imminenza del parto, e a tutte le gravide che alla data presunta del parto non avranno compiuto 26 anni e a quelle che avranno già compiuto i 38 anni).

3.5. INNOVAZIONE E INVESTIMENTI

3.5.1. SISTEMA INFORMATIVO

PROGETTO TESSERA SANITARIA E MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA (ART. 50 LEGGE 326/2003 E DPCM 26/3/2008)

L'Azienda garantisce il monitoraggio della spesa sanitaria e presidia il progetto Tessera sanitaria in linea con le indicazioni regionali. In particolare da fine 2010 l'Azienda sta utilizzando il nuovo sistema di prescrizione

elettronica (NRE) per la specialistica, con particolare riferimento alle prestazioni aggiuntive e alla presa in carico (visite di controllo).

ANAGRAFE DEGLI ASSISTITI

Per tutto il 2011 gli uffici preposti hanno proseguito l'attività di allineamento dei dati del sistema precedentemente utilizzato a livello aziendale con l'anagrafe regionale che consente, fra l'altro, anche l'aggiornamento on-line degli elenchi dei MMG. È in corso il controllo degli scarti risultanti dall'allineamento.

ANAGRAFE DEI MEDICI PRESCRITTORI

La banca dati dell'anagrafe medici prescrittori, attiva e costantemente aggiornata, consente di ottemperare al debito informativo regionale e ministeriale.

Il flusso alimenta l'Anagrafe Regionale Medici Prescrittori (ARMP). Nel momento in cui l'anagrafica del medico viene inserita su sistema TS (in modo automatico) questo viene censito come prescrittore e risulta abilitato per la certificazione di malattia on line. L'autenticazione è sin da subito fruibile con la tessera CNS (Carta Nazionale dei Servizi).

ANAGRAFE DELLE STRUTTURE AUTORIZZATE ED ACCREDITATE

Nel corso del 2011 sono state inserite/aggiornate n. 69 schede di struttura, in coerenza con l'attività della Commissione LR4/2008 per le strutture sanitarie.

SISTEMA INFORMATIVO DELLE MALATTIE INFETTIVE (SMIA)

Nel corso del 2011 l'AUSL di Bologna ha collaborato con l'Assessorato Regionale alla Sanità per la definizione di un nuovo programma informatico che consenta di assemblare i sistemi precedenti (MIF, programma "alert" e i sistemi di sorveglianza specifici delle malattie infettive).

Sono stati programmati corsi di formazione per tutti gli operatori aziendali interessati, in modo da sostituire l'attuale programma (MIF) con il nuovo (SMI) dal 1/7/12.

SISTEMA INFORMATIVO SCREENING

Il sistema informativo degli screening mammografico e colon-retto è stato ulteriormente migliorato: vengono trasmessi puntualmente alla RER i dati relativi:

- al sistema di raccolta dei report individuali per il colon-retto;
- alla rilevazione dei dati nazionali GISCI, GISME e GISCOR;
- al monitoraggio del "Progetto Familiari Colon-retto".

Non è ancora stato attivato il programma informatizzato per la gestione dello Screening della Cervice uterina, anche se sono iniziati gli incontri tecnici con il CED per l'unificazione dei quattro Programmi attualmente usati.

ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI

Il Flusso Informativo AFO rispetta periodicità e contenuti. Il confronto tra i dati di consumo della Farmacia e il dato di ritorno fornito dalla Regione rileva, nel 2011, uno scostamento dello 0,2%. Viene effettuato un controllo periodico per garantire l'allineamento dei dati. Ogni mese viene prodotto dalla Farmacia un report dell'Erogazione Diretta, sovrapponibile ai dati forniti dalla Regione.

Il Flusso Informativo FED nel corso del 2011 ha raggiunto una buona qualità delle informazioni, persistono ancora criticità, in particolare per i farmaci erogati in assistenza domiciliare.

Il Flusso Informativo Dispositivi Medici DIME ha osservato, nel corso del 2011, un progressivo miglioramento della qualità dei dati, arrivando a un importo nel 2011 di 48.965.787€. Il popolamento del codice repertorio (elemento chiave per l'invio) è oltre il 90%.

Il Flusso Informativo AFT nel corso del 2011 si è attestato ad buon livello di qualità e completezza dei dati.

IL SISTEMA INFORMATIVO CONSULTORI (SICO)

Nel corso del 2011 l'Azienda USL di Bologna ha partecipato attivamente al gruppo di lavoro Regionale per l'avvio del nuovo flusso informativo specifico sull'attività consultoriale dando un contributo alla stesura della nuova circolare RER n° 13/2011.

Sono state effettuate le simulazioni previste per III e IV trimestre 2011, come richiesto dalla circolare ed è stato adeguato il software per partire correttamente dall'1/1/2012.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il sistema informativo integrato socio-sanitario, utilizzato nell'Azienda USL di Bologna, consente l'implementazione progressiva di nuovi moduli, e conseguentemente nuovi utenti/enti accedono, al fine di gestire l'attività e di rispondere alle esigenze informative interne ed esterne all'Azienda.

I Flussi Informativi ADI, FAR, SMAC e GRAD sono tutti a regime.

PRIVACY – LEGGE 196/2003

L'Azienda ha recepito il nuovo regolamento, oltre ad averne contribuito alla sua stesura.

Nel 2011, l'Azienda USL ha collaborato all'aggiornamento del regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari della Regione Emilia Romagna.

3.5.2. TECNOLOGIE BIOMEDICHE

ALTE TECNOLOGIE

Coerentemente con quanto indicato nel progetto di Area Vasta "rete cardiologia e cardiocirurgia" sono stati ipotizzati la ristrutturazione e il potenziamento dell'area di Diagnostica Interventistica della Cardiologia dell'ospedale Maggiore di Bologna. Il progetto tecnologico, che prevede l'installazione di 3 angiografi digitali con flat panel dinamico è stato proposto, finanziato e approvato nel programma regionale Investimenti in Sanità (intervento M11).

Per ottimizzare le risorse, nella medesima procedura è stato previsto anche l'acquisto di un angiografo biplano in sostituzione di quello esistente, destinato alla neuroradiologia interventistica dell'Ospedale Bellaria, per il quale la dismissione si è resa necessaria ed urgente in quanto il manutentore ne ha comunicato l'"End Of Service".

Al termine di tale investimento, in ambito di Area Vasta, sarà valutata e mappata la dotazione tecnologica angiografica, con criteri molto simili a quelli già adottati per la tecnologia TAC.

Nel corso dell'anno è stato avviato il progetto, cofinanziato da Fondazione, per l'aggiornamento di uno dei tre acceleratori lineari alla tecnica innovativa "Volumetric Arc Modulated Radiotherapy" (VMAT).

TECNOLOGIE AD ALTO IMPATTO ORGANIZZATIVO

Prendendo spunto da indicazioni regionali sull'utilizzo della terapia a pressione negativa e dal crescente impatto economico che la diffusione di tale tecnologia ha comportato, l'azienda ha implementato delle schede di monitoraggio per la valutazione della prescrizione e del percorso terapeutico e ha definito ipotesi di acquisto delle prestazioni che, insieme a schede tecniche specificamente definite per le varie tipologie di pazienti/trattamenti, costituiranno il corpo del capitolato per definire una procedura di acquisizione. A tale progetto hanno aderito anche tutte le altre aziende dell'Area Vasta. Un gruppo di lavoro multiprofessionale sta valutando ipotesi di acquisto della prestazione a paziente trattato anziché a giornata di noleggio. Dalle valutazioni preliminari, tale ipotesi, comporterebbe (a parità di prestazioni) un risparmio per l'Azienda di circa € 100.000 (pari a circa il 40% della spesa 2010) e per l'intera AVEC di € 250.000 (pari a circa il 35% della spesa 2010).

PIANO DEGLI INVESTIMENTI- APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

Le tecnologie biomediche rivestono un ruolo di condizione irrinunciabile e indispensabile per perseguire il fine di tutela della salute come diritto del cittadino e interesse della collettività in quanto sempre più l'attività di diagnosi, terapia e assistenza sono correlate e ottimizzate grazie all'uso di dispositivi medici.

In questo contesto l'Azienda definisce procedure di programmazione degli acquisti che tengono conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche e della disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria e che si ispirano a tre principi essenziali:

1. rinnovare e garantire il turn over di tecnologie esistenti
2. assicurare la funzionalità ed operatività delle strutture completate nel piano investimenti
3. potenziare l'offerta di servizi e garantire l'innovazione tecnologica

Nel contesto attuale, caratterizzato da un crescente bisogno sanitario, di utilizzo e richiesta di tecnologie, ma nel contempo di una minor disponibilità di risorse finanziarie, la valutazione delle priorità e la pianificazione degli investimenti è sempre più un tema centrale e critico a cui l'Azienda dedica specifico interesse e analisi.

Nei grafici seguenti sono riassunti i trend di investimento nel periodo 2005-2011. Il risultato della politica dei "rinnovi" che dà priorità di investimento alle sostituzioni è evidente sia dal lieve incremento di numero di apparecchiature ogni anno ma soprattutto dal controllo dell'anzianità media, mantenuta sempre leggermente al di sotto degli 8 anni.

Grafico 3.13 trend valore parco tecnologico (in K€)

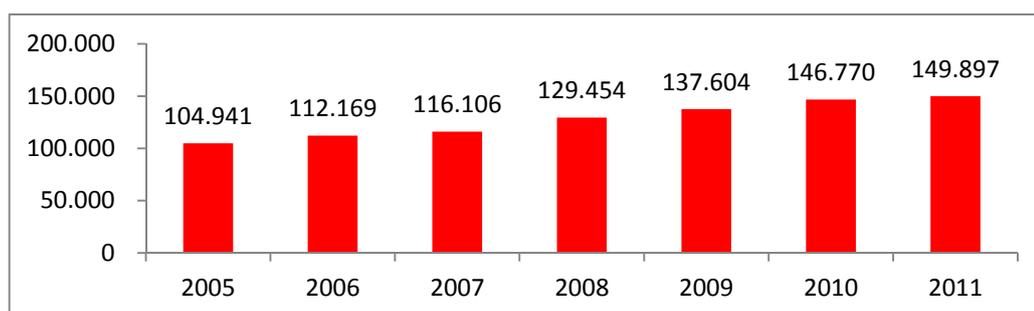


Grafico 3.14 trend numero di tecnologie

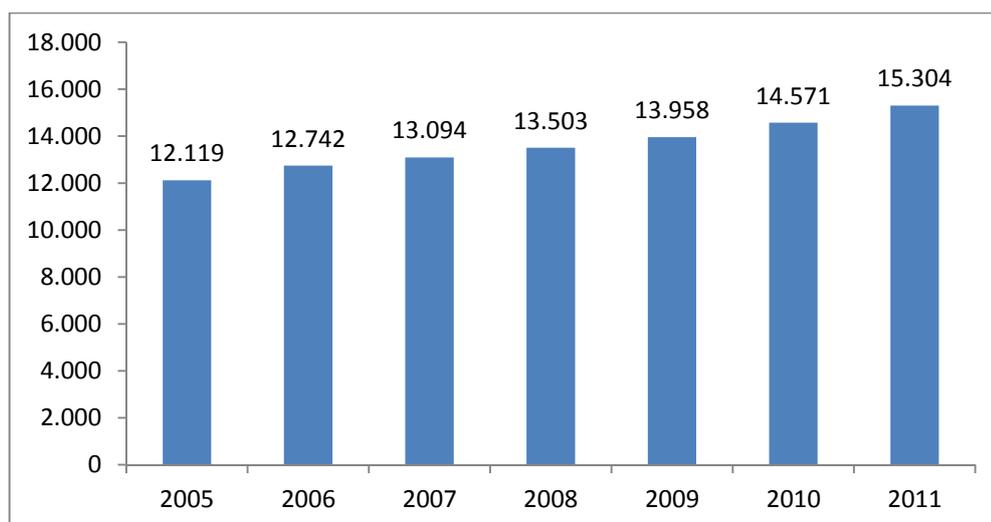
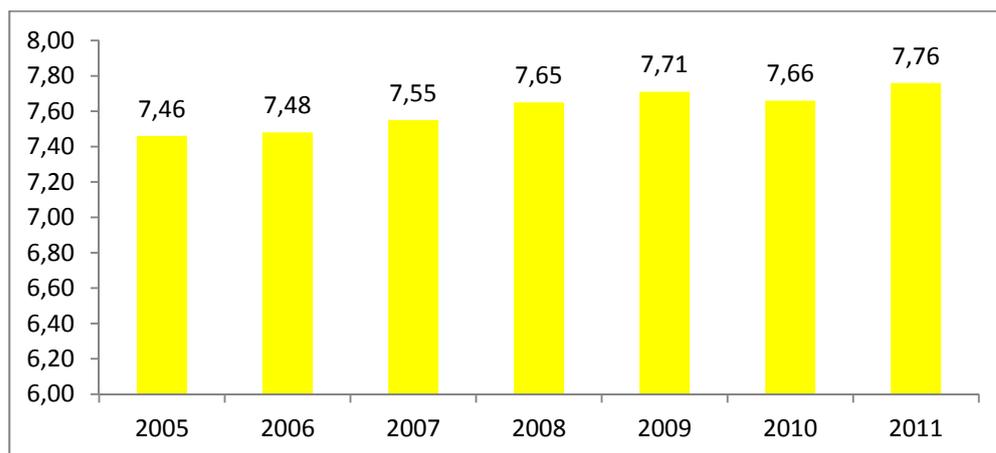


Grafico 3.15 Trend anzianità media in anni



Complessivamente il piano degli investimenti realizzati nel 2011, esclusi la parte riferita a progetti finalizzati, è stato di **oltre 3 milioni di euro**, suddivisi in:

1. € 2.100.000 per rinnovi/sostituzioni (68,6% del totale)

Gli interventi più significati riguardano il **rinnovo** di:

- Ecografi internistici, ostetrici e cardiologici (oltre 900.000€ - 14 apparecchi)
- Letti di degenza ad altezza fissa con dispositivi ergonomici a movimentazione elettrica (oltre 200.000€ - 120 letti)
- Dispositivi vari per oculistica Maggiore (circa 150.000€)
- Sistemi per videolaparoscopia mini-invasiva ad alta definizione per Bazzano e S.Giovanni (circa 100.000€ - 2)
- Sistema di stereofotogrammetria per rieducazione funzionale Maggiore (oltre 100.000€)
- Sistemi Holter registrazione ECG per vari presidi (circa 90.000€ - 4 sistemi)
- Ventilatori polmonari ad alte prestazioni per Terapia Intensiva Bellaria (circa 90.000€)

Monitoraggio stato di anzianità: le apparecchiature con un'anzianità superiore a 10 anni al 31/12/2011 risultano essere oltre 4500 per un valore di sostituzione corrispondente di circa 45 milioni di euro: nonostante il mantenimento del dato di obsolescenza media al di sotto degli 8 anni, la politica aziendale di mantenere e potenziare il piano di rinnovi deve essere considerata sempre prioritaria.

2. € 600.000 per completamenti - potenziamenti di attività esistenti (19% del totale)

Gli interventi più significativi riguardano il potenziamento di

- Dotazione monitor parametri vitali nelle degenze per assicurare una migliore gestione dei pazienti più acuti (circa 50.000€ - 15 monitor)
- Elettromiografi per rieducazione funzionale Maggiore e Bellaria (oltre 150.000€)

3. € 400.000€ per innovazioni tecnologiche (12,4% del totale)

Gli interventi più significativi realizzati nel 2011 sono:

- Sistemi di visualizzazione nelle sale operatorie delle immagini PACS per Bazzano e Vergato (€ 50.000)
- Dispositivi per l'attivazione del percorso Chirurgia Bariatrica a Bentivoglio (circa 50.000€)
- Sistema di imaging retinopatia prematuro (oltre 100.000€) – progetto modernizzazione
- Nuovo ambulatorio ecografico interventistico Bellaria (circa 60.000€)
- Attivazione nuova Dialisi Bentivoglio (circa 80.000€)

PROGETTI FINALIZZATI

Sono stati conclusi i progetti con finanziamento regionale ex art.20 L.67/88 IV fase I stralcio (Accordo di Programma sottoscritto il 16/04/2009)

- **RM Ospedale Maggiore** – operativa da giugno 2011. La nuova risonanza, a parità di intensità di campo (1,5T) offre rispetto alla precedente sia una maggior performance diagnostica (angioRM) sia una sensibile riduzione dei tempi necessari ad effettuare un esame, con un incremento della produzione stimabile in oltre il 10%
- **Attrezzature Sale Operatorie, Rianimazione e Sterilizzazione Corpo D ospedale Maggiore** – concluso e operativo a partire dal primo semestre 2012
- **Attrezzature Sale Operatorie e Sterilizzazione Edificio G ospedale Bellaria** - concluso e operativo a partire dal primo semestre 2012

per un importo complessivo di € 15.481.000.

Sono infine in corso di realizzazione con previsione di essere completati entro il primo semestre 2012:

- Cardiologia OM (€ 2.520.000) e
- Centrale antiblastici (€ 100.000)

Nel corso del 2011 gli investimenti conclusi (apparecchiature messe in uso clinico) ammontano complessivamente a circa 8.150.000€.

SERVIZI MANUTENZIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

La scelta aziendale di avere un servizio di Ingegneria Clinica preposto alla gestione delle tecnologie biomediche, in linea con le norme cogenti e raccomandazioni di gestione e Governo Clinico dei DM, ha reso necessario operare scelte specifiche circa le modalità di esecuzione delle manutenzioni.

Considerate pertanto le specializzazioni e certificazioni necessarie per garantire l'esecuzione delle manutenzioni, si è ritenuto di esternalizzare il servizio di manutenzione, mantenendo in carico all'Ingegneria Clinica il monitoraggio e supervisione di tali prestazioni. Per ottimizzare costi, efficienza ed efficacia del servizio sono stati differenziati tre diversi ambiti di azione:

- **primo intervento manutentivo;** attività di primo livello tecnico specialista nel settore biomedicale (attestata attraverso certificazioni ISO) finalizzata a risolvere tempestivamente i guasti di livello medio-basso, ad effettuare una diagnosi tecnica degli eventi e a individuare la ricambistica necessaria; questa attività è stata esternalizzata.
- **tecnologie ad elevata complessità/alto costo e/o per le quali guasti possano comportare gravi disservizi e rischi** -> esternalizzazione attraverso contratti di tipo Full Risk a canone fisso e – nella maggior parte dei casi – comprensivi di ricambi e materiale ad alto costo.
- **tecnologie a minor complessità/criticità** → esternalizzazione attraverso richiesta di interventi specifici in seguito a guasto, per l'esecuzione di attività periodiche o per fornitura di kit e ricambi. Questa scelta, presuppone un controllo maggiore delle attività e dei costi, ma consente di evitare il ricorso ai contratti omnicomprensivi di cui al punto 2, inevitabilmente con costi superiori.
- Questa politica ha permesso il controllo e monitoraggio della spesa per manutenzioni con performance ottimali nel tempo; infatti l'indicatore preso a riferimento "Costo Manutenzione rispetto al Valore di Acquisto del parco tecnologico gestito" (CM/VA) risulta sensibilmente decrementato nel tempo, come sinteticamente riassunto nella tabella.

Tabella 3.14 trend spesa manutenzioni

Anno	Valore acquisto	Anno	Costi	Indicatore
	VA (k€)	riferimento	manutenzione	CM/VA
			CM (k€)	
2005	98.034	31/12/2004	5.020	5,1%
2006	104.941	31/12/2005	5.300	5,1%
2007	112.169	31/12/2006	5.634	5,0%
2008	116.106	31/12/2007	5.497	4,7%
2009	129.454	31/12/2008	5.758	4,4%
2010	137.604	31/12/2009	5.495	4,0%
2011	146.770	31/12/2010	5.142	3,5%
2012	150.000	31/12/2010	5.700	3,8%

3.5.3. PIANO DEGLI INVESTIMENTI-LAVORI

Nel corso del 2011 l'Azienda ha realizzato il proprio Piano degli Investimenti nel rispetto delle priorità programmate come evidenziato nelle tabelle di seguito esposte:

Tabella 3.15 lavori ultimati anno 2011

PRESIDI	IMPORTO LAVORI
LAVORI VARI PER IMPIANTO CONDIZIONAMENTO VIA GRAMSCI	752.000
OM RISTRUTTURAZIONE LOCALI PER USO UFFICI EX FARMACIA	840.000
OM LAVORI PER NUOVA RISONANZA MAGNETICA	155.000
OM LAVORI DI REALIZZAZIONE NUOVO REPARTO DI CARDIOLOGIA	3.140.000
OM OPERE COMPLEMENTARI CORPO D	1.500.000
OB OPERE COMPLETAMENTO POST APERTURA EDIFICIO G	989.000
OB BREAST UNIT	900.000
BENTIVOGLIO NUOVA DIALISI	2.030.000
VERGATO COMPLETAMENTO RISTRUTTURAZIONE	308.000
TUTTI I PRESIDI MANUTENZIONI STRAORDINARIE ADEGUAMENTI FUNZIONALI E NORMATIVI	10.756.000
TOTALE	21.364.000

Sono state attivate, come da programma, le procedure di gara relative alle opere previste nel piano degli investimenti aziendali: sono state indette 26 gare di cui si elencano le più significative.

Tabella 3.16 gare attivate anno 2011

PRESIDI	IMPORTO LAVORI
OM RISTRUTTURAZIONE 3 PIANI ALA LUNGA E NUOVO PRONTO SOCCORSO	9.769.000
OB COMPLETAMENTO CABINA ELETTRICA (riedizione di gara precedente revocata)	1.529.000
OB SOSTITUZIONE GENERATORI A VAPORE	415.000
OB CENTRALE DI TRIGENERAZIONE PROJECT FINANCING	3.000.000
OB CENTRALE ANTIBLASTICI	664.000
LAVORI DI COMPLETAMENTO "VILLA EMILIA" S. GIOVANNI IN PERSICETO	1.940.000
OM CONCESSIONE, PROGETTAZIONE, COSTRUZIONE E GESTIONE DELL'EDIFICIO ATRIO, PARCHEGGI INTERNI E PARCHEGGI DIPENDENTI	34.550.000
TOTALE	71.291.000

A fine 2011 erano in corso importanti lavori suddivisi in N. 3 cantieri, come di seguito riportato.

Tabella 3.17 Cantieri di lavori in corso a fine 2011

PRESIDI	IMPORTO LAVORI	FINE LAVORI
OB SOSTITUZIONE GENERATORI A VAPORE	415.000	FEBBRAIO 2012
OB OPERE COMPLETAMENTO POST APERTURA EDIFICIO G	2.000.000	DICEMBRE 2012
OM LAVORI PROPEDEUTICI NUOVO PRONTO SOCCORSO	259.000	MARZO 2012
TOTALE	2.674.000	

Gli investimenti sopra sintetizzati contribuiranno al miglioramento qualitativo dell'intero patrimonio aziendale, sia sotto il profilo della sicurezza, sia sotto l'aspetto del comfort e della funzionalità.

4. CONDIZIONI DI LAVORO, COMPETENZE DEL PERSONALE ED EFFICIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE

PRINCIPALI VARIAZIONI RISPETTO AL BILANCIO di MISSIONE 2010

Nel 2011 il **personale dipendente metropolitano** si è ridotto di 172 unità rispetto al 2010: di 66 i dipendenti AUSL, 93 quelli dell'AOU e 13 quelli dello IOR. Il personale universitario metropolitano si è a sua volta ridotto di 25 unità: di 4 gli universitari AUSL, 16 quelli dell'AOU e 5 quelli dello IOR.

Nell'Azienda USL di Bologna il **personale dipendente** ha visto ulteriormente incrementata la fascia d'età 55-64 anni (17,3% nel 2011 verso 15,6% nel 2010 e 12,4% nel 2008), e ridotte quelle fino a 44 anni (42,6% nel 2011 verso 44,5% nel 2010 e 49,3% nel 2008).

Vi è stata una ulteriore riduzione degli incarichi atipici (CO.CO.CO e LP): da 141 a 101.

Nell'anno 2011 il fatturato dell'attività **libero-professionale** ambulatoriale e di ricovero è lievemente diminuito rispetto all'anno precedente.

Il numero globale degli **infortuni** appare in leggero rialzo (da 697 a 740), con la stabilità di quelli a rischio biologico ed un aumento delle altre tipologie, essenzialmente piccoli traumi e lesioni da sforzo.

Sul versante della valutazione e valorizzazione professionale, l'anno 2011 è stato caratterizzato dall'avvio e dal completamento del percorso per l'attribuzione dei **nuovi incarichi di alta specializzazione della Dirigenza Medica e Veterinaria**.

Sono state sviluppate anche nel 2011 **iniziative formative** volute dalla direzione generale, principalmente centrate su innovazione organizzativa, audit e rischio clinico. L'azienda sta passando da un sistema formativo trasversale ad uno orientato per macrogestioni. Crescente rilievo sta assumendo la formazione a distanza, ad esempio nella formazione sui rischi. Nel 2011 il budget per la formazione ha subito una riduzione rispetto agli anni precedenti, come da normativa nazionale.

E' stato attivato un **sistema interno informativo** di monitoraggio mensile sul personale.

In tema di miglioramento delle condizioni di lavoro l'Azienda ha istituito il **Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni** (CUG) che ha sostituito il comitato per le pari opportunità ed i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, unificandone le competenze in un solo organismo. Ha inoltre attivato, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria, la funzione dei **Consiglieri di Fiducia**.

4.1. LA “CARTA D’IDENTITÀ” DEL PERSONALE

Anteponiamo, come lo scorso anno, alla “carta d’identità” del personale dell’azienda USL di Bologna alcuni dati relativi al personale dipendente e universitario dell’area metropolitana di Bologna, utilizzando il raggruppamento dei profili professionali prevista dalla rilevazione LEA regionale.

IL PERSONALE DIPENDENTE METROPOLITANO

Tabella 4.1 Personale dipendente e categorie professionali delle tre Aziende sanitarie pubbliche del territorio metropolitano di Bologna al 31/12/2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliero Universitaria S.Orsola-Malpighi, Istituto Ortopedico Rizzoli

Categoria Professionale	dipendenti AUSL	dipendenti AOU	dipendenti IOR	Totale dipendenti metropolitani
Dirigenti medici e veterinari	1399	648	154	2201
Dirigenti sanitari non medici	193	86	44	323
dirigenti PTA	80	41	27	148
Personale infermieristico	3444	2236	413	6093
Personale tecnico sanitario	438	347	71	856
Personale della prevenzione	158	19	1	178
Personale della riabilitazione	385	87	38	510
Assistenti sociali	88	8	2	98
Personale Tecnico	553	599	138	1290
OTA	44	63	1	108
OSS	760	536	77	1373
Ausiliari specializzati	12	9	51	72
Personale amministrativo	864	360	171	1395
Qualif.atipiche ruolo professionale	1	0	5	6
Totale 2011	8.419	5.039	1.193	14.651

Rispetto al 2010 il personale dipendente metropolitano si è ridotto di 172 unità: di 66 i dipendenti AUSL, di 93 quelli dell’AOU, di 13 quelli dello IOR. La distribuzione dei dipendenti metropolitani per Azienda sanitaria è pressoché invariata rispetto agli anni precedenti: il 57,5% è costituito dai dipendenti AUSL, il 34,4% da quelli AOU e l’8,1% dello IOR.

Grafico 4.1 Distribuzione per genere del personale dipendente delle tre Aziende metropolitane.

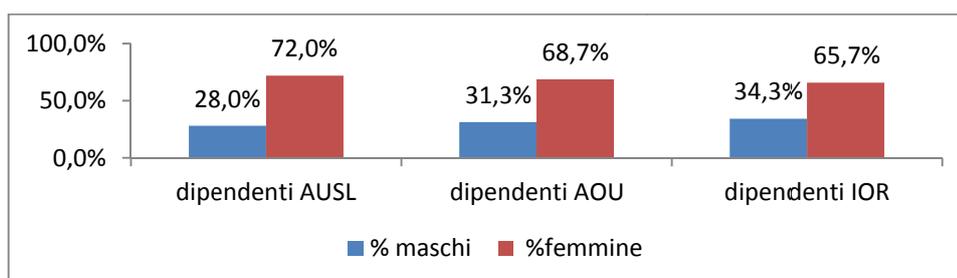
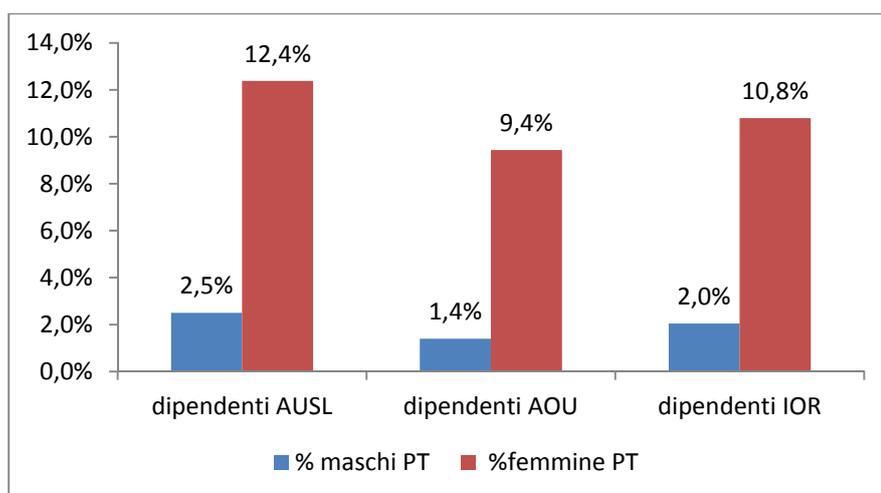


Grafico 4.2 Distribuzione percentuale per genere del personale dipendente a tempo parziale/impegno ridotto delle tre Aziende metropolitane.



IL PERSONALE UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Tabella 4.2 Personale universitario e categorie professionali delle tre Aziende sanitarie pubbliche del territorio metropolitano di Bologna al 31/12/2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliero Universitaria S.Orsola-Malpighi, Istituto Ortopedico Rizzoli

Categoria Professionale	Personale Universitario			
	Universitari AUSL	Universitari AOU	Universitari IOR	Totale Universitari metropolitani
Dirigenti medici e veterinari	32	218	15	265
Dirigenti sanitari non medici	3	16	1	20
dirigenti PTA	0	2	0	2
Personale infermieristico	29	15	0	44
Personale tecnico sanitario	17	24	0	41
Personale della prevenzione	0	0	0	0
Personale della riabilitazione	0	1	0	1
Assistenti sociali	0	0	0	0
Personale Tecnico	11	12	0	23
OTA	0	0	0	0
OSS	0	0	0	0
Ausiliari specializzati	0	0	0	0
Personale amministrativo	14	67	4	81
Qualif.atipiche ruolo professionale	0	0	0	0
Totale 2011	106	355	20	481

Rispetto al 2010 il personale universitario metropolitano si è ridotto di 25 unità: di 4 gli universitari AUSL, di 16 quelli dell'AOU, di 5 quelli dello IOR.

La maggior parte del personale universitario metropolitano (73,8%) è rappresentato da quello AOU, il 22% dal personale universitario AUSL e il 4,2% da quello dello IOR.

IL PERSONALE DIPENDENTE DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

Tabella 4.3 Personale dipendente per categorie professionali dell'Azienda USL di Bologna al 31/12/2011.
Fonte dati AZIENDA USL di Bologna

Categorie Personale dipendente	tempo indeterminato	tempo determinato	totale dipendenti	% su totale
Dirigenti medici e veterinari	1357	42	1399	16,62%
Dirigenti sanitari non medici	185	8	193	2,29%
Dirigenti PTA	75	5	80	0,95%
Personale infermieristico	3441	3	3444	40,91%
Personale tecnico sanitario	438	0	438	5,20%
Personale della prevenzione	158	0	158	1,88%
Personale della riabilitazione	385	0	385	4,57%
Assistenti sociali	88	0	88	1,05%
Personale Tecnico	551	2	553	6,57%
O.T.A.	44	0	44	0,52%
O.S.S.	760	0	760	9,03%
Ausiliari specializzati	12	0	12	0,14%
Personale amministrativo	864	0	864	10,26%
Qualif.atipiche ruolo professionale	0	1	1	0,01%
Totale 2011	8358	61	8419	100%
Totale 2010	8412	73	8485	
Totale 2009	8459	76	8535	
Totale 2008	8349	108	8457	
Totale 2007	8256	123	8379	

Grafico 4.3 Percentuali di genere femminile nelle categorie di personale dipendente dell'Azienda USL di Bologna

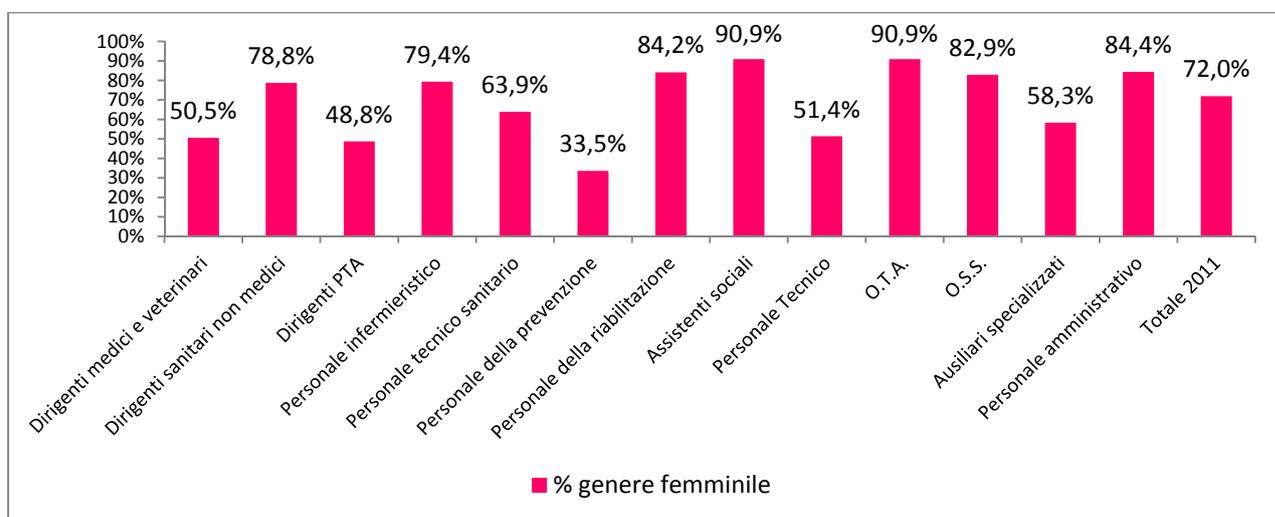


Grafico 4.4 Composizione percentuale per categoria professionale del personale a tempo indeterminato.

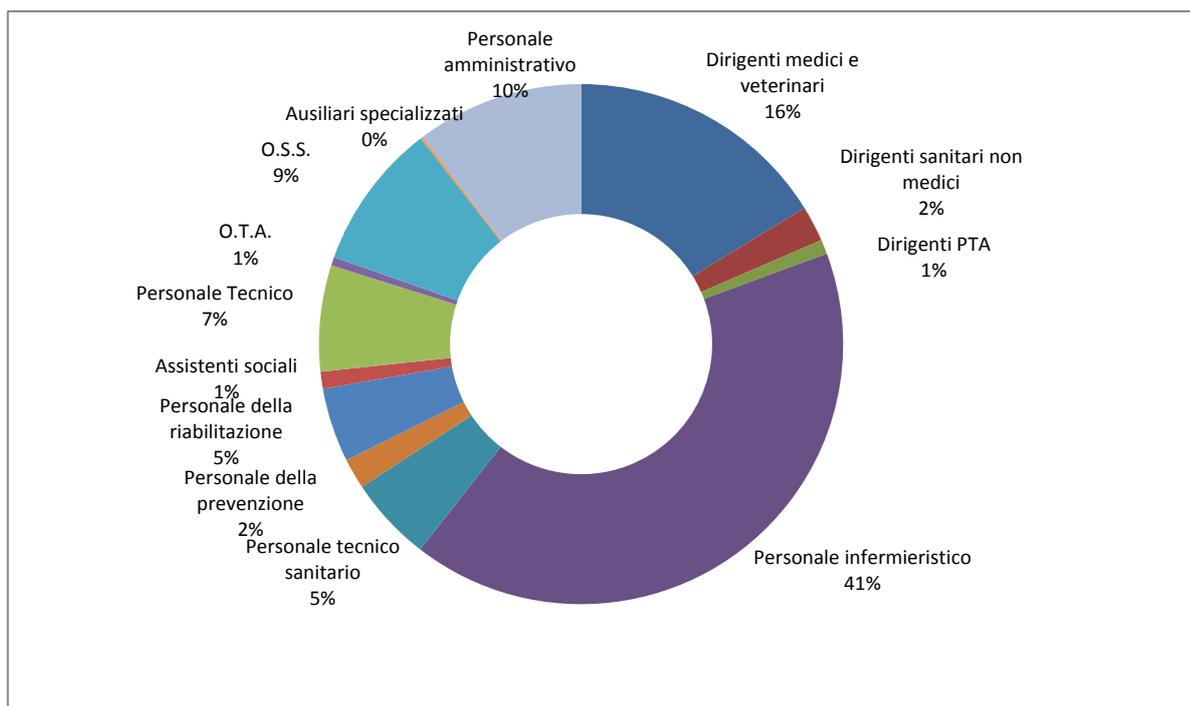


Grafico 4.5 Composizione percentuale per categoria professionale del personale a tempo determinato

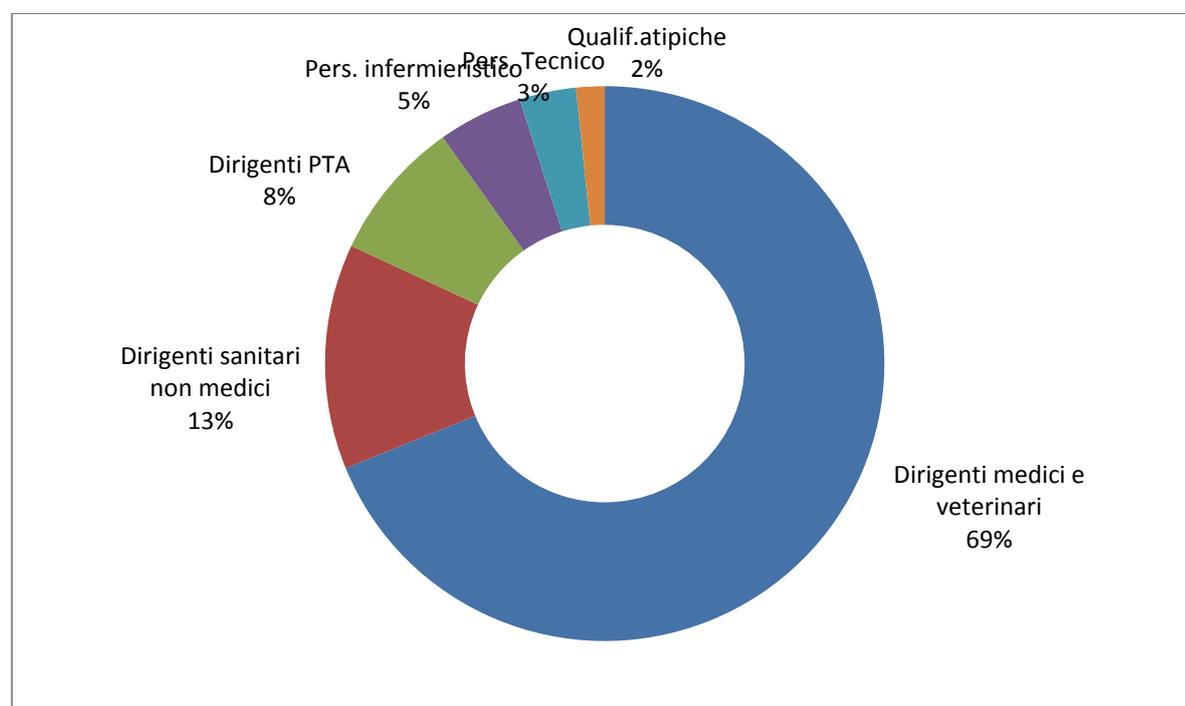


Tabella 4.4 Numero di cessazioni e assunzioni di personale dipendente.

Causale	Totale cessati	Totale assunti	Turn over (assunzioni - cessazioni)
Collocamento a riposo	159		
Dimissioni Volontarie	80		
Mobilità SSR	82	28	
Altro	52	279	
TOTALE 2011	373	307	-66
TOTALE 2010	522	472	-50
TOTALE 2009	411	489	78
TOTALE 2008	471	549	78
TOTALE 2007	430	401	-29

Tabella 4.5 Distribuzione del personale dipendente per livello di assistenza e categoria professionale.

Categorie Personale dipendenti	Assistenza Ospedaliera	Assistenza Distrettuale	Assistenza Sanitaria Collettiva	Servizi Generali
Dirigenti medici e veterinari	1015	218	144	22
Dirigenti sanitari non medici	66	90	17	20
Dirigenti PTA	5	7	21	47
Personale infermieristico	2490	819	57	78
Personale tecnico sanitario	417	7	4	10
Personale della prevenzione			144	14
Personale della riabilitazione	88	284	1	12
Assistenti sociali	9	77	1	1
Personale Tecnico	305	79	15	154
O.T.A.	38	6		
O.S.S.	702	56		2
Ausiliari specializzati	8	1	2	1
Personale amministrativo	214	302	64	284
Qualif.atipiche ruolo professionale		1		
Totale 2011	5357	1947	470	645

Tabella 4.6 Distribuzione del personale dipendente appartenente alle categorie protette/disabili anni 2006-2011.

ANNO	Disabili	Categorie Protette	Totale
2006	129	25	154
2007	131	24	155
2008	140	24	164
2009	154	24	178
2010	145	23	168
2011	144	23	167

Gráfico 4.6 Distribuzione percentuale del personale dipendente a tempo parziale/impegno ridotto per genere e categoria professionale anno 2011.

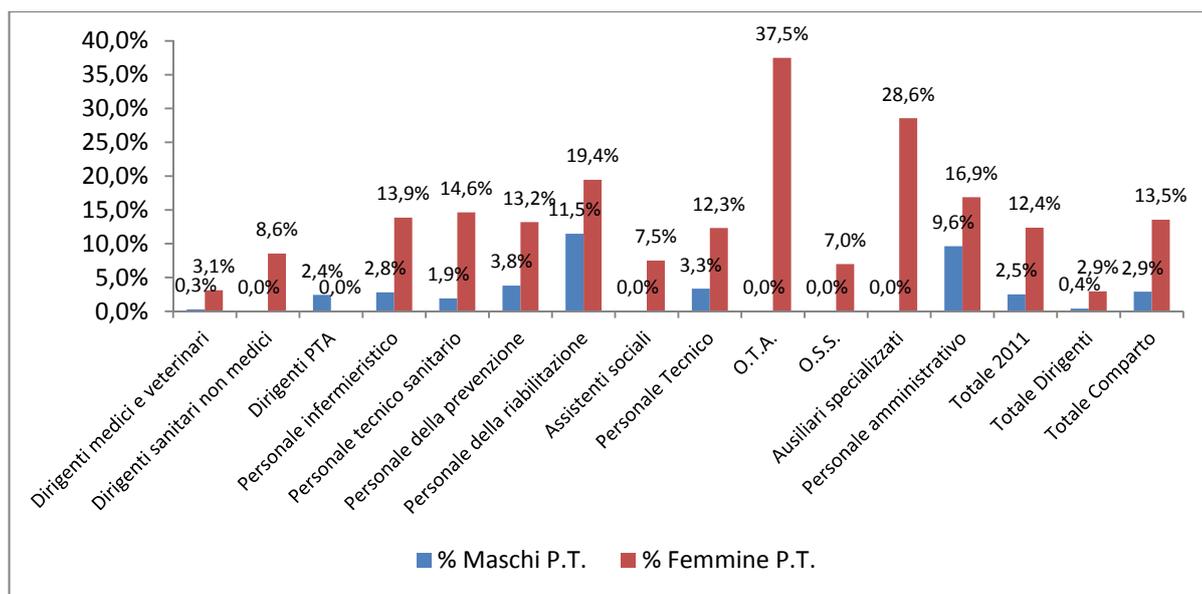


Tabella 4.7 variazioni 2008-2011 del personale dipendente per classi d'età

	<=34	35-44	45-54	55-64	>=65	totale
Totale 2008	1.148	3.022	3.221	1.050	16	8.457
Totale 2009	1.068	2.905	3.324	1.226	12	8.535
Totale 2010	995	2780	3378	1326	6	8485
Totale 2011	917	2669	3373	1453	7	8419
Δ 2011/2010	-78	-111	-5	+127	+1	-66
Δ 2011/2008	-231	-353	+152	+403	-9	-38

Gráfico 4.7 Percentuale di distribuzione per classi di età del personale dipendente anni 2008 e 2011.

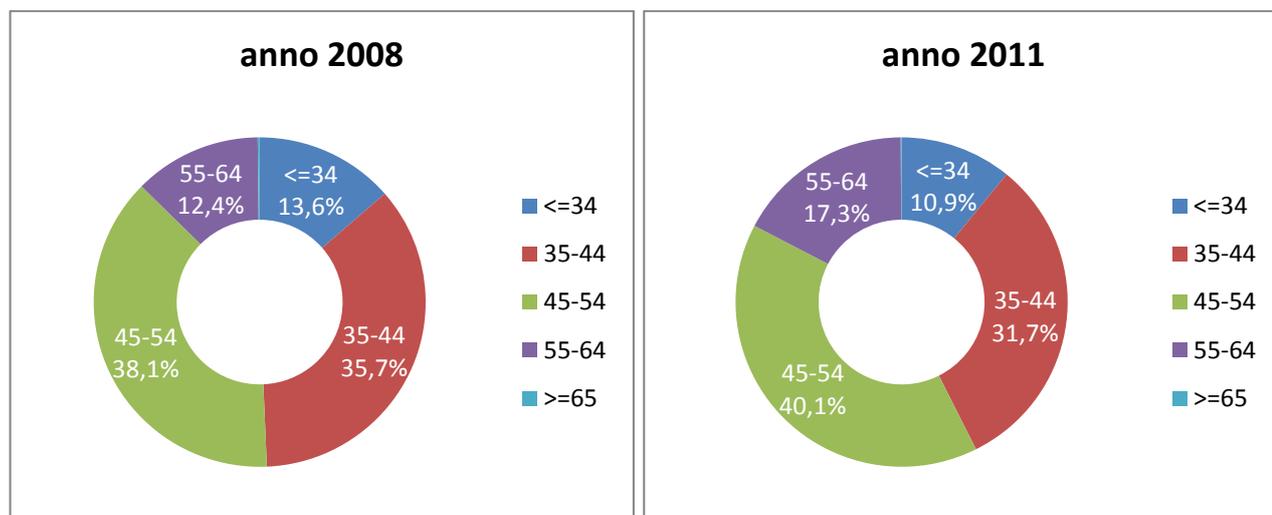
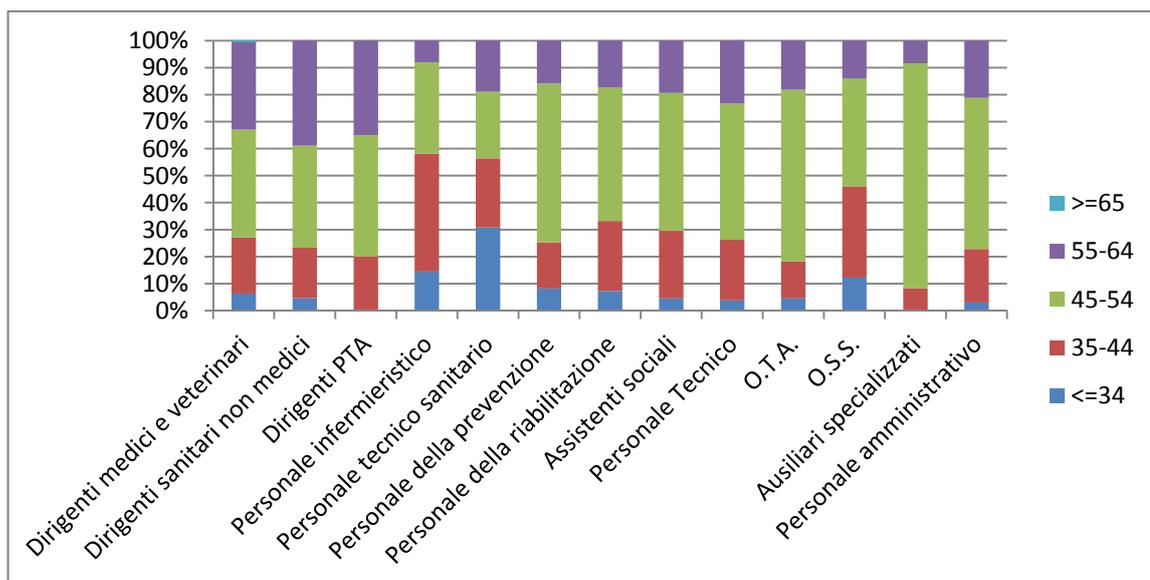


Grafico 4.8 Distribuzione per classi di età delle categorie di personale dipendente anno 2011.



LAVORATORI ATIPICI

Tabella 4.8 Gli incarichi individuali anni 2006-2011

AREA	CO.CO.CO				LP				TOTALE		TOTALE COMPLESSIVO
	A ORE		A PRESTAZIONE		A ORE		A PRESTAZIONE		maschi	femmine	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine			
DIRIGENZA	1	0	1	0	31	51	5	1	38	52	90
COMPARTO	0	3	3	3	0	1	0	1	3	8	11
TOTALE 2011	1	3	4	3	31	52	5	2	41	60	101
TOTALE 2010	1	4	4	4	38	81	5	4	48	93	141
TOTALE 2009	1	3	3	7	65	101	6	7	75	118	193
TOTALE 2008	27	68	5	4	85	110	5	6	122	188	310
TOTALE 2007	27	74	3	5	97	135	10	8	137	222	359
TOTALE 2006	92		15		252		29		388		388

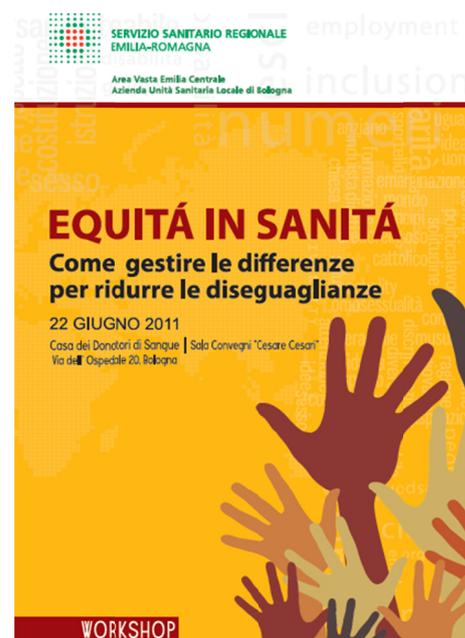
Progetto di Modernizzazione "Equasità" – Diversity Management

Sono proseguite le attività per la realizzazione del Progetto di modernizzazione "Equasità" avente lo scopo di implementare e sperimentare modelli organizzativi al fine di gestire le diversità nel rispetto dell'equità, articolato in tre sottoprogetti ciascuno affidato ad ogni area vasta.

Nel mese di giugno 2011 è stato organizzato un workshop "Equità in sanità" per rafforzare le iniziative regionali sul tema dell'equità e per definire le strategie dell'AVEC sul tema di Diversity management.

Da questo workshop sono emerse alcune questioni:

- % disabili inferiore rispetto a quanto previsto dalla legislazione vigente;



- Titolo di studio aggiornato difficilmente rilevabile nelle Banche Dati Aziendali;
- Tetto di cristallo e alta dirigenza solo “azzurra”;
- Molti atipici nelle nostre Aziende.

L’esperienza condotta mostra uno spaccato di grande interesse sul “mondo” del personale che rappresenta il principale capitale delle Aziende Sanitarie.

La rappresentatività dei dati raccolti e le criticità emerse sollecitano ad estendere, come peraltro previsto dal progetto iniziale, l’esperienza anche alle altre aree vaste.

L’opportunità è quella di cogliere questa occasione per strutturare una vera e propria banca dati unica sul personale delle aziende, utile per raccogliere e gestire in modo unitario le informazioni frammentarie oggi disponibili e uniformare il “data set”.

LIBERA PROFESSIONE

La vigente normativa in materia di libera professione, unitamente alle disposizioni contenute nei CCNL della dirigenza medico-veterinaria e del ruolo sanitario, concedono ai professionisti medici dipendenti a rapporto esclusivo sia l’esercizio della libera professione intramuraria “tradizionale”, sia la possibilità di erogare ulteriori prestazioni a pagamento a favore di terzi richiedenti (imprese, società, associazioni, strutture ed istituzioni pubbliche o private, a carattere locale o nazionale, altre aziende del Servizio Sanitario Nazionale, ecc.), presso studi privati o strutture private non accreditate, previa convenzione tra le stesse e l’Azienda USL.

Nell’anno 2011 il fatturato dell’attività libero-professionale ambulatoriale e di ricovero è lievemente diminuito rispetto all’anno precedente: tale flessione – conseguente al momento congiunturale – si rileva da un minor numero di interventi chirurgici e conseguenti ricoveri sia presso l’Ospedale Maggiore che presso l’Ospedale Bellaria.

Tabella 4.9 Attività in libera professione (ALP), anni 2010-2011.

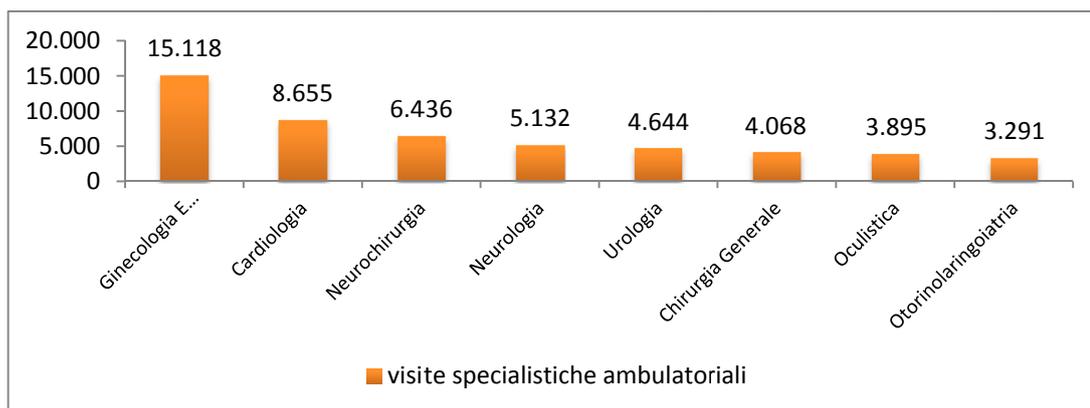
Tipologia	2010		2011		%2011/2010	
	N° ric/prest.	fatturato	N° ric/prest.	fatturato	N° ric/prest.	fatturato
ALP ricovero	571	3.818.970	505	3.468.582	-12%	-9%
ALP ambulatoriale	144.990	14.470.919	138.917	14.163.917	-4%	-2%
TOTALE		18.289.889		17.632.499		

La tabella su riportata deve essere integrata dagli introiti relativi a:

- prestazioni occasionali;
- perizie;
- consulenze sanitarie ad AUSL della RER e ad Enti Pubblici;
- vendita di prestazioni professionali, sanitarie e non;
- che, insieme, per l’anno 2011 ammontano complessivamente a €. 2.223.027, a fronte di un importo di €.1.861.106 dell’anno 2010, questo incremento deriva dall’aumento delle prestazioni occasionali.

Si elencano le prestazioni ambulatoriali maggiormente erogate:

Tabella 4.10 Prestazioni ambulatoriali più richieste in LP, anno 2011.



Mentre tra le prestazioni diagnostiche maggiormente richieste dalla cittadinanza ci sono:

Tabella 4.11 Prestazioni diagnostiche ambulatoriali più richieste in LP, anno 2011.

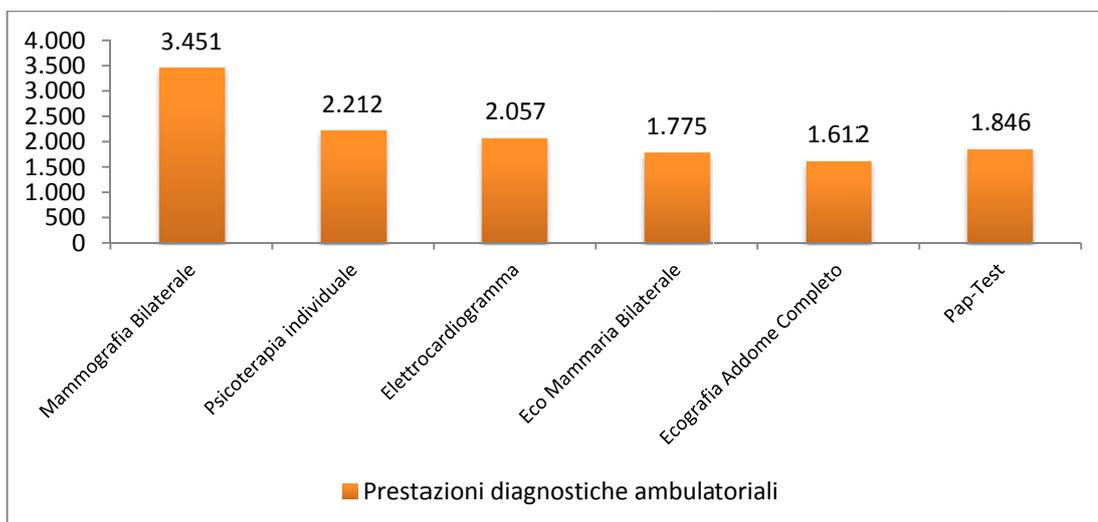


Tabella 4.12 Sanitari che effettuano attività libero-professionale ambulatoriale c/o studi privati esterni all'AZIENDA USL

ANNO	N PROFESS.
2007	135
2008	105
2009	92
2010	79
2011	72
differenza 2011/2007	- 47%

In linea con il disposto della L. 120/2007, l'Azienda USL di Bologna ha avviato un'azione per il rientro in spazi aziendali dei professionisti già autorizzati a svolgere attività libero professionale in studi privati esterni. Il numero dei sanitari che ha mantenuto l'attività libero-professionale ambulatoriale cosiddetta "allargata" registra infatti un significativo decremento negli anni.

Tabella 4.13 Attività in libera professione (ALP) Medici Specialisti Ambulatoriali Interni

	2010		2011		%2011/2010	
	N° prest.	fatturato	N° prest.	fatturato	N° prest.	fatturato
ALP ambulatoriale	2.061	184.697,60	2.214	199.490,67	8%	8%

L'attività in Libera Professione svolta dai Medici Specialisti Ambulatoriali Interni è stata avviata dalla seconda metà dell'anno 2006 sulla base dell'accordo sottoscritto dall'Azienda U.S.L. e dalle Organizzazioni Sindacali. L'Attività ha coinvolto inizialmente la branca di oculistica ed è stata gradualmente estesa nel corso degli anni ad altre branche specialistiche (attualmente attiva su cardiologia, endocrinologia, ginecologia, neurologia, oculistica, ortopedia, ORL, urologia). Si può notare dai dati riportati in tabella un aumento delle prestazioni erogate e del relativo fatturato.

L'azienda continua l'impegno per la revisione del processo di prenotazione delle prestazioni libero professionali, allineandolo alle procedure informatizzate già utilizzate per l'accesso alle prestazioni istituzionali, indirizzando tale pagamento presso i punti aziendali dedicati. Nel corso del 2011 si sono ridotte di oltre il 40% le prenotazioni attraverso agende "cartacee". Agli inizi del prossimo anno verrà attivato il programma "cup web alp" che verrà utilizzato dai professionisti con studio privato per le prenotazioni e gli incassi dell'attività libero professionale eliminando l'uso del bollettario.

Personale in rapporto di convenzione

Tabella 4.14 Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) anni 2007 – 2011

ANNO	MMG	PLS
2011	613	118
2010	619	118
2009	621	117
2008	632	118
2007	634	114

Si registra negli anni una graduale riduzione dei MMG.

Tabella 4.15 Numero di Medici Specialisti Ambulatoriali in convenzione, dell'emergenza territoriale e continuità assistenziale anni 2007 - 2011

ANNO	2007	2008	2009	2010	2011
specialisti ambulatoriali + medicina dei servizi	204 + 31	211 + 31	206+28	208 + 25	201 + 20
Biologi e psicologi ambulatoriali	11	12	13	13	13
medici penitenziari: specialisti e SIAS				5 + 8	4+6
Totale specialisti e professionalità ambulatoriali	246	254	247	251	244
emergenza territoriale	3	7	9	11	11
continuità assistenziale(guardia medica)	124	118	109	101	109
medici addetti alle attività territoriali programmate	12	20	25	27	25

4.2. GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA DEL PERSONALE

LA VALUTAZIONE DEI RISCHI OCCUPAZIONALI E LA SORVEGLIANZA SANITARIA

In questa sezione viene affrontato il tema della gestione del rischio e della sicurezza dal punto di vista degli operatori, rinviando per coerenza alla sezione 3 la trattazione riguardo alla sicurezza della struttura e del paziente.

La trattazione in due capitoli differenti è adottata solo per motivi di chiarezza, in quanto come ben noto, a livello aziendale la trattazione del rischio paziente ed operatore trova la sua unitarietà nell'area del *risk management* presente nello staff della Direzione aziendale.

Il percorso di integrazione tra l'Azienda USL e l'Azienda Universitaria Ospedaliera S.Orsola Malpighi per quanto riguarda la funzione di Medico Competente si è ulteriormente sviluppato, oltre che con la creazione di unica struttura di riferimento, anche attraverso la progressiva integrazione del protocollo di Sorveglianza Sanitaria degli operatori, che vede adesso maggiore unitarietà di valutazione e di modalità di effettuazione. Gli accertamenti sanitari periodici effettuati nel 2011 hanno comportato l'espletamento di 3876 visite rispetto a un totale di lavoratori dell'Azienda di 8419, una significativa riduzione rispetto all'anno precedente conseguente anche all'applicazione del nuovo protocollo di Sorveglianza Sanitaria.

L'attività di sorveglianza relativa alla radioprotezione ha inciso molto di più nelle strutture ospedaliere della città di Bologna, quali il Maggiore ed il Bellaria, che nel resto dell'Azienda, per la maggiore presenza e utilizzo di tecniche e apparecchiature radiogene, soprattutto di tipo intraoperatorio e terapeutico.

Tabella 4.16 Attività relativa agli accertamenti sanitari periodici sui dipendenti nell'Azienda USL di Bologna.

DESCRIZIONE ATTIVITA'	2011	2010	2009	2008	2007
Preventive	395	468	377	392	515
Periodiche	1455	1818	3.144	2.811	3.324
A richiesta lavoratori	372	359	330	299	308
A richiesta datore di lavoro	157	175	200	225	376
Radioesposti gruppo a (semestrali)	334	353	209	392	389
Radioesposti gruppo b (annuali)	817	812	702	728	708
Personale non dipendente	346	520	200	176	nd
Totale visite	3876	4505	4.051	5.013	5.620

Sui 3530 dipendenti visitati nel corso del 2011 (pari al 42% circa dei dipendenti soggetti a sorveglianza sanitaria), il 90,7 % è risultato idoneo. Relativamente alle limitazioni di idoneità alle mansioni, dei 416 dipendenti che hanno ricevuto una idoneità solo parziale, per il 68% circa si è trattato di una riconferma rispetto agli anni precedenti. Un numero pari a 9 lavoratori infine ha ricevuto l'inidoneità alla mansione svolta.

Relativamente alle patologie che hanno dato origine ad una limitazione di idoneità:

- Il 75% è riferibile a patologie osteoarticolari;
- Il 15% a malattie endocrino metaboliche e cardiovascolari;
- Il 10% ad altre cause (disagio psichico, allergiche, ecc.).

È proseguito il lavoro di consolidamento della valutazione dei rischi in azienda, con la revisione di numerosi documenti e la stesura di nuovi in considerazione delle riorganizzazioni fatte per alcuni settori e dell'entrata in funzione di nuove strutture. In particolare è stata completata la valutazione dei rischi per i fattori stress

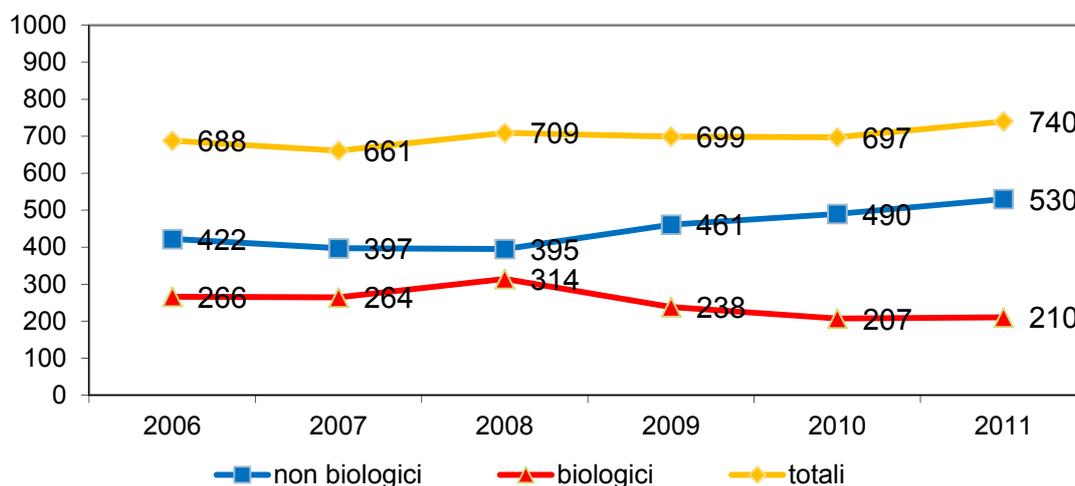
correlati al lavoro come previsto dal D. Lgs. 81/08 e dalla Circolare del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 28 novembre 2010, con alcuni interventi di miglioramento effettuati in alcune aree aziendali.

Per quanto riguarda il benessere lavorativo l'azienda ha completato le attività previste nel progetto sviluppato dalla FIASO, collaborando fattivamente all'interno del gruppo di lavoro, con la somministrazione on line di un questionario specifico, i cui dati sono stati successivamente elaborati con le altre aziende partecipanti e presentato a livello nazionale.. Tale intervento assieme a un lavoro di sintesi su altri progetti e dati raccolti nel passato, contribuiscono alla definizione di un modello di intervento per approfondire le valutazioni sulle possibili azioni di miglioramento per il personale, integrate nel più ampio progetto di sviluppo del capitale umano aziendale.

Nel Piano Aziendale della Formazione si è affrontata una serie di tematiche sulla sicurezza degli operatori in particolare il rischio biologico, la movimentazione dei pazienti, la sicurezza nell'uso dei gas medicali, l'antincendio, le responsabilità in materia di gestione dei rischi, come previsto dalla normativa, e soprattutto è proseguita la formazione del personale di nuova assunzione con il corso specifico.

LA GESTIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE EMERGENZE

Grafico 4.9 Infortuni a denuncia INAIL e a rischio biologico nell'Azienda USL Bologna anni 2006 – 2011*. Fonte dati Azienda USL di Bologna.



*Per ciascun anno di competenza, il dato pubblicato sul BM degli infortuni può essere incompleto, in quanto il riconoscimento delle denunce può avvenire alcuni mesi successivi alla redazione del Bilancio.

Il numero globale degli infortuni è tendenzialmente al leggero rialzo negli ultimi 3 anni, con la diminuzione-stabilità di quelli a rischio biologico ed una tendenza all'aumento delle altre tipologie, essenzialmente piccoli traumi ed in misura minore da lesioni da sforzo.

Nel 2011 vi è una conferma di questo andamento, in parte spiegato dal trasferimento sull'infortunio di altre forme di assenze (es. malattia) che la recente normativa sulla pubblica amministrazione ha cercato di controllare.

Tabella 4.17 Indicatori sulle condizioni di rischio dei lavoratori. Anni 2008-2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna.

INDICATORI	2008	2009	2010	2011
N° infortuni denunciati all'INAIL/tot dipendenti *100	4,67	5,4	5,6	6,2
N° infortuni a rischio biologico denunciati all'INAIL/tot dipendenti *100	3,71	2,81	2,6	2,6

La prevalenza in percentuale sulla popolazione dei dipendenti è rimasta del 2,6% per gli infortuni a rischio biologico, mentre è salita al 6,2% circa per gli infortuni non biologici. I dati sono comunque entro e al di sotto dei valori di riferimento in letteratura per le strutture sanitarie, sia a livello nazionale che regionale.

Tabella 4.18 Giorni totali di assenza per infortunio in Azienda anni 2008-2011. Fonte dati registri infortuni aziendali

	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Giorni di assenza per infortunio	6.520	8.416	9.280	9857

L'analisi delle giornate di lavoro perdute presenta anche in questo anno un trend in ascesa, derivante oltre che dal maggior numero, anche dai di giorni di prognosi che mediamente vengono prescritti in sede di prima visita conseguente all'infortunio.

Una componente significativa dell'attività ha riguardato la continua a revisione dei Piani di Emergenza in relazione alle ristrutturazioni o adeguamenti di molte strutture aziendali, e nella verifica sistematica e con il coordinamento con le UO aziendali, delle modalità di immagazzinamento dei materiali nelle strutture ospedaliere ed una sua razionalizzazione, al fine di ottemperare alla normativa antincendio specifica, nonché la predisposizione di istruzioni operative e l'addestramento del personale per la gestione delle emergenze legate all'utilizzo degli ascensori nelle strutture sanitarie ed ospedaliere.

IL CONTENZIOSO "ASSICURATIVO" DA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA E LE POLIZZE ASSICURATIVE

Per l'anno 2011 rimangono operativi i contratti assicurativi in essere, stipulati a partire dal 28/10/10 a seguito della gara espletata nell'ambito dell'Unione di Acquisto di Area Vasta Emilia Centro (AVEC). Il programma assicurativo contro i rischi della Responsabilità Civile verso Terzi si vede, pertanto, caratterizzato anche quest'anno dall'esistenza di due distinte coperture assicurative:

- Assicurazione di I° rischio della Responsabilità Civile verso Terzi e prestatori d'Opera (RCT/RCO) ivi inclusa l'attività istituzionale e l'attività intramoenia (Compagnia AM TRUST EUROPE Limited) – massimale di copertura € 2.500.000,00 per sinistro e/o sinistro in serie con il massimo di € 15.000.000,00 per anno assicurativo;
- Assicurazione di II° rischio della Responsabilità Civile verso Terzi e prestatori d'Opera (RCT/RCO) ivi inclusa l'attività istituzionale e l'attività intramoenia (Compagnia AM TRUST EUROPE Limited) – massimale di copertura € 3.000.000,00 per sinistro e/o sinistro in serie con il massimo di € 20.000.000,00 per anno assicurativo per tutte le Aziende dell'AVEC.

E' stata mantenuta nell'attuale copertura di RCT/RCO anche la previsione di una "franchigia a sinistro" di € 50.000,00 cioè la parte di risarcimento danni che resta a carico dell'Azienda per ogni sinistro.

In tema di copertura della c.d. colpa grave, la medesima Compagnia AM TRUST EUROPE ha, altresì, presentato per il personale interessato, come già avvenuto l'anno precedente, un piano di copertura individuale, avente le seguenti connotazioni:

- possibilità di adesione da parte di tutti gli operatori dell'Azienda, dipendenti e non;
- contraenza diretta da parte del singolo Assicurato;
- adesione attraverso la connessione ad un sito internet;
- durata annuale della copertura con adesione da riformulare anno per anno;
- pagamento del premio senza alcuna attività di collettore da parte dell'Azienda di appartenenza;
- gestione completamente informatizzata del processo di adesione e di recesso;
- copertura garantita anche in caso di passaggio/trasferimento del dipendente da un'Azienda all'altra dell'AVEC;
- copertura delle attività precedentemente svolte, anche presso Aziende diverse da quelle dell'AVEC.

Le Aziende dell'Avec, inoltre, hanno mantenuto i protocolli di gestione dei sinistri e del contenzioso derivanti da responsabilità professionale medica già adottati nell'anno 2010, allo scopo di dare continuità alle prerogative ed alle condizioni in essere a tutela delle procedure già operanti all'interno di ciascuna Azienda.

Una rilevante novità è, invece, rappresentata dalla previsione di uno specifico protocollo di gestione della cd. "mediazione civile obbligatoria". Il d.lgs n. 28/2010, infatti, all'art. 5 ha introdotto il nuovo istituto della mediazione civile quale "condizione di procedibilità" della domanda giudiziale relativamente ai casi di risarcimento per responsabilità medica. Preso atto di ciò, l'Azienda ha prontamente attivato una modalità di risposta efficace alle istanze di cui è destinataria (n. 46 istanze ricevute dal 03/2011 al 31/12/11), promuovendo un processo di co-decisione tra l'Azienda medesima e la Compagnia assicuratrice.

In particolare, l'Azienda si fa parte attiva nella valutazione delle domande per la successiva partecipazione alle procedure, che vedono di volta in volta coinvolti i rappresentanti degli uffici aziendali competenti (UOS Legali Assicurazioni e U.O. Medicina Legale) unitamente ai legali nominati dalla Compagnia, con il preciso obiettivo di rendere fattivamente possibile una risoluzione stragiudiziale delle vertenze oggetto di mediazione.

Si riporta il dato numerico degli accordi transattivi intervenuti con l'aggiornamento dell'attività del 2011:

Tabella 4.19 Esiti transazioni anni 2006-2011

	Transazioni chiuse 2006	Transazioni chiuse 2007	Transazioni chiuse 2008	Transazioni chiuse 2009	Transazioni chiuse 2010	Transazioni chiuse 2011
n. 279 sin. 2005	34	16	20	12	13	====
n. 228 sin. 2006	6	21	26	18	10	====
n. 246 sin. 2007	=====	4	25	22	5	16
n. 228 sin. 2008	=====	=====	11	13	20	
n.286 sin. 2009	=====	=====	=====	5	29	42
n.301 sin. 2010	=====	=====	=====	=====	7	18
n.279 sin. 2011	=====	=====	=====	=====	=====	=====

Tabella 4.20 Dati del contenzioso da responsabilità professionale medica nell'Azienda USL di Bologna, anni 2008-2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna.

DATI ANALITICI DI ATTIVITA'	2008	2009	2010	2011
Richieste risarcimento danni da responsabilità medica	228	286	310	279
Contenziosi civili derivanti da resp. professionale medica	13	14	10	3
Contenziosi penali derivanti da resp. professionale medica	32	37	36	46
Premio di assicurazione RCT/RCO in €	4.380.000	4.380.000	4.739.556*	4.739.556*

* + accantonamento € 1.200.000,00 per pagamento franchigie annuali

4.3. SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE E SISTEMA PREMIANTE

SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE

L'anno 2011 è stato caratterizzato, sul versante della valutazione e valorizzazione professionale della dirigenza, dall'avvio e dal completamento del percorso per l'attribuzione dei **nuovi incarichi di alta specializzazione della Dirigenza Medica e Veterinaria**.

Il percorso ha rappresentato un'importante esperienza di valorizzazione del merito e delle eccellenze professionali presenti in azienda, realizzata anche attraverso la sottoscrizione di specifico accordo con le parti sindacali, nell'ambito del quale sono stati individuati i criteri di graduazione degli incarichi, ed il relativo percorso aziendale.

La valutazione dei curricula dei professionisti che hanno partecipato al percorso è stata svolta dalle Direzioni di Dipartimento, che hanno formulato le proposte motivate di attribuzione dei nuovi incarichi di alta specializzazione alla specifica Commissione individuata dal Collegio di Direzione dell'Azienda.

I nuovi incarichi di alta specializzazione sono stati attribuiti dalla Direzione Generale, con durata triennale, a 97 professionisti, che rappresentano circa il 6% della popolazione dirigente, articolati come segue:

- Dirigenti Medici: 84
- Dirigenza Veterinari: 3
- Dirigenti Universitari: 10

Nella seconda parte dell'anno è stato sottoscritto analogo accordo anche con le parti sindacali della Dirigenza Sanitaria non Medica, Professionale, Tecnica ed Amministrativa. E' previsto il completamento del relativo percorso nel corso del 2012.

Con riferimento alla valutazione del personale, in applicazione degli istituti contrattuali previsti dagli artt. 25-32 del CCNL 2005 della Dirigenza, si registra un consolidamento delle procedure di valutazione alla scadenza degli incarichi di responsabilità e/o al maturare dei requisiti di anzianità previsti dai contratti.

In termini numerici, nell'anno 2011, il **percorso di valutazione** ha visto coinvolti 163 dirigenti, così ripartiti:

- Valutazioni di fine incarico di responsabilità:
- Unità Operativa Semplice e Semplice Dipartimentale: 65
- Unità operativa Complessa: 15
- Altri incarichi di natura professionale: 23

Valutazione a scadenze CCNL (anzianità di servizio 5 / 15 anni):

- "cinque anni": 37
- "quindici anni": 23

Per la valutazione del personale del comparto, nel 2010 sono state seguite le procedure di valutazione di 50 incarichi di posizione organizzativa.

IL SISTEMA PREMIANTE

Nel corso del 2011 sono stati sottoscritti due nuovi accordi relativi al sistema premiante delle due aree della Dirigenza. Gli accordi sottoscritti, pur confermando i principi ed i criteri aziendali già consolidati nell'ambito del sistema premiante, hanno migliorato il grado equità distributiva del sistema, attraverso la progressiva omogeneizzazione delle quote di premio destinate ai risultati di equipe a livello intra ed interdipartimentale.

Sono confermate anche nei nuovi accordi le quote di fondo destinate al riconoscimento della qualità della prestazione individuale e dell'impegno dimostrato in progetti di innovazione organizzativa, clinica ed in generale nel perseguimento degli obiettivi strategici aziendali.

Nell'ambito dell'area del comparto, le procedure consolidate relative alla produttività collettiva ed individuale sono state confermate anche per l'anno 2011.

4.4. FORMAZIONE E SVILUPPO PROFESSIONALE DEL PERSONALE

Nel corso dell'anno 2011 la formazione è stata prevalentemente orientata alla promozione della crescita ed al mantenimento delle competenze professionali, con una particolare attenzione alla riduzione del rischio e all'utilizzo di buone pratiche in ambito sanitario. Il budget stanziato per il 2011, pari ad € 1.200.000, non comprendente le risorse derivanti dai Progetti Obiettivo e da altri fondi esterni, è stato prevalentemente indirizzato alle iniziative interne. La mission dell'UOC Formazione prevede anche la formazione dei futuri professionisti infermieri, sia attraverso i Corsi di Laurea Sedi Bologna¹ e Campus Pieve di Cento sia attraverso l'attività di tutoraggio prevista non solo per il Corso di Laurea in infermieristica, ma anche per altre figure professionali sanitarie e non, formalizzate attraverso convenzioni con diverse Università/Enti formativi.

Il Piano Aziendale della Formazione (PAF)

Il Piano Aziendale della Formazione (PAF) è costituito dalle iniziative proposte ed organizzate dalle singole macrogestioni (Dipartimenti, Distretti, Direzioni aziendale) che, sulla base del Piano strategico Aziendale, sono state collegate agli obiettivi prioritari, oltre ad iniziative di formazione a distanza (FAD).

Ampio spazio è stato nuovamente dato anche alla formazione sul campo (On Work), la cui efficacia didattica pare essere migliore rispetto alle iniziative residenziali.

Le Risorse Umane impiegate per la realizzazione del piano sono state:

- Docenti interni 805
- Docenti esterni 474
- Direttori dei corsi 430
- Tutor formazione on work 161

Le Risorse Economiche stanziato per la realizzazione del piano, pari a € 1.200.000, sono state così utilizzate:

Tabella 4.21 costi della formazione in € e % di utilizzo.
Anno 2011

tipologia formazione	spesa sostenuta in €	% sulla spesa totale	% residenziali	% on work
Formazione interna	692.156	68,29%	85%	15%
Formazione esterna	269.493	26,59%	100%	0%
Corsi FAD	51.932	5,12%		
Totale	1.013.581			

Tabella 4.22 andamento costi della formazione - anni 2006- 2011

Anno	budget stanziato	spesa	bdg residuo
2006	1.600.000	1.266.896	333.104
2007	1.700.000	1.383.308	316.692
2008	1.700.000	1.565.727	134.273
2009	1.700.000	1.662.572	37.428
2010	1.700.000	1.509.193	190.807
2011	1.200.000	1.019.081	186.183

Tabella 4.23 Iniziative interne realizzate anno 2011

iniziative	N. corsi	di cui corsi residenziali	di cui corsi on work	N. eventi complessivi (repliche comprese)
trasversali aziendali	59	48 (81,4%)	11 (18,6%)	81
macrogestioni	667	495 (74,2%)	172 (25,8%)	998
FaD (MED3)	31			31
totale	757	543	183	1.110

Alcuni corsi trasversali e di macrogestione sono stati replicati, per un totale rispettivamente di 81 e di 998 edizioni. Di queste edizioni di eventi formativi (in totale 1079), il 74,8% è stato realizzato in modo residenziale e il 25,2% con modalità "on work".

Nel dettaglio, gli eventi realizzati "on work" sono stati così distribuiti: 66 per attività di addestramento, 11 per attività di audit, 105 per attività di miglioramento, 1 per attività di ricerca.

ACQUISIZIONE CREDITI ECM

Tabella 4.24 crediti ECM acquisiti anno 2011

formazione interna (crediti acquisiti con partecipazione e docenza)				
	professionisti	crediti <=25	Crediti 26-50	crediti >50
qualifiche ECM	4422	2451	1390	581
		55,4%	31,4%	13,1%

formazione esterna			
	professionisti	tot crediti	media crediti
qualifiche ECM	2057	15.131	7,4

Il ricorso alla sponsorizzazione, regolato da una procedura aziendale, richiede l'acquisizione di una preventiva autorizzazione. L'importo per la formazione esterna sponsorizzata è stato di 260.335€ per complessive 282 autorizzazioni. Nell'anno 2011, inoltre, è stata sponsorizzata 1 iniziativa formativa interna per un importo pari a 50.000€.

Tabella 4.25 Formazione FAD anno 2011

FAD Consorzio MED3	Tot. partecipanti	Tot. ore formazione	Tot crediti assegnati
TOTALE	3967	50.674	36.145

FORMAZIONE RIVOLTA A PROFESSIONISTI ESTERNI

Tabella 4.26 Numero di crediti erogati a personale esterno, partecipante a iniziative di formazione aziendali

Professionisti E.C.M.	Attestati rilasciati	N. crediti	Ore formative
3.188	3.575	20.436	29.804

Iniziative volute dalla Direzione Generale e che costituiscono gli eventi strategici del 2011

- 1) **Clinical governance:** l'analisi organizzativa e il cambiamento del management come strumenti che creano senso per l'innovazione
- 2) **La nuova governance territoriale:** supportare i processi di change management dei servizi territoriali e di coaching manageriale; il case manager nel percorso clinico assistenziale del paziente con BPCO e per ogni paziente con patologia cronica e accesso a PDTA. L'integrazione socio-sanitaria nel territorio della provincia di Bologna. Il supporto per la definizione e l'implementazione del nuovo modello di assistenza territoriale
- 3) **Gli strumenti di Change Management:** rimodellare la funzione di monitoraggio nel sistema per promuovere e supportare l'innovazione organizzativa; i nuovi modelli di assistenza ospedaliera: la ricerca di maggiore qualità ed efficienza attraverso lo sviluppo organizzativo e tecnologico. Integrazione dei percorsi clinici.
- 4) **DS LAB:** acquisire schemi cognitivi innovativi di lettura dell'organizzazione aziendale, della cultura della valutazione e della rendicontazione attraverso l'elaborazione/implementazione di sistemi di analisi/monitoraggio relativi ad oggetti di osservazione privilegiati come i percorsi clinico-assistenziali. Il percorso di certificazione del PDTA del paziente con mielolesione traumatica e il percorso del paziente con stroke.

5) **I sistemi di accesso e la partecipazione dei cittadini:** riconfigurare il sistema di front office per un migliore percorso di accoglienza e orientamento del cittadino. Il progetto di accesso metropolitano: le funzioni amministrative per l'innovazione - accesso integrato alle prestazioni, ergonomia dello sportello, percorso di gestione della protesica

6) Rischio Clinico

- Sicurezza delle attività clinico-assistenziali nell'Azienda Usl di Bologna
- Organizzazione e gestione del sistema ris pacs aziendale anno 2011
- Ti racconto di te - 2008-2011: l'audit clinico nell'Azienda USL di Bologna
- La verità e il suo doppio: la gestione del Rischio Clinico.

ABSTRACT DI TRE EVENTI

<p>1) CONVEGNO TI RACCONTO DI TE 2008-2011 L'AUDIT CLINICO NELL'AUSL DI BOLOGNA ANNO 2011</p>
<p>Scopo –Mettere in comune le esperienze di audit conclusi o giunti alla fase 4 realizzate nell'AUSL di Bologna.</p>
<p>Metodologia - Interventi preordinati scelti dal Comitato Scientifico presieduto dal Direttore Sanitario</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussione - Interventi principali: ▪ analisi delle lettere di dimissione di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco ▪ audit nella prevenzione secondaria della cardiopatia post-infartuale ▪ audit del percorso delle pazienti con neoplasia della mammella ▪ appropriatezza complessiva di applicazione della profilassi perioperatoria ▪ audit "SEPSI" ▪ gestione del catetere vescicale e infezioni urinarie correlate a catetere ▪ progetto regionale sul re-processing degli endoscopi ▪ audit nelle strutture territoriali dedicate alla tossicodipendenze su due aree: infettivologica e psicosocioeducativa
<p>Conclusioni - In tutti i contesti, l'applicazione rigorosa e omogenea della metodologia di progettazione, attuazione e rendicontazione dei risultati dell'Audit, secondo il modello aziendale definito dal Governo Clinico, di riferimento a evidenze forti, di elaborazione di standard locali, di lavoro di gruppo multidisciplinare e di tempestività di intervento, ha reso l'intervento di misura e di successivo miglioramento efficace e fortemente partecipato. In quanto a gradimento, su 483 questionari compilati, tra il 75 e l'85% ha dichiarato valori tra "rilevante, buono, efficace" e "molto rilevante, eccellente, molto efficace".</p>

<p>2) IL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE DEL PDTA DEL PAZIENTE CON MIELOLESIONE TRAUMATICA</p>
<p>Scopo – Verificare l'adeguatezza del PDTA relativo all'assistenza del paziente con mielolesione traumatica, realizzato con il Montecatone Rehabilitation Institute IMR.</p>
<p>Metodologia – Applicazione del processo di Certificazione del "Profilo Integrato di Cura" orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico, creando una ricaduta sia di miglioramento dei risultati in termini di salute e qualità di vita, sia di ottimale utilizzo delle risorse.</p>
<p>Discussione – Hanno partecipato alla Certificazione per l'AUSL di Bologna</p> <p>Centrale Operativa 118 - Bologna Soccorso-Ospedale Maggiore</p> <p>Pronto Soccorso Ospedale Maggiore Bologna</p> <p>Pronto Soccorso Emergenza Territoriale Area Nord</p> <p>Pronto Soccorso Emergenza Territoriale Area Sud</p> <p>Rianimazione 118 Ospedale Maggiore</p> <p>Chirurgia Vertebrale d'urgenza e del trauma • Ospedale Maggiore</p> <p>Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - Ospedale Maggiore</p>

<p>Neurochirurgia d'urgenza e del trauma - Ospedale Maggiore Chirurgia del Trauma - Ospedale Maggiore Ortopedia e Traumatologia - Ospedale Maggiore Medicina Riabilitativa - Ospedale Maggiore Dipartimento Cure Primarie - AUSL Bologna Distretti di Committenza e Garanzia - AUSL Bologna - Commissioni DGR 2068/2004 Per Montecatone R.I. hanno partecipato: Terapia Intensiva e Semi-intensiva Unità Spinale: acuti e post-acuti Dipartimento integrazione.</p> <p>Il coordinamento del Gruppo interaziendale è stato condotto dalle UO Qualità e Accreditamento e Governo clinico dello Staff dell'AUSL di Bologna e dall'Ufficio Qualità dell'Istituto di Montecatone.</p> <p>Conclusioni - E' risultato evidente il valore aggiunto al Percorso del Paziente dato da un reale interesse nei suoi confronti, attraverso la continua ricerca volta ad individuare nuovi elementi necessari a garantire il mantenimento ma anche il miglioramento dei livelli raggiunti .</p> <p>Gli attuali indirizzi, la partecipazione attiva delle Direzioni. il coordinamento ed il fattivo supporto degli RQ sostanziale e valido contributo di Responsabili e figure professionali intervenute, sono sicuramente elementi che forniscono positive indicazioni per il proseguimento del percorso intrapreso e sulle capacità di sviluppare interventi significativi per il costante miglioramento, realizzando un unico approccio gestionale e tecnico-professionale e dando quindi luogo alle attività poste tra i principali obiettivi.</p> <p>E' stata confermata la certificazione, quindi si può affermare l'obiettivo definito è stato raggiunto.</p>
--

3) SICUREZZA DELLE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI nell' AUSL di BOLOGNA
Scopo – Favorire il mantenimento di un altro livello di attenzione sui temi del rischio clinico
Metodologia – Interventi programmati durante le sessioni di attività formativa. Discussione in piccoli gruppi.
<p>Discussione - All'interno del corso sono state trattate le seguenti aree tematiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Come migliorare la sicurezza in sanità; ▪ La tutela dei pazienti e dei professionisti ▪ La gestione delle informazioni cliniche; ▪ Sicurezza nella gestione dei farmaci e dei presidi; ▪ Sorveglianza e controllo delle infezioni e delle multiresistenze; ▪ Responsabilità in materia di sicurezza degli operatori; ▪ Sistema qualità e cultura della sicurezza; ▪ Sicurezza e sistemi RIS PACS-Luci e ombre; ▪ Rischio clinico, appropriatezza e percorsi; ▪ Rischio e teamwork. <p>All'iniziativa hanno partecipato 258 professionisti con una media di 65 partecipanti ad edizione.</p> <p>Conclusioni - Dai risultati dei questionari di apprendimento è emerso che, per mantenere alti i livelli di sicurezza, è fondamentale l'attività di formazione continua, la proceduralizzazione delle attività e il controllo esterno.</p> <p>Pur essendo un elemento fondamentale in tema di sicurezza, al fine di evitare l'insorgenza di eventuali rischi, non è stata sufficientemente rilevata l'importanza della responsabilità dei professionisti rispetto al controllo delle attività.</p> <p>Il 93% dei partecipanti ha affermato che la sicurezza del paziente è un tema rilevante/molto rilevante, il 90% ha affermato che la qualità educativa è stata buona/eccellente, l'81% che è stata efficace/molto efficace.</p>

CORSI DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Le Sedi formative del Corso di Laurea in Infermieristica attivate da anni in azienda e afferenti alla Facoltà di Medicina dell'Università di Bologna (sede Bologna 2) e dell'Università di Ferrara (sede Campus Pieve di Cento) proseguono nello sviluppo dell'attività didattica e di tirocinio con l'orientamento all'innovazione delle metodologie didattiche con particolare riferimento alle metodologie di didattica attiva ed al coinvolgimento dei professionisti esperti dell'azienda per tematiche affrontate in Seminari, laboratori ed altre attività integrative.

Tabella 4.27 n. iscritti ai due corsi di laurea in scienza infermieristica anni 2007-2011

dati ed anni	CORSI DI LAUREA INFERMIERISTICA									
	Bologna 2					Campus Pieve di Cento				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
n. iscritti	320	371	367	399	384	112	116	128	151	178
1° anno	120	119	125	134	105	40	40	49	56	56
2° anno	100	112	111	114	130	25	35	27	36	47
3° anno	90	100	101	111	114	27	25	17	27	27
fuori corso	10	40	30	40	35	20	16	35	32	48

Tabella 4.28 dati del tirocinio dei due corsi di laurea in scienza infermieristica anni 2007-2011

dati	TIROCINIO									
	Bologna 2					Campus Pieve di Cento				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
n. tirocini	1.020	1.060	1.209	860	742	448	400	400	250	270
n. tirocinanti	320	360	404	399	384	112	100	128	121	178
n. tutor aziendali	290	302	356	348	363	112	110	110	110	120

Per scelte interne con motivazioni di natura didattica è stato ridotto il numero di tirocini prolungando la presenza dello studente nella stessa sede.

Questa modifica è da considerarsi come attività di miglioramento all'interno del processo del tirocinio in quanto a parità di monte ore si è scelto di ridurre il numero dei tirocini consentendo in questo modo allo studente di aumentare la permanenza nello stesso servizio/unità operativa.

Questa scelta ha favorito la relazione educativa con i tutor clinici e l'equipe sanitaria e quindi il raggiungimento degli obiettivi di apprendimento migliorando l'efficacia complessiva dell'apprendimento in tirocinio.

Il ricavo finanziario per l'anno 2011 è stato di 1.102.813,00 €.

Altre attività integrate con l'Università hanno riguardato **Specializzazioni Mediche**, con le Università di Bologna, Ferrara, Modena, Parma, Messina, Milano, Catania (292 partecipanti).

ATTIVITÀ DI TIROCINIO

In questi anni l'Azienda USL di Bologna si è impegnata nel campo della formazione degli operatori della cura in quanto professionisti. Per organizzare al meglio i percorsi di tirocinio l'Azienda ha dato vita a un sistema organizzativo complesso ed efficace. È stata individuata la rete dei referenti aziendali di tirocinio e la rete dei tutor, con funzioni di tutorato che ormai copre la totalità delle articolazioni organizzative dell'azienda. Tale

attività garantisce agli studenti un percorso protetto e guidato, programmato, monitorato e verificato in funzione del livello e della qualità dell'apprendimento professionale. La procedura del tirocinio è riconosciuta con la certificazione UNI EN ISO 9001:2008. Riportiamo i dati relativi alla attività espletate nel 2011:

Tabella 4.29 Dati di tirocinio 2011 per i Corsi di Laurea, Master, Specializzazioni e Erasmus

N. tutor	514
N. tirocinanti	905
N. tirocini attivati	1734
N. convenzioni	8
N. questionari di gradimento	914
N. TUTOR che attraverso l'attività di tirocinio hanno ottenuto crediti ECM	514
Tot. Ore di Tirocinio effettuate	186.642

Costo intangibile dei tirocini: riconosciute 2 ore settimana dedicata alla formazione diretta dei tirocinanti. Durata media dei tirocini: 4 settimane per capita. Assegnati 4 crediti /mese/tirocinio.

Impegno dei tutor con crediti ECM: 8 ore mese, pari a 13.872 ore nel 2011 e con un impegno economico figurativo di 235.824,00€ da aggiungersi al costo dei corsi di Laurea in Infermieristica.

LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI CONVENZIONATI

Tabella 4.30. Numero di giornate di formazione per i medici convenzionati nel 2011

Tipologia	Area dipartimentale	n. giornate		
		solo MMG	MMG + CA	totale giornate
MMG (+ CA)	Bologna Città	10	12	22
	Casalecchio	5	5	10
	Porretta	6	5	11
	San Lazzaro	5	5	10
	Pianura Est	6	4	10
	Pianura Ovest	7	4	11
	Totale		39	35
medici di C.A.	Bologna Città			5
P.L.S.	Azienda			6
Spec. Amb.	Azienda			9

Si precisa che l'elenco delle iniziative rivolte ai medici specialisti ambulatoriali e altre professioni assimilate comprende i soli corsi aziendali "trasversali" (per tutte le branche specialistiche) per i quali è direttamente coinvolta l'Azienda per l'aspetto organizzativo e gestionale.

Non sono invece indicate le iniziative svolte dai professionisti in "autogestione" e non organizzate dall'Azienda così come non sono comprese le eventuali iniziative all'interno dell'Azienda organizzate da altre macroarticolazioni (vedi ad esempio Dip. Ospedalieri).

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Il corso di formazione specifica in Medicina Generale dal 1994 e' obbligatorio per diventare "Medico di Famiglia". Attualmente il corso e' triennale, finanziato dalla Regione e gestito sul territorio regionale da 3 Azienda USL: Bologna, Cesena e Reggio Emilia.

Tabella 4.31. Dati relativi ai 3 corsi attivi di formazione in MG

TRIENNIO	Borse di Studio	Numero Corsisti	Tutor Ospedalieri	Tutor Territorio	Tutor MMG	Docenti Interni	Docenti Esterni	Ore Lezione
CORSO 2008/2011	9 borse x 4 mesi 11 borse x 2 mesi 13 borse x 5 mesi 3 borse x 1 mese (rec Gravid)	39	7	26	31	7	52	252
CORSO 2010/2013	15 borse x 3 mesi 16 borse x 5 mesi 17 borse x 1 mese 18 borse x 3 mesi	26	5	30	17	9	48	300
CORSO 2011/2014	14 borse x 1 mese	22	/	/	/	1	/	4

Il costo totale è stato di € 514.636,21.

LA FORMAZIONE SUI RISCHI

Tabella 4.32 persone formate sui rischi nell'Azienda USL Bologna anni 2006-2011. Fonte dati Azienda USL di Bologna.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
N° operatori	836	959	1.223	1.626	1178	645 in FAD + 460 in residenziale=1.105

Nel 2011 si è cominciata una attività di "consolidamento" con interventi più mirati e articolati con lo scopo di migliorare ulteriormente la sensibilità degli operatori sul tema della sicurezza. Con questo obiettivo sono state introdotte metodologie innovative come la formazione sul campo durante l'attività lavorativa dei soggetti coinvolti, allo scopo di rendere gli interventi più coerenti con reali attività effettuate, e la Formazione a Distanza, che ha interessato un numero non trascurabile di operatori. Infine si è partecipato come docenti a numerosi corsi di formazione sulla gestione del rischio organizzati da macrogestioni, e che continua praticamente in maniera costante nel tempo.

I CORSI OSS

I Corsi OSS finanziati dai CFP, attivati e finiti nel 2011 sono stati 5 ai quali hanno partecipato complessivamente 109 studenti. I corsi OSS attivati a richiesta dei partecipanti e con oneri totali a loro carico (corsi "a mercato") sono stati 3 per totali 61 partecipanti e la loro fine è prevista nel 2012.

4.5. SISTEMA INFORMATIVO DEL PERSONALE

E' stato attivato un sistema interno di monitoraggio mensile sul personale relativo a:

- dotazione organica;
- turn over;
- lunghe assenze, retribuite e non retribuite;
- spesa delle risorse di personale dipendente, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, libero professionista.

Avviato nel corso dell'anno 2010, il sistema è entrato a regime nel 2011, e ha facilitato la funzione di controllo della spesa, secondo i dettati delle norme e delle indicazioni regionali.

Mensilmente viene elaborato il monitoraggio delle presenze medie al netto lunghe assenze del personale dipendente, non dipendente a contratto e degli specialisti ambulatoriali interni, con confronto sia rispetto ai dati rilevati a chiusura dell'anno precedente sia, se oggetto di negoziazione, con i dati di budget. Trimestralmente il monitoraggio si compone oltre che delle voci suddette anche delle unità da lavoro interinale e dalle ore di prestazioni aggiuntive.

4.6. STRUTTURA DELLE RELAZIONI CON IL PERSONALE DIPENDENTE E LE SUE RAPPRESENTANZE

Il confronto con le organizzazioni sindacali rappresentative dei lavoratori è stato condotto alla luce delle nuove connotazioni che la partecipazione sindacale ha assunto nell'ambito della organizzazione del lavoro e della gestione dei rapporti di lavoro del personale dell'Azienda, garantendo il percorso della consultazione e concertazione in tutti gli atti di amministrazione e di riorganizzazione aziendale, nel rispetto comunque del ruolo della contrattazione integrativa nelle materie rimesse a tale livello di confronto sia dal CCNL sia dal regolamento aziendale in materia di relazioni sindacali.

Durante il corso dell'anno 2011 per l'**Area Contrattuale del comparto** l'attività di confronto sindacale si è svolta attraverso n. 34 incontri del tavolo aziendale e n. 6 incontri decentrati.

Sono stati sottoscritti n. 21 verbali di concertazione/contrattazione.

Gli elementi qualificanti di tutto il sistema delle relazioni sindacali è stato e resta la necessaria conferma dell'essenzialità ed importanza del Sistema Sanitario Nazionale, universale e pubblico, e la centralità della garanzia della qualità dei servizi erogati ai cittadini nonché della tutela dei diritti dei lavoratori, con particolare riguardo a:

sicurezza nei luoghi di lavoro per i lavoratori e per i cittadini;

mantenimento dei livelli occupazionali congrui con l'attività svolta;

rispetto delle disposizioni normative, anche di matrice comunitaria, in materia di organizzazione del lavoro;

valorizzazione delle professioni.

Relativamente al trattamento economico dei lavoratori dell'Azienda, nell'ambito delle risorse definite in sede di determinazione annuale dei Fondi contrattuali, sono state individuate le risorse economiche da destinare alla produttività individuale e valorizzazione della performance, nel rispetto del sistema di valutazione in essere ma tenendo conto delle disposizioni legislative emanate nel corso dell'anno 2011 (manovre finanziarie) che hanno comportato vincoli temporanei alla determinazione di progressioni orizzontali per l'attribuzione delle fasce economiche.

Sono altresì stati avviati percorsi con le rappresentanze sindacali al fine di concertare nuovi criteri per l'attribuzione di specifiche voci accessorie, quali indennità di disagio volte alla remunerazione di particolari condizioni di lavoro.

In particolare si è giunti alla regolamentazione, a seguito di un percorso condiviso con le Organizzazioni sindacali, della disciplina dell'orario di lavoro del personale del comparto, sottoscritto il 20/1/2011.

Sono inoltre stati raggiunti altri importanti accordi su ulteriori materie contrattuali e organizzative.

Per le **aree della dirigenza**, il confronto si è svolto per la Dirigenza Medica e Veterinaria in n.15 incontri del tavolo sindacale e 4 incontri decentrati, mentre per la Dirigenza Sanitaria Tecnica Professionale e Amministrativa in 6 incontri del tavolo sindacale.

Anche in questo caso si sono raggiunti accordi riguardanti importanti aspetti contrattuali.

Sempre in tema di miglioramento delle condizioni di lavoro l'Azienda USL di Bologna, ottemperando alla previsione normativa contenuta nella L. 183/10. ha istituito il **Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni** (di seguito CUG) - che

ha sostituito il comitato per le pari opportunità ed i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, unificandone le competenze in un solo organismo.

La composizione del CUG è paritetica, con componenti designati dalle OO.SS. maggiormente rappresentative delle aree della dirigenza e del comparto e componenti designati dall'Azienda;

Il Presidente del Comitato Unico di Garanzia è anche componente del Board Equità Aziendale in considerazione della condivisione di aree di attività ed obiettivi tra i due organismi relativamente alle tematiche inerenti le politiche per le risorse umane.

Nel primo anno di insediamento Il CUG ha analizzato tutte le iniziative svolte dai comitati pari opportunità e mobbing, nel corso del loro mandato. In particolare sono stati valutati gli esiti degli interventi sviluppati in materia di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e di contrasto alle molestie ed alle discriminazioni.

Sono stati svolti incontri conoscitivi con gli organismi preposti alla promozione del benessere lavorativo (R.L.S., Consiglieri di Fiducia, Responsabile dei Sistemi per la Sicurezza aziendale) finalizzati ad attivare sinergie ed interventi comuni sulle materia di pertinenza comune.

CONSIGLIERI DI FIDUCIA

L'Azienda USL di Bologna, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Orsola – Malpighi, ha attivato questa nuova funzione deputata alla prevenzione, alla gestione ed al monitoraggio di episodi di discriminazione, molestie o mobbing e di promozione del benessere lavorativo del personale.

La costituzione dei Consiglieri non rappresenta il semplice adempimento a richieste contenute nei contratti e nelle norme ma realizza una sfida: aiutare efficacemente le persone in conflitto a recuperare una condizione lavorativa di serenità e leggere con sguardo nuovo episodi relazionali critici per superarli.

Ai **Consiglieri di Fiducia (CdF)** possono rivolgersi tutte le donne e gli uomini che, a qualunque titolo, lavorano all'interno delle strutture aziendali e che si ritengono vittime di molestie o discriminazioni.

I CdF, come previsto dai Codici di Condotta aziendali, realizzano inoltre iniziative finalizzate alla diffusione della conoscenza della propria funzione ed attività di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutto il personale dell'Azienda. Garantiscono l'ascolto al personale assicurando terzietà, competenza e riservatezza nella gestione dei casi segnalati.

Tra le diverse possibili modalità di gestione dei conflitti lavorativi, è stata scelta una prassi "informale" e negoziale. Si è considerato prioritario salvaguardare o recuperare le relazioni interpersonali nei gruppi di lavoro - destinate a continuare nel tempo - per favorire il senso di appartenenza alla comunità di lavoro e la motivazione professionale.

I CdF sono chiamati ad affrontare situazioni di disagio lavorativo frequentemente determinate dalla presenza di conflitto tra colleghi o tra capo e collaboratore. La **mediazione** a cui ci si riferisce è un metodo consolidato di risoluzione pacifica e partecipativa dei conflitti.

Nell'anno 2011, 10 CdF hanno terminato la loro formazione specifica, realizzato iniziative e materiali informativi e di diffusione del loro ruolo e, nel secondo semestre, iniziato l'attività di ascolto.

Nei primi sei mesi di attività si sono rivolti ai CdF 11 dipendenti, in prevalenza di genere femminile (9) e tutti appartenenti alle categorie del comparto. Il problema prevalente segnalato dalle persone che si sono rivolte ai consiglieri è il conflitto con il capo o, in misura minore, con uno o più colleghi.



PRESENTAZIONE



La maggior parte dei casi ha richiesto, per la definizione/trattazione del problema, una media di 2 colloqui (fino ad un massimo di 6), che sono stati sufficienti per consentire l'individuazione di ipotesi di soluzione o, comunque, terminare la procedura informale.

Queste persone, dopo uno o due incontri, si sono ritenute soddisfatte e non hanno richiesto ulteriori colloqui, perché sono riuscite ad individuare autonomamente nuove soluzioni personali. In due casi è stato utile attivare incontri di mediazione tra le parti in conflitto, che hanno permesso una comunicazione positiva ed una ripresa di relazioni lavorative collaborative.

I CIRCOLI AZIENDALI

I circoli aziendali attivi sono due: il Circolo Ravone ed il Circolo Rondone.

Descriviamo inoltre l'attività del Circolo di Lettura "Gli amici di Sofia" nato nel 2008 all'interno dell'Azienda.

Il Circolo Aziendale Ravone



Il Circolo Aziendale Ravone dal 1993 pubblica "Il Caffè" un trimestrale di informazione, riservato ai Soci, dove è possibile trovare le attività principali.

Dal 1999, in collaborazione con il Quartiere Reno e l'Azienda UsI, il Circolo Ravone organizza il Centro Estivo per bambini dai 3 ai 12 anni, aperto nei mesi di luglio e agosto, che risponde alle esigenze delle famiglie che lavorano.

Nel 2011 il Circolo Aziendale Ravone, sempre in collaborazione con l'AUSL, nell'intento di contribuire ad eventi positivi, realizza nei nosocomi iniziative per i degenti e gli operatori che lo frequentano. Una forte attenzione è posta all'attuazione del Concerto di Natale, di Pasqua, della Festa dell'Epifania e del Centro estivo (vedi voci nella tabella di sintesi, Settore Musica e Gruppo E20).

Tabella 4.33 riepilogo delle attività organizzate dal circolo "Ravone" nell'anno 2011.

SETTORE	DESCRIZIONE	PERSONE COINVOLTE
Sez. Teatro	Abbonamenti o biglietti singoli a prezzi ridotti dei principali teatri di Bologna	145
Sez. Fotografia	2 Mostre fotografiche nell'Atrio dell'Ospedale Maggiore. 3 Corso di fotografia Servizio di sviluppo e stampa fotografie, diapo e CD	120
Sez. Musica (concerti, servizio prestito CD)	Concerto di Natale con i Cantori della Primo Levi	80
	Concerto Pasquale – con i Cantori della Primo Levi –	130
	Prestito Cd musicali (Circa 1200 cd di musica leggera ed un migliaio di musica classica)	22
Arti figurative (conferenze, corsi, visite guidate)	Visite guidate: 7 visite a mostre d'arte e luoghi di interesse artistico.	150
	Mostre di quadri con partecipanti artisti soci del Circolo – Atrio Ospedale Maggiore – 3 edizioni	30 artisti
	Mostra di disegni della Scuola Elementare Drusiani del Quartiere Reno	25 bambini partecipanti
	Corso di Canto e vocalità, corso di punto antico, corsi di cucina, corso di lettura espressiva, stencil, corso di ballo popolare	80
	Gestione Biblioteca e Sala di Lettura	193 lettori iscritti

segue nella pagina successiva >>>

Gruppo E20	Letture itineranti negli ospedali dell'Azienda Usl (4 nel 2011)	100
	Corsi di lingua (spagnolo, inglese) + 2 corsi Osp. Bentivoglio	58
	Festa dell'Epifania per bambini ricoverati e spettacolo in aula Magna per figli dei soci	80
	Giornata della Donna (Conferenza in Aula Magna e incontri)	90
	Centro estivo per figli di dipendenti	260
	Corsi di Back School	30
Seminario	Seminario di accompagnamento spirituale	12
Centro Doc. Viaggi	Riviste turistiche messe a disposizione.	Un migliaio di riviste
Polisportiva Associazione Dilettantistica Dipendenti Ausl di Bologna	Sez. Calcio e Calcetto (2 squadre, tornei Uisp).Torneo di calcetto interno	120
	Sez. Basket	16
	Sez. Pesca (pesca sportiva e gare regionali)	30
	Gruppo Tennis (tornei interni e tornei Uisp)	30
	Gruppo Ciclismo	15
	Gruppo Escursionismo	140
	Gruppo Podismo – uscite settimanali e con due iniziative a livello cittadino che hanno mosso un totale circa 3200 persone – il Memorial Ragazzi	3200

Figura 4.1 Un momento della Giornata della Donna all'Ospedale Maggiore

Figura 4.2 Gruppo Escursionismo: alcuni di noi al Ponte della Bionda lungo il Navile



Il Circolo aziendale Rondone



Attivo presso l'Ospedale Bellaria, è stato fondato nel 1981 e all'interno del suo locale-bar raccoglie i soci per mantenere attiva la collaborazione e socializzazione tra dipendenti.

Nell'ottica di rimanere aderenti alla mentalità aziendale "Datti una mossa" sono continuate attività sportive che hanno coinvolto circa 100 atleti agonisti oltre a un folto gruppo di non agonisti.

Il circolo ha continuato a collaborare alla gestione delle maratone "Datti una mossa" mettendo a disposizione soci volontari presso i gazebo aziendali nelle varie edizioni. Sono continuati i corsi rivolti al recupero del benessere psico fisico del personale: tutti i martedì mattina si sono tenuti cicli di 8 lezioni su tecniche bio-energetiche e meditazione a gruppi

di circa 12 partecipanti a cui hanno partecipato finora oltre 200 dipendenti. E' continuata l'organizzazione nel parco nei pressi dell'ospedale Bellaria di una gara con l'arco di tipo storico ove si mescola la pratica del tiro con l'arco, una sana passeggiata alla ricostruzione di un'ambientazione storica di tipo medioevale a cui è stata invitata tutta la popolazione di Bologna oltre a vari gruppi di altre province o regioni. Nella stessa ottica sono continuati i percorsi di collaborazione con la scuola shiatzu, grazie alla quale gli studenti che devono effettuare ore di tirocinio pre esame finale prestano la loro attività offrendo massaggi rilassanti presso locali aziendali a favore dei dipendenti a titolo gratuito.

Continua ad arricchirsi la biblioteca scambio a favore sia dei dipendenti che degli utenti ricoverati, con una nuova sezione dedicata anche ai bambini, iniziativa che continua a riscuotere costante successo da parte di entrambi

Altre iniziative sono state dedicate ai figli dei soci durante i periodi di vacanza scolastica.

E' stata organizzata la festa sociale di carnevale estesa anche agli esterni con la tematica "Indiani e Cow Boy".

Anche quest'anno è stata organizzata in collaborazione con l'associazione SMILE la festa prenatalizia per i bambini nell'aula Magna dell'Ospedale Bellaria, con l'arrivo di Babbo Natale e la distribuzione a tutti i bambini (l'invito è inviato a tutta la cittadinanza bolognese e dei paesi limitrofi) di una calza e un piccolo dono; inoltre sempre in collaborazione con la stessa associazione è stato organizzato uno spettacolo teatrale.

E' proseguita l'organizzazione delle 4 manifestazioni a favore della cittadinanza insieme al quartiere Reno, durante le quali è stato allestito uno stand presso le feste campestri onde offrire alla cittadinanza la possibilità di effettuare prove gratuite di parametri vitali (pressione, saturimetria, glicemia) con la consulenza di infermieri professionali e con la fornitura di materiale illustrativo su sani stili di vita e su come affrontare e risolvere il problema del tabagismo.

Il circolo collabora inoltre con il laboratorio del cittadino, con il mobility Management aziendale, con l'associazione SMILE, con l'associazione gli amici di luca e con i donatori del centro trasfusionale.

Nell'ottica di favorire i servizi ospedalieri, i soci volontari si recano infine a consegnare generi di conforto in tutto l'ospedale su chiamata telefonica.

Promuovere la lettura come stile di vita e segno di benessere. Il circolo di lettura "Gli Amici di SOFIA"



Circolo di lettura
Gli Amici di SOFIA

Da più di quattro anni un piccolo gruppo di dipendenti dell'Azienda USL con il supporto del Circolo Aziendale Ravone, ha costituito un circolo di lettura denominato "Gli Amici di SOFIA" rapidamente allargatosi oltre i confini aziendali fino ad avere quasi 900 iscritti residenti in tutte le regioni d'Italia. Un'esperienza che attraverso la lettura vuole Scoprire Orizzonti Fantastici Insieme agli Altri (SOFIA) e che coglie nel leggere assieme un

momento di riflessione e di risposta ai bisogni di relazione propri di questa nostra epoca.

Il circolo dispone di un sito regolarmente aggiornato e rinnovato nel corso del 2011 (<http://www.gliamicidisofia.it>) dove sono attive varie rubriche (aforisma della settimana, il buon compleanno, la lista dei libri consigliati, i sondaggi del circolo) ed in cui sono pubblicate le 190 recensioni di libri letti dai singoli amici. Al sito si sono collegate nel corso di questi quattro anni quasi 20.000 persone.

Lo spirito del circolo è quello di amanti della lettura e della conoscenza che pensano che leggere non rappresenti solo un modo per utilizzare piacevolmente il tempo a disposizione ma anche, e soprattutto, un modo per crescere, fare amicizia, conoscere se stessi, vivere bene con gli altri.

In questo senso il circolo ha promosso l'istituzione di piccole biblioteche in ospedale ed ha organizzato corsi di lettura ad alta voce e di dizione. In questo modo si è formato un gruppo di lettori che ha diffuso la lettura in ambiente ospedaliero attraverso l'iniziativa denominata "Incontrarsi leggendo ad alta voce – Letture ed ascolto itinerante per ospedali" che ha toccato fino ad oggi 7 dei 9 presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Bologna.

Il circolo ha esteso le sue attività continuando a curare una rubrica di successo presso la libreria "La Feltrinelli" di Bologna dal titolo "Lettori cercasi" occasione di confronto con la società civile attiva per scambiare emozioni, idee, pensieri stimolati dalla lettura di un libro.

Nel 2011 le letture sono state portate anche nei parchi cittadini e dal 2012 il circolo organizza, nell'ambito dell'iniziativa "**Parchi in Movimento**" del comune di Bologna, incontri settimanali dal titolo "**Quattro chiacchiere nel parco**". Sono proseguite le presentazioni pubbliche di libri (ad oggi 14) con la partecipazione dell'autore in vari luoghi anche fuori Bologna (circoli sociali, librerie, ospedali, biblioteche pubbliche). Dal 2011 è poi iniziata una collaborazione estiva con l'Associazione "Gli Amici di Luca" che ha visto "Gli Amici di SOFIA" impegnati nell'allestire eventi nell'ambito di Bologna Estate realizzati presso la Casa dei Risvegli "Luca De Nigris" presso l'Ospedale Bellaria.

E così il libro, il leggere diventano occasioni di incontro, di confronto, di crescita e, speriamo, di benessere, nella certezza che, come dice Bacone "la lettura fa l'uomo completo".

5. SISTEMI DI RELAZIONI E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

6. GOVERNO DELLA RICERCA E DELL'INNOVAZIONE

PRINCIPALI VARIAZIONI RISPETTO AL BILANCIO di MISSIONE 2010

Le evoluzioni sui temi inerenti ricerca ed innovazione in Azienda sono avvenute armonicamente con il Piano Aziendale delle Ricerca, documento redatto per delineare in una dimensione aziendale gli indirizzi strategici espressi dal dossier regionale 182 "La ricerca come attività istituzionale del Servizio Sanitario Regionale".

E' maturata ed evoluta l'attività dell'**Osservatorio Aziendale Sviluppo ed Innovazione (OASI)** solo abbozzata nel 2010, funzionale ed attiva nel 2011. A supporto dell'OASI, è maturato anche il ruolo delle UO che costituiscono l'Infrastruttura Aziendale per la Ricerca (UOC Governo Clinico e UOS Progetti Obiettivo e Relazioni Internazionali), anche come dotazione di strumenti, fra cui va citata la sempre più robusta e utile **Banca Dati Aziendale della Ricerca**. Questo database, ottimizzato per le finalità di governo della ricerca (per tutti gli attori, dalla Segreteria Scientifica del Comitato Etico alla componente amministrativa dei Dipartimenti), nel corso del 2011 è stato ottimizzato anche per l'importante ruolo di scambio di informazione con l'Anagrafe della Ricerca Regionale.

Uno dei ruoli che l'OASI ha ottimizzato nel corso del 2011 è quello di scanning delle opportunità di ricerca presenti nel panorama regionale, nazionale ed internazionale. L'OASI è così diventato un utile strumento per il Collegio di Direzione per un puntuale aggiornamento su bandi di ricerca in arrivo o sul destino di progetti presentati o in corso. Sempre nel 2011 l'OASI ha impostato il primo documento di Rendicontazione dell'Attività di Ricerca, tentativo di fare una fotografia degli sforzi che l'Azienda mette in atto per promuovere la ricerca e l'innovazione e per quantificare gli output della ricerca.

Elemento particolarmente innovativo sviluppato in seno all'OASI ed espressione di una concreta volontà di promozione della ricerca è l'emanazione del primo **Bando Aziendale per la Ricerca Indipendente**, costituito da due finanziamenti di 25.000 € l'uno, provenienti dal Fondo Aziendale della Ricerca.

Per quanto riguarda gli indicatori di "produzione" scientifica, nel 2011 viene confermata la tendenza osservata già nel 2010 di una predominanza degli studi osservazionali rispetto agli interventistici, degli studi **multicentrici** rispetto ai monocentrici e una riduzione degli studi interventistici con farmaco a favore di quelli **senza farmaco**, con dispositivi medici e chirurgici. Complessivamente il numero degli studi visti annualmente si è leggermente ridotto dal 2007 (107) ad oggi (82). Rispetto al recente passato, calano i progetti no-profit. Queste tendenze rispecchiano le difficoltà contingenti del mondo della ricerca, reso ancor più insidioso per le recenti modifiche normative sulla ricerca no profit su farmaci.

Infine, per quanto concerne le **pubblicazioni**, nel 2011 si è osservato una leggera riduzione (171 nel 2010, 150 nel 2011). Nel documento di rendicontazione dell'attività di ricerca sono stati inseriti alcuni parametri bibliometrici (citation index ed impact factor) che andranno monitorati nel corso degli anni per quantificare la capacità di generare conoscenza diffusa a partenza da protocolli di ricerca a cui partecipa l'Azienda.

6.1. ATTIVITÀ DELL'INFRASTRUTTURA PER LA RICERCA E L'INNOVAZIONE

PIANO AZIENDALE PER LA RICERCA 2010-2012

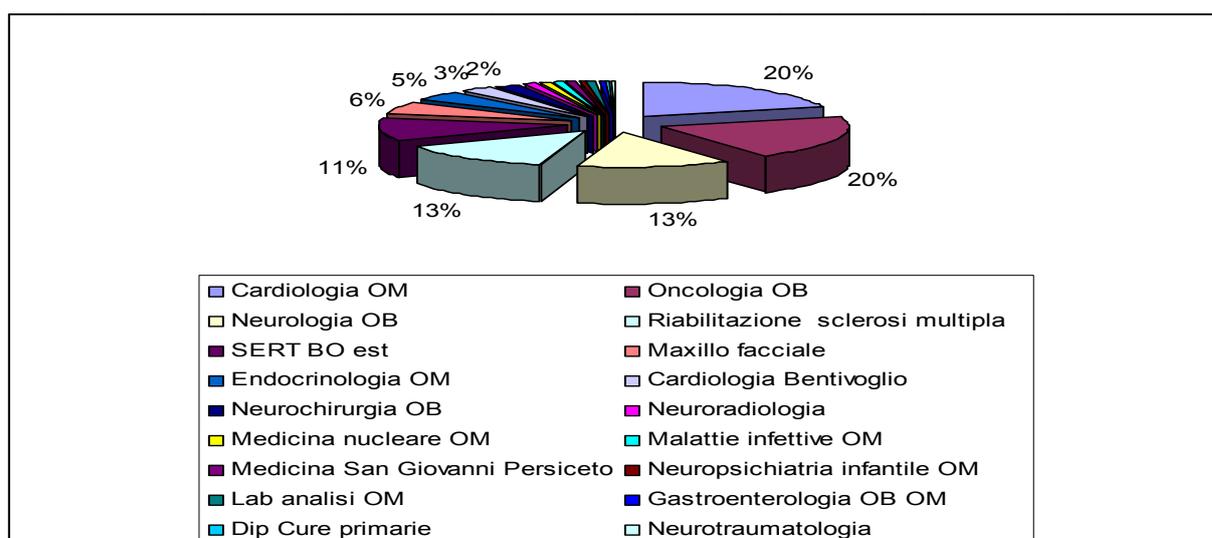
Nel 2011 sono proseguite le attività di governo e promozione della ricerca individuate nel piano triennale, ed in particolare:

- **l'Osservatorio Aziendale Sviluppo e Innovazione (OASI)** ha visto un consolidamento della sue attività strutturate in incontri periodici di discussione e consenso su strategie inerenti ambiti di ricerca
- E' stato redatto il primo documento di **Rendicontazione delle Attività di Ricerca e Innovazione**, inteso come documento che l'OASI mette a disposizione del Collegio di Direzione e dei professionisti per la valutazione delle attività di ricerca e per promuovere la crescita e la condivisione di questi temi in Azienda
- E' stato avviato il **Bando Aziendale del Fondo Aziendale Ricerca (FAR)**, che ha visto l'assegnazione di due finanziamenti di 25mila € ciascuno per due progetti di ricerca indipendente (vedi dopo)
- E' proseguita la fase di ottimizzazione del **database aziendale della ricerca**, sia per quanto concerne la robustezza interna che l'affidabilità della trasmissione dei dati al database regionale.
- Anche l'attività di scanning su opportunità di ricerca è stata meglio strutturata
- Nel 2011 è stata avviato un percorso strutturato di **Health Technology Assessment** finalizzato a supportare il processo decisionale di allocazione delle risorse attraverso un'analisi degli effetti a breve e a lungo termine dell'impatto prodotto dall'introduzione di innovazione tecnologica, valutando le conseguenze non solo sul piano economico, ma anche organizzativo, clinico, etico e sociale. Il tema affrontato nel 2011 è stato in merito alla tecnologia "Gamma Camera CZT" per scintigrafie cardiache.

FINANZIAMENTI OTTENUTI

Durante il 2011 è stato fatturato dall'AUSL, relativamente alle attività di ricerca sponsorizzata, un importo complessivo pari a € 432.553. Tale importo è suddiviso nei vari centri di costo come di seguito visualizzato.

Grafico 6.1 finanziamento ricerca sponsorizzata per centri di costo



I ricavi totali da progetti a fondo vincolato invece sono stati pari a € 8.198.564,10.

I maggiori finanziatori dei 210 progetti attivi nell'anno 2011, sono stati:

Regione Emilia Romagna	Ministero della salute	Ministero Infrastrutture
MIUR	Unione Europea	Aziende Sanitarie
Enti Locali	Fondazioni Bancarie	-

6.2. SVILUPPO DI UN AMBIENTE CULTURALE FAVOREVOLE

LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E LA FORMAZIONE

- Nel 2011 non sono stati effettuati corsi di introduzione all'EBM e metodologia della ricerca clinica e laboratori EBM dal momento che si sta passando a un nuovo sistema di formazione non più trasversale ma per dipartimenti.
- E' continuato lo sviluppo del sistema di accesso alle principali banche dati ed alle riviste più importanti in ambito medico-scientifico sia on-line, sia in forma cartacea, con l'acquisizione di nuove risorse, come Uptodate. La biblioteca medico scientifica on-line dà accesso a oltre 5000 risorse on line con full-text, 10 banche dati medico-scientifiche, come Medline, Cochrane library, Cinhal etc., l'Informatore farmaceutico, importanti testi di medicina on line, come il Goodman and Gilman's e l'Harrison's, fornisce l'accesso a siti web di rilevanza clinica e la collocazione di centinaia di riviste cartacee. Il tutto è disponibile on line da tutti i punti della rete aziendale. Al momento ci sono 8009 dipendenti che hanno la possibilità di accedere con password individuale alla biblioteca on line, su circa 8600 dipendenti. Gli utenti (dipendenti e non) che hanno la possibilità di accedere alla biblioteca on line dall'esterno sono in tutto 267. I responsabili del servizio assicurano supporto individuale allo svolgimento delle ricerche, corsi di addestramento anche organizzati ad hoc per piccoli gruppi per l'utilizzo delle risorse aziendali.
- Il **progetto di autoformazione sul campo Scire Litteras**. Si tratta di un journal club on line accreditato per fornire crediti ECM. Nel 2011 si sono conclusi i progetti di Formazione sul campo dedicati all'Audit Clinico (su 88 partecipanti in 58 hanno concluso il progetto) e sulle Infezioni (su 22 iscritti hanno concluso il progetto in 12).
- **Blog Scire**: e' continuato anche nel 2011 il Blog Scire <http://www.scire-ausl.bo.it/> al quale sono iscritti circa 600 operatori sanitari di tutta Italia. Il blog è dedicato a temi dell'Evidence Based Medicine (EBM) tratti dalla letteratura medico scientifica internazionale.

Programmi di Ricerca

Nel 2011 l'attività di ricerca si è concentrata sui seguenti bandi strutturati:

- Ricerca finalizzata 2009
- CCM 2011
- Ricerca finalizzata 2010
- Ricerca finalizzata 2011
- Modernizzazione 2010-2012
- In particolare i progetti sono stati:

Ricerca Finalizzata 2009

- Implementation of Interpersonal Psychotherapy in a Collaborative Stepped Care Model
- Italian Observational Study On Vegetative State

CCM 2011

- FRESKO (Fumo nella Regione Emilia-Romagna nei pazienti con Sindrome Coronarica acuta dopo Ospedalizzazione)

Ricerca finalizzata 2010

- Investigation on the prognostic value of biochemical markers in the cerebrospinal fluid for the functional outcome of spinal cord injured patients
- Biomolecular and functional analysis of pathogenetic mechanism of neurophatic pain in genetic and acquired small fibre neuropathies (IRCCS Neuroscienze)
- Antiepileptic Drugs and pregnancy. Population based pharmaco-epidemiological study on prescription patterns, pregnancy outcome and foetal health (IRCCS Neuroscienze)

Modernizzazione 2010-2012 (progetti in corso di valutazione):

- Organizzazione delle degenze ospedaliere degli ospedali di prossimità secondo il criteri dell'intensità di cure e complessità assistenziale
- Assistenza da parte dell'ostetrica alla donna in gravidanza a basso rischio
- Attività formative e operative per il potenziamento della tutela e assistenza alle donne vittime di violenza
- Sviluppo della rete delle cure palliative: integrazione ospedale-territorio attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali
- Modelli innovativi di gestione dell'assistenza specialistica ambulatoriale in relazione alla segmentazione dell'utenza
- Approccio sistemico al contrasto alle iniquità

6.3. GARANZIE DI TRASPARENZA

Database aziendale per la ricerca

Nel corso del 2011 è stata messo a punto, in collaborazione anche con il Comitato Etico, una revisione della **banca dati aziendale della ricerca**, al fine di allinearla alla nuova anagrafe regionale per la ricerca (ARER). L'ARER intende migliorare la tracciabilità e la visibilità dell'attività di ricerca sviluppata in Regione per far emergere e quindi valorizzarne i processi e i risultati. Il database aziendale della ricerca è ora interfacciato all'ARER per quanto riguarda tutte le variabili richieste. È responsabilità dell'UOC Governo Clinico, insieme alla Segreteria del CE, mantenere l'aggiornamento del database regionale per quanto riguarda gli studi valutati dal CE. Nella sezione del database aziendale inerente le **Sperimentazioni Cliniche**, sono stati ad oggi inseriti 739 progetti così suddivisi nei diversi anni rispetto alla data della determina autorizzativa :

Tabella 6.1 Numero Sperimentazioni Cliniche nel database aziendale

Anno	N* progetti
1997	4
1998	4
1999	10
2000	7
2001	16
2002	34
2003	38
2004	69
2005	34
2006	56
2007	51
2008	71
2009	119
2010	112
2011	52
PARZIALE	677
<i>in corso di verifica</i>	59
TOTALE	739

Nel corso del 2011, come per le sperimentazioni, anche per i **fondi vincolati** vi è stato bisogno di un adeguamento delle maschere del data base della ricerca aziendale a quello regionale. Nella banca dati aziendale le informazioni di ogni progetto sono articolate in 9 maschere da cui si possono desumere informazioni amministrative, tecnico scientifiche ed economiche.

Nella banca dati aziendale nella sezione fondi vincolati sono presenti in totale 433 progetti.

Nell'ultimo anno sono stati gestiti in totale 210 Progetti Obiettivo finanziati da sponsor istituzionali, di cui 52 attivati nell'anno 2011. Tali nuovi studi sono stati attivati nelle seguenti macrogestioni:

Tabella 6.2 progetti obiettivo attivati nel 2011 nelle macrogestioni

DIPARTIMENTO/DISTRETTO	TOTALE
DIP. ATTIVITA' SOCIO SANITARIE	1
DIP. FARMACEUTICO	2
DIP. SALUTE MENTALE	7
DIP. SANITÀ PUBBLICA	34
DIP. TECNICO PATRIMONIALE	1
DIP. CURE PRIMARIE	4
DIP. ONCOLOGICO	1
STAFF	2
TOTALE	52

COMITATO ETICO

Il **Comitato Etico** Indipendente (CE): nel corso dell'anno 2011 ha ampliato le proprie attività che riassumendo si possono così descrivere:

- attività di valutazione di protocolli
- attività di ricerca
- divulgazione e pubblicazioni

Il CE infatti, nella convinzione che il suo ruolo non debba essere limitato alla sola funzione di valutazione dei protocolli, ha avviato iniziative collaborative che toccano il rapporto clinico/paziente e quello cittadino/territorio. Consolidando un percorso iniziato già nel 2010, il CE ha pertanto organizzato alcune attività mirate in primis a corroborare la collaborazione con i ricercatori, a raccogliere dati utili a migliorare funzioni e attività del CE e, infine, a favorire il rapporto di reciproca collaborazione tra le strutture aziendali e il territorio.

ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE DI PROTOCOLLI

Tabelle 6.3 Numero e tipologia studi pervenuti al Comitato Etico nel 2011

Studi sottoposti	82	Studi sottoposti	82
di cui:		di cui:	
Chirurgico	5 (6%)	Studi interventistici	35 (43%)
Dispositivo Medico	9 (11%)	Studi osservazionali	47 (57%)
Farmaco	30 (37%)	Studi monocentrici	18 (22%)
Farmacogenetica/omica	1	Studi policentrici	64 (78%)
Medicine non Convenzionali	1	Studi approvati	63 (94%)
Nutraceutico	2	Studi non approvati	4 (6%)
Senza farmaco	34 (42%)	Studi ritirati, senza risposta, in valutazione ed in stand-by per assicurazione	15
Studi sottoposti	82	Studi sottoposti	82

Tabella 6.4 Natura profit o no-profit degli studi sottoposti al CE nel 2011, e numeri di audizioni del CE

Profit	30 (37%)	Audizioni	9
No-profit	52 (63%)	Non auditi	60
Totale	82	Non applicabile	13
		Totale	82

Attività della CASC (Commissione Aziendale per la Sperimentazione Clinica dei MMG e PLS)

Nel 2011 sono stati valutati dalla CASC 4 protocolli di ricerca che coinvolgevano i MMG e 1 studio che coinvolgeva i PLS.

Il gruppo Medicine Non Convenzionali

Il gruppo è stato istituito nel 2006 sulla base delle indicazioni contenute nella delibere regionali 779 e 1693 del 2006. Nel 2011 sono proseguiti i Progetti di ricerca del Secondo programma sperimentale regionale.

6.4. INDICATORI DI RICERCA E DIDATTICA

Tabella 6.5 Numero progetti di ricerca anno 2011

Progetti di ricerca	Attivi al 31.12.11	Attivati nel 2011
Con sponsor commerciali	102	20
Con sponsor istituzionali e ric. no profit	180	28
TOTALI	282	48

Progetti di ricerca con sponsor commerciali

Tabella 6.6 Progetti di ricerca con sponsor commerciali con inizio nell'anno 2011 e precedenti, che alla data del 31.12.2011 risultano ancora in attività, suddivisi per distretto/dipartimento (Dati da BO sul 2011):

Distretto/Dipartimento	N	%
CLINICA PRIVATA	7	6,9%
DIP. CHIRURGIA	3	2,9%
DIP. IGIENICO ORGANIZZATIVO	4	3,9%
DIP. MATERNO INFANTILE	2	2,0%
DIP. MEDICO	12	11,8%
DIP. NEUROSCIENZE	38	37,3%
DIP. ONCOLOGIA	23	22,5%
DIP. SALUTE MENTALE	4	3,9%
DIP. SERVIZI	2	2,0%
UNIVERSITA DEGLI STUDI DI BOLOGNA	7	6,9%
Totale	102	100,0%

Tabella 6.7 Progetti di ricerca con sponsor commerciali che hanno avuto inizio nell'anno 2011, suddivisi per distretto/dipartimento

Distretto/Dipartimento	N	%
DIP. CHIRURGIA	1	5,0%
DIP. CURE PRIMARIE	0	0,0%
DIP. EMERGENZA	0	0,0%
DIP. MATERNO INFANTILE	0	0,0%
DIP. MEDICO	4	20,0%
DIP. NEUROSCIENZE	7	35,0%
DIP. ONCOLOGIA	4	20,0%
DIP. SALUTE MENTALE	2	10,0%
DIP. SANITA' PUBBLICA	0	0,0%
DISTRETTO BOLOGNA	0	0,0%
UNIVERSITA DEGLI STUDI DI BOLOGNA	2	10,0%
Totale	20	100,0%

PROGETTI DI RICERCA CON SPONSOR ISTITUZIONALI

Tabella 6.8 Progetti di ricerca con sponsor istituzionali, con inizio nell'anno 2011 e precedenti, che alla data del 31.12.2011 risultano ancora in attività.

Distretto/Dipartimento	N	%
CLINICA PRIVATA	2	1,1%
DIP. CHIRURGIA	12	6,7%
DIP. CURE PRIMARIE	13	7,2%
DIP. EMERGENZA	13	7,2%
DIP. MATERNO INFANTILE	4	2,2%
DIP. MEDICO	32	17,8%
DIP. NEUROSCIENZE	44	24,4%
DIP. ONCOLOGIA	37	20,6%
DIP. SALUTE MENTALE	11	6,1%
DIP. SANITA' PUBBLICA	2	1,1%
DIP. SERVIZI	4	2,2%
DIREZIONE AZIENDALE	2	1,1%
DISTRETTO BOLOGNA	2	1,1%
UNIVERSITA DEGLI STUDI DI BOLOGNA	2	1,1%
Totale	180	100,0%

Tabella 6.9 Progetti di ricerca con sponsor istituzionali che hanno avuto inizio nell'anno 2011

Distretto/Dipartimento	N	%
DIP. CHIRURGIA	2	7,1%
DIP. CURE PRIMARIE	1	3,6%
DIP. EMERGENZA	1	3,6%
DIP. MATERNO INFANTILE	1	3,6%
DIP. MEDICO	4	14,3%
DIP. NEUROSCIENZE	9	32,1%
DIP. ONCOLOGIA	6	21,4%
DIP. SALUTE MENTALE	1	3,6%
DIP. SANITA' PUBBLICA	1	3,6%
DISTRETTO BOLOGNA	1	3,6%
UNIVERSITA DEGLI STUDI DI BOLOGNA	1	3,6%
Totale	28	100,0%

ATTIVITÀ DI RICERCA DEL COMITATO ETICO (CE)

Nel 2011 è stata attivata una borsa di studio finanziata con i fondi derivanti dal saldo attivo dell'anno 2010 del CE e che è stata rinnovata, con i fondi del 2011, anche per l'anno 2012.

L'obiettivo è stato assicurare le risorse per la realizzazione di 4 progetti di cui 3 sono stati avviati nel 2011 e saranno realizzati nell'arco di 48 mesi:

- **Gradimento e soddisfazione rapporto ricercatore/CE**

Il Comitato Etico dell'AUSL di Bologna ha da sempre cercato di avere un dialogo aperto e collaborativo con i clinici e i ricercatori. Nella valutazione di uno studio non è tuttavia sempre facile coniugare le richieste della normativa, le esigenze di rigore metodologico ed etico, nonché gli aspetti organizzativo-amministrativi. A tal proposito negli ultimi quattro anni il CE dell'AUSL di Bologna ha cercato quanto più possibile di creare percorsi facilitanti e si è impegnato per semplificare iter e richieste. L'indagine pertanto è finalizzata a capire la tipologia dei rapporti intercorsi (facilità, burocratizzazione, informazioni, tempi, feedback...) e la soddisfazione percepita. I risultati permetteranno di mettere a punto strategie informative e comunicative di maggiore trasparenza, nonché migliorare l'iter di presentazione e finalizzazione di un protocollo di ricerca.

A tal proposito, ritenendo che ci sia ancora spazio per migliorare e in accordo con la Direzione dell'AUSL, i ricercatori sono stati invitati nel 2011 a partecipare a un'indagine svolta attraverso un questionario i cui risultati si ritiene saranno utili per meglio organizzare le attività del CE e per continuare sulla strada della piena collaborazione. Sono stati preparati 2 questionari (A e B) rispettivamente destinato ai Colleghi che negli ultimi 4 anni hanno avuto occasione di contattare il nostro CE e ai Colleghi che negli ultimi 4 anni non hanno avuto occasione di contattarci.

E' stata preparata una mailing list che comprendeva tutti i clinici che dal 2007 hanno inviato studi al CE e comunque tutti i responsabili delle UU.OO. pertinenti per un totale di 360 indirizzi.

Ad oggi hanno risposto 140 ricercatori corrispondenti al 39% dei contattati, un risultato importante tenuto conto della modalità utilizzata.

I dati saranno elaborati solo in maniera aggregata dal CE dell'AUSL di Bologna, senza fare nessun riferimento ai singoli questionari ed i risultati saranno resi pubblici nel 2012.

- **Monitoraggio degli studi avviati nella Azienda USL di Bologna**

Nel 2011 è stato attivato il progetto per la realizzazione sistematica del monitoraggio dell'attività di ricerca. Il progetto è stato avviato definendo le variabili di un nuovo database che permettesse il monitoraggio degli studi, la registrazione del loro impatto in termini di risultati ottenuti e pubblicazioni e il link con l'anagrafe regionale della ricerca.

Il database è stato sviluppato in collaborazione con il Governo Clinico ed il supporto di DeltaInformatica per il soft-ware. E' in corso il data entry degli studi 2011 e il completamento degli studi del 2010. Nel 2012 sono previste le prime analisi dei dati.

▪ **Indagine sul Consenso Informato**

Il consenso informato è un momento estremamente importante sia relativamente al tema della partecipazione alla ricerca sia nella pratica clinica.

Tenuto conto che il CE attribuisce particolare importanza a questo strumento e la qualità della nota informativa e del consenso informato che arrivano in prima battuta alla attenzione del CE non è sempre soddisfacente - per circa la metà degli studi interventistici viene richiesta una revisione della nota informativa al consenso (Tabella 9) - si è ritenuta necessaria una ricerca mirata a valutare l'attenzione verso questo significativo momento del rapporto medico-paziente. Poiché il consenso informato è anche pratica comune nei reparti, è stato ritenuto interessante avere un doppio osservatorio: da un lato soggetti inclusi in protocolli di ricerca, dall'altro soggetti che ricevono pratiche routinarie.

E' stata sviluppata in prima battuta l'indagine sui soggetti inclusi in studi clinici interventistici. A tal fine, è stata condotta una revisione della letteratura che ha messo in luce le informazioni disponibili derivate da studi simili.

E' stato elaborato il protocollo, il consenso informato ed un questionario che è in corso di validazione face to face su una decina di pazienti delle UU.OO. di Cardiologia OM, Clinica Neurologica e Oncologia OB. In questa fase, la raccolta diretta dei dati in reparto è condotta intervistando direttamente i pazienti. Il questionario cerca di analizzare il livello di comprensione del foglio informativo/consenso sottoscritto dal paziente e quindi più in generale il grado di consapevolezza sullo studio a cui il paziente ha deciso di partecipare.

Lo studio è stato sottoposto a revisione ed approvazione da parte dei componenti il CE.

▪ **Divulgazione e pubblicazioni del CE**

Nello corso del 2011, anche attraverso la lettura e l'elaborazione dei propri dati, il CE ha scritto alcuni lavori che sono stati pubblicati, partecipando così al dibattito pubblico e dando visibilità alle sue attività.

▪ **Pubblicazioni anno 2011**

Nel 2011 i ricercatori dell'Azienda USL di Bologna hanno effettuato 150 pubblicazioni su riviste censite Medline, che hanno ricevuto 177 citazioni da altri ricercatori, come da schema seguente:

Per l'attività di ricerca del 2011 è stata strutturata, nell'ambito della rendicontazione delle attività di ricerca ed innovazione, una pesatura delle pubblicazione con il calcolo dell'impact factor.

Il metodo utilizzato è stato il seguente:

- Pubblicazioni scientifiche autori Azienda USL Bologna censite Medline, da parte di autori che hanno l'affiliazione all'Ausl di Bologna ;
- Per ogni disciplina, in riferimento al valore dell'Impact Factor (I.F.), sono stati calcolati dei quartili
- Una volta calcolati questi valori è stato verificato in quale quartile ricade l'I.F. del nostro periodico di riferimento

Da questa elaborazione è emerso un IF normalizzato di 297.9 senza considerare le pubblicazioni dell'IRCCS Neuroscienze e di 446,9 comprensivo delle pubblicazioni dell'IRCCS Neuroscienze.

Tabella 6.10 Numero di pubblicazioni, suddivise per specialità, su riviste censite Medline di professionisti dell'Azienda USL Bologna anno 2011

SPECIALITA'	Pubblicazioni lingua inglese	Pubblicazioni lingua italiana	Totale pubblicazioni 2011
anatomia patologica	2		2
anestesia/rianimazione	2		2
cardiologia	7	3	10
chirurgia	1		1
chirurgia d'urgenza	8		8
chirurgia pediatrica	1		1
chirurgia vascolare	1		1
endocrinologia	4		4
gastroenterologia	8		8
medicina/	3	1	4
neurochirurgia	3		3
neurologia	35		35
neuropsichiatria inf.	2		2
neuroradiologia	1		1
neurotraumatologia	1		1
oculistica	3		3
oncologia	15		15
ortopedia	4		4
osservatorio epidemiologico	2		2
pediatria	1		1
pneumologia/ endoscopia toracica	8		8
psichiatria	34		34
Totale	146	4	150

7. OBIETTIVI SPECIFICI DI PARTICOLARE RILEVANZA ISTITUZIONALE

L'ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE DI BOLOGNA

Con il **Decreto del Ministro della Salute del 12 aprile 2011** si è completato il processo di riconoscimento dell'Istituto delle Scienze Neurologiche dell'Ausl di Bologna quale **"Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico" (IRCCS)**, nella disciplina di Scienze neurologiche.

Le sedi operative e le strutture dell'Irccs riconosciute dal decreto ministeriale sono le seguenti:

Clinica Neurologica, Via Ugo Foscolo:

- U.O.C. «Clinica Neurologica»;
- U.O.S. «Neurologia degenze».

Ospedale Bellaria:

- U.O.C. «Anestesia e Rianimazione OB» Padiglione F;
- U.O.S. «Anestesia Polispécialistica» Padiglione F;
- U.O.S. «Neuroanestesia» Padiglione F;
- U.O.C. «Medicina riabilitativa OB» Padiglione Tinozzi;
- U.O.C. «Neurochirurgia OB» Padiglione A;
- U.O.S. «Neurochirurgia pediatrica» Padiglione A;
- U.O.S. «Neurooncologia» Padiglione A;
- U.O.S. «Centro di riferimento Neurochirurgia dell'Ipofisi» - Pad. A;
- U.O.C. «Neurologia OB» Padiglione C;
- U.O.C. «Neuroradiologia» Padiglione A;
- U.O.S. «Neuroradiologia Pediatrica» Padiglione A.

Ospedale Maggiore:

- U.O.C. «Neurochirurgia d'urgenza e del trauma»;
- U.O.C. «Neurologia OM»;
- U.O.S. «Stroke Unit»;
- U.O.C. «Neuropsichiatria infantile OM»;
- U.O.S. «Neuroradiologia OM».

Poliambulatorio Mazzacorati:

- U.O.S. «Riabilitazione sclerosi multipla».

Corte Roncati:

- U.O.C. «Medicina riabilitativa infantile».

Il riconoscimento ha validità triennale, a decorrere dalla data di pubblicazione del decreto nella Gazzetta Ufficiale, avvenuto il 24 maggio 2011. Al termine del triennio, l'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna sarà sottoposto ad una nuova procedura di valutazione mediante "site visit" ministeriale.

ORGANIZZAZIONE DELL'ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE DI BOLOGNA

Con il riconoscimento dell'Istituto ha preso avvio il percorso di attuazione di quanto previsto dalla Delibera DG N. 40 del 27 marzo 2009, relativa all'approvazione dello Statuto e del Regolamento dell'Istituto delle Scienze neurologiche ed alle conseguenti modifiche dell'Atto aziendale.

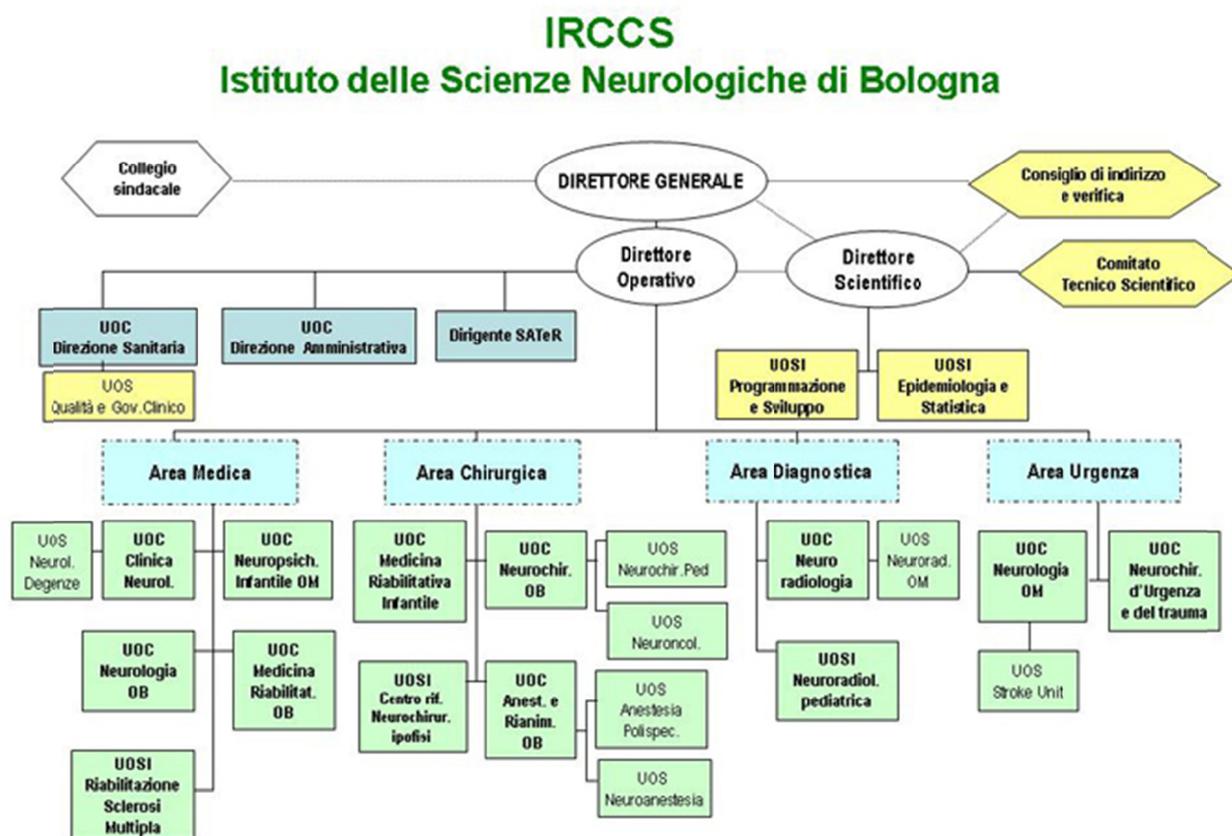
In particolare, con la **Delibera DG n. 150 del 5 luglio 2011** sono state attuate le modifiche dell'Organigramma aziendale, con lo spostamento dell'Area Dipartimentale Testa-Collo dal Dipartimento di Neuroscienze al Dipartimento Chirurgico - Area delle Chirurgie Specialistiche e lo spostamento della U.O.C. Neurochirurgia

d'Urgenza e del Trauma dal Dipartimento Emergenza al Dipartimento di Neuroscienze, e l'attivazione, all'interno del Dipartimento Neuroscienze, delle Aree Dipartimentali previste nell'assetto dell'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna: Area Medica, Area Chirurgica, Area diagnostica e Area Urgenza.

Contemporaneamente, con la **Delibera del DG n. 151 del 5 luglio 2011** si è costituito il quadro dirigenziale dell'Istituto con le nomine *ad interim* del Direttore Operativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo. Inoltre si è avviata la costruzione dell'infrastruttura di ricerca del nuovo Istituto, con la nomina di un Responsabile Scientifico *ad interim* (in attesa della nomina del Direttore Scientifico da parte del Ministero della Salute) e l'identificazione di un Referente amministrativo per la Ricerca.

Questo atti hanno permesso all'Istituto di affrontare le prime e più urgenti scadenze relative alla partecipazione ai bandi ministeriali per la ricerca sanitaria finalizzata e alla rendicontazione scientifica da presentare al Ministero della salute nel 2012.

Figura 7.1: Organigramma complessivo dell'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna



In giallo le Unità operative e gli organismi ancora da costituire. Il Direttore scientifico è nominato dal Ministro della Salute di concerto con il Presidente della regione Emilia-Romagna.

I posti letto complessivi deliberati al 31/12/2011 sono 142 (129 di degenza ordinaria e 13 di day hospital), numero invariato rispetto al 2010.

ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DELL'ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE DI BOLOGNA

Tabella 7.1: Volumi complessivi di attività in regime di ricovero anni 2010-2011

	2010	2011
n° dimessi DEGENZA ORDINARIA	3.295	3.208
n° dimessi DAY-HOSPITAL	1.457	1.405
n° dimessi totale	4.752	4.613
degenza Media ordinari	9,49	9,40
peso medio ordinari	1,73	1,68
peso medio DH	0,84	0,83
peso medio totale	1,45	1,42

Tabella 7.2: Volumi complessivi di prestazioni di specialistica ambulatoriale anni 2010-2011

2010		2011	
N. prestazioni		N. prestazioni	
Degenti	Ambulanti	Degenti	Ambulanti
83.370	128.457	72.971	129.591

di cui:

	2010		2011	
	N. prestazioni		N. prestazioni	
	Degenti	Ambulanti	Degenti	Ambulanti
Prime visite e controlli	5.742	42.750	5.433	42.502
Diagnostica	50.647	61.473	42.282	63.067
Laboratorio	4.285	9.085	3.782	8.563
Riabilitazione	21.783	9.502	20.453	9.354
Terapeutica	913	5.647	1.021	6.105

Tabella 7.3: Indice di attrazione: % di pazienti residenti fuori regione anni 2010-2011

Reperto	2010			2011		
	DO	DH	DH+DO	DO	DH	DH+DO
Anestesia e terapia intensiva ob	18,5		18,5	-	12,2	12,2
Medicina riabilitativa infantile		51,9	51,9	61,5	-	61,5
Clinica neurologica adulti ob	34,0	23,3	29,7	27,0	40,5	35,2
Clinica neurologica bambini ob	56,8		56,8	-	55,8	55,8
Riabilitazione sclerosi multipla om		5,6	5,6	20,8	-	20,8
Medicina riabilitativa intensiva ob	40,0	-	29,6	14,3	15,4	15,2
Neurochirurgia adulti ob	29,3	10,9	25,1	8,1	27,4	23,1
Neurochirurgia d'urgenza e del trauma om	24,8	-	24,8	-	12,8	12,8
Neurochirurgia pediatrica ob	27,1	-	27,1	-	25,3	25,3
Neurochirurgia subintensiva ob	10,0	-	10,0	-	33,3	33,3
Neurologia ob	32,8	16,7	28,9	6,5	29,8	26,0
Neurologia om	6,7		6,7	-	10,6	10,6
Neuropsichiatria infantile om	36,8	9,0	17,8	12,7	48,3	24,1
Neuroradiologia ob	14,5	8,5	9,3	3,3	23,7	5,9
Stroke neurologia om	7,2		7,2	-	8,2	8,2
Totale complessivo	27,0	15,0	23,3	26,9	15,2	23,3

ATTIVITÀ DI RICERCA DELL'ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE DI BOLOGNA

La ricerca dell'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna è articolata in sette linee, approvate dal Ministero della Salute:

- Linea N. 1, Patologie neurodegenerative e disordini del movimento.
- Linea N. 2, Patologie neuromuscolari.
- Linea N. 3, Patologie del sistema nervoso autonomo e del dolore cefalico.
- Linea N. 4, Patologie del sonno e dei ritmi biologici.
- Linea N. 5, Epilessie.
- Linea N. 6, Neurochirurgia.
- Linea N. 7, Neuroradiologia.

Ogni Linea di Ricerca comprende sia studi su pazienti adulti, sia studi su pazienti pediatrici. Le attività condotte nell'ambito di queste Linee di Ricerca includono in maniera quasi esclusiva programmi di ricerca clinica – medica, chirurgica, diagnostica ed organizzativa, con alcuni lavori di ricerca preclinica e sperimentale mirati alla caratterizzazione dei meccanismi patogenetici delle diverse malattie neurologiche d'interesse ed alla sperimentazione preclinica di nuovi approcci terapeutici e diagnostici.

Tabella 7.4: numero complessivo di pubblicazioni, Impact Factor grezzo totale e l'Impact Factor normalizzato anni 2007-2011

ANNO	NUM. LAVORI	IF grezzo	IF normalizzato
2007	87	309,2	313,5
2008	118	425,1	375,4
2009	108	467,6	378,7
2010	118	489,9	376,7
2011	113	486,8	415,5

Anche per il 2011 i dati dimostrano la continuità della produzione scientifica.

Per quanto riguarda l'attività corrente, la ricerca dell'Istituto nel 2011 è stata costituita dalla continuazione dei progetti e delle sperimentazioni cliniche iniziate negli anni precedenti dalle strutture che compongono l'Istituto nell'ambito dei Dipartimenti aziendali di cui facevano parte.

Per quanto concerne invece la programmazione della ricerca futura, l'Istituto ha potuto partecipare per la prima volta come "destinatario istituzionale" al bando "Ricerca sanitaria finalizzata" del Ministero della Salute. Questi bandi sono riservati a specifiche istituzioni pubbliche rilevanti per il sistema sanitario italiano ed in particolare a: Regioni e Province Autonome, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico, Istituti Zooprofilattici Sperimentali, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Nazionale per l'Assicurazione sul Lavoro e Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

L'edizione 2010 del bando (pubblicato in ritardo, nel 2011) prevedeva la presentazione di progetti di ricerca clinico assistenziale e biomedica in due specifiche sezioni: la sezione "Ricerca finalizzata" vera e propria, aperta a tutti gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale, e la sezione "Giovani ricercatori", riservata a ricercatori di età inferiore ai quaranta anni alla data di scadenza del bando.

I ricercatori dell'Istituto hanno partecipato a questo bando con nove progetti presentati quali Coordinatori scientifici alla sezione "Ricerca finalizzata" vera e propria e con quattro progetti nella sezione "Giovani ricercatori". Le procedure di valutazione dei progetti sono in itinere ed i risultati saranno noti nel corso del 2012.

AZIENDA USL DI BOLOGNA

È una delle maggiori Aziende sanitarie in Italia per dimensioni e complessità assistenziale. Il suo territorio comprende 50 comuni su un'area di 3.000 chilometri quadrati circa, per una popolazione di oltre 850.000 abitanti (i residenti in Emilia Romagna sono quasi 4.300.000).

Il bilancio annuale supera i 1.700 milioni di euro (quasi il 22% dei 7.800 milioni della sanità della Regione Emilia Romagna), al suo interno sono impegnati quasi 8.500 professionisti, oltre 1.300 dei quali medici e 4.300 operatori assistenziali.

